



Infections à HSV ou VZV chez la femme enceinte

université
PARIS-SACLAY

FACULTÉ DE
MÉDECINE



Christelle VAULOUP-FELLOUS

Faculté de Médecine Paris Sud

Service de Virologie du GH Paris-Saclay

CNR Rougeole Oreillons Rubéole Rubéole

LBMR Virus et Périnatalité

christelle.vauloup-fellous@aphp.fr





Déclaration de liens d'intérêt avec les industriels de santé
en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

L'orateur ne
souhaite
pas répondre

☐

- **Intervenant** : Christelle Vauloup Fellous
- **Titre** : Infections à HSV ou VZV chez la femme enceinte

- Consultant ou membre d'un conseil scientifique
- Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement
ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique

☐

OUI



NON

☐

OUI



NON

☐

OUI



NON

☐

OUI



NON

26^{es} JNi 2025
TOURS

et la région Centre - Val de Loire VINCI



Journées Nationales d'infectiologie

du mercredi 11 juin 2025 au vendredi 13 juin 2025

Journée Nationale de Formation
des Paramédicaux en Infectiologie

Jeudi 12 juin 2025

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 224 (2018) 93–101



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

European Journal of Obstetrics & Gynecology and
Reproductive Biology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejogrb



Review article

Prevention and management of genital herpes simplex infection during
pregnancy and delivery: Guidelines from the French College
of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF)



Infectious diseases now 54 (2024) 104857



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Infectious Diseases Now

journal homepage: www.sciencedirect.com/journal/infectious-diseases-now



Guidelines

Prevention and management of VZV infection during pregnancy and the perinatal period

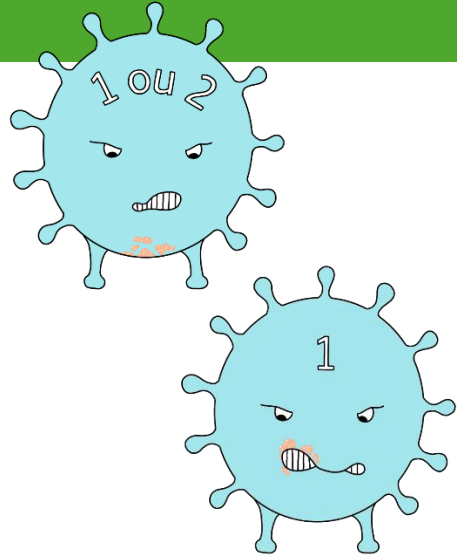


C N G O F

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

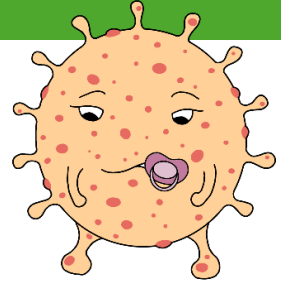


HSV



Des cousins et des points communs

VZV



Virus à ADN de la famille des *Herpesviridae*

Virus enveloppés fragiles

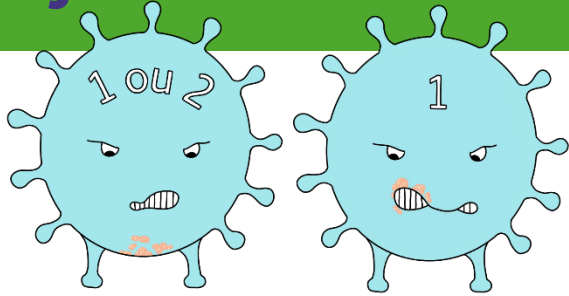
Réservoir strictement humain

Virus dermo-neurotrope.

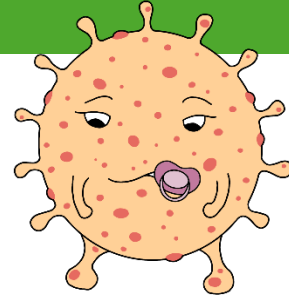
Persistants à vie chez l'hôte infecté sous forme latente => réactivations

Diagnostic clinique => rôle du laboratoire limitée

Enjeux



Distinguer une infection initiale primaire, d'une infection initiale non primaire, d'une récurrence chez une patiente sans ATCD



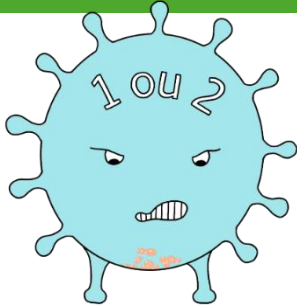
Prise en charge rapide d'un contage maternel

=> Proposer le traitement préventif rapidement

En cas de symptomatologie maternelle proche de l'accouchement

=> Évaluer le risque de transmission néonatal et définir les modalités de prise en charge

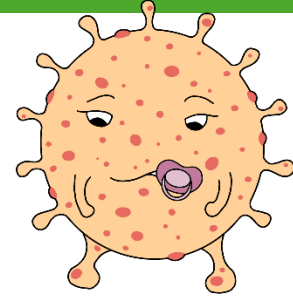
Un mot d'épidémiologie



70% à 80% des femmes enceintes sont immunisée (le plus souvent HSV1)

Au niveau génital: forte incidence d'HSV1

Herpès néonatal ~3/100 000 naissances (le plus souvent HSV1)



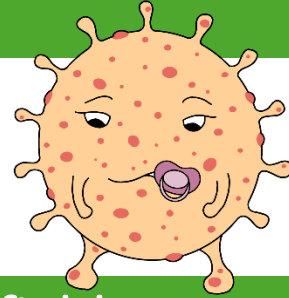
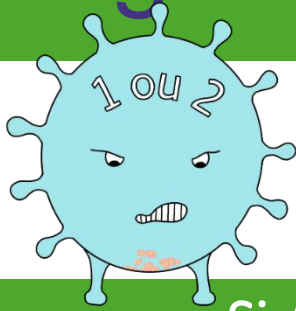
Maladie fréquente, bénigne de l'enfance, essentiellement pédiatrique

> 90% population immunisée après 10 ans

Varicelle per-gravidique ~350 à 500 cas/an

Varicelle congénitale ~1 à 7 cas/an

Interrogatoire et Prévention



Si ATCD positif => interrogatoire fiable +++

Si ATCD négatif ou incertain => interrogatoire non fiable

80% des personnes infectées par HSV-2
l'ignorent

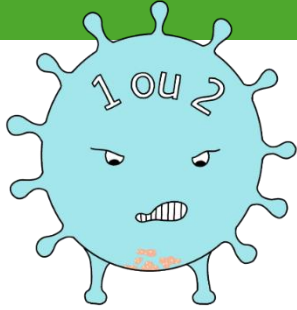
Chez patientes séropositives => excrétion
asymptomatique de 4 à 10%

70% des personnes qui ne pensent ne jamais
avoir fait la varicelle ont déjà rencontré le VZV

Vaccin vivant atténué (2 doses)

Recommandé chez les femmes en âge de procréer si ATCD négatif ou
douteux (contrôle sérologique préalable possible). Projet de grossesse à
différer d'au moins 1 mois après la 2nde dose. Vaccination possible en
post-partum, y compris pendant l'allaitement

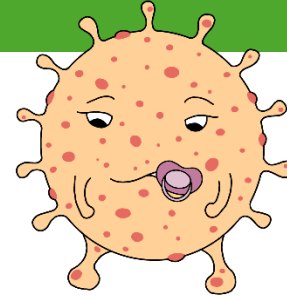
Complications maternelles



RARES +++

Hépatites (y penser devant toute cytolyse
hépatique inexpliquée pendant la grossesse)

Meningo-encéphalite



Complications PULMONAIRES ++

Complications cutanées nécrotiques

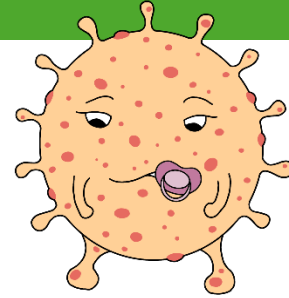
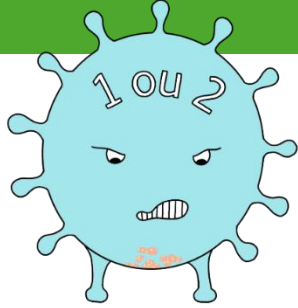
Hépatite biologique

Complications neurologiques

Surinfections cutanées et pulmonaires

Mortalité maternelle: 20-45% en l'absence
de traitement

Confirmation virologique



Si éruption atypique => PCR sur les vésicules

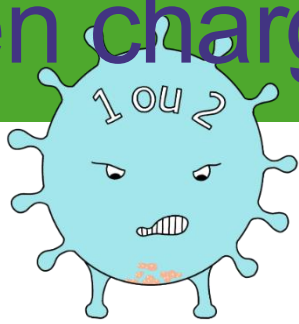
Si lésion génitale sans antécédent
=> Sérologie IgG spécifique de type + PCR
sur les vésicules

Si contage chez une patiente aux ATCD incertains
=> Sérologie IgG < 7-10 jours post-contage

Détermination du statut immunitaire en cours
de grossesse pour vaccination post-partum =>
Sérologie IgG

AUCUN INTERET des IgM

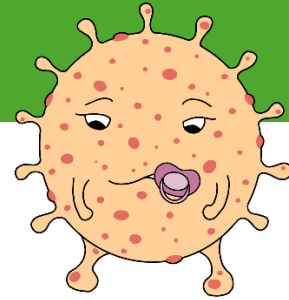
Prise en charge maternelle



ATCD d'herpès mais pas de récurrence en cours de grossesse ni fréquente => RIEN

Récurrence en cours de grossesse : Aciclovir po ou Valaciclovir 5 jours (si patiente invalidée par les symptômes) ET prophylaxie antivirale à partir de 36 SA (ou 32 SA) => l'accouchement

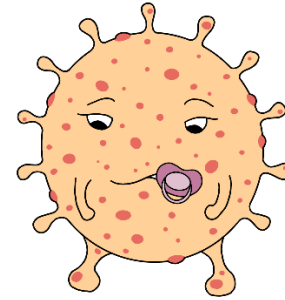
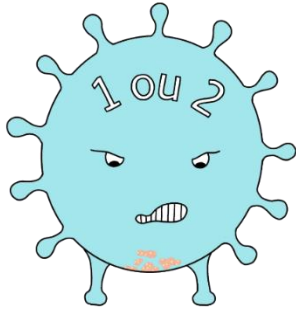
Infection initiale en cours de grossesse: Aciclovir po ou Valaciclovir 5 à 10 jours ET prophylaxie antivirale à partir de 36 SA (ou 32 SA) => l'accouchement



Non compliquée : valaciclovir po 1g x3/j 7j (débuté idéalement dans les 24h suivant l'éruption) + lutte contre la surinfection cutanée

Compliquée : hospitalisation (hors maternité ou service de patients immunodéprimés) en chambre individuelle + Isolement type « Air » et « Contact » + aciclovir IV 15mg/kg/8h 7 à 10j

Risque foetal



Infection maternelle < 20 SA => ~1% des enfants développent des malformations congénitales (syndrome varicelle congénitale)

Infection maternelle > 20 SA => ~1,7% des enfants présenteront un zona dans les premières années de vie

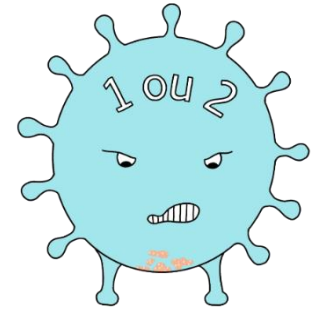
Risque néonatal (HSV)

Risque d'infection néonatale en cas d'herpès dans les 6 semaines précédant l'accouchement :

- Récurrence 1%
- Infection initiale non primaire 25%
- Primo-infection 44%
- N-né prématuré = risque élevé

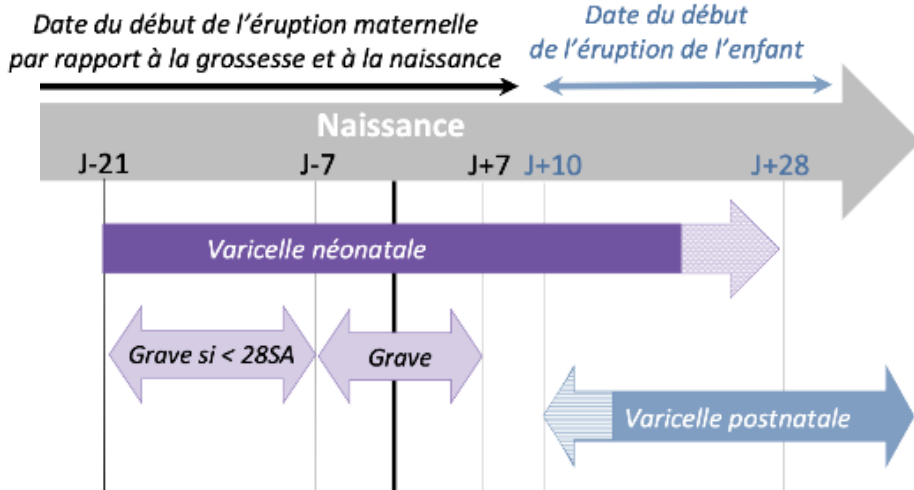
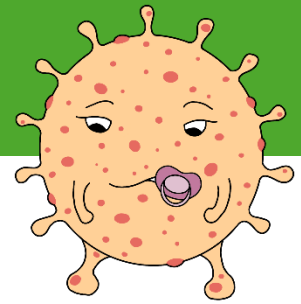
Mortalité élevée

Morbidité principalement neurologique



PAS ATCD d'herpès génital chez la mère dans la majorité des cas => diagnostic à évoquer devant tout tableau néonatal atypique (respiratoire, neurologique ...) ou de sepsis résistant aux antibiotiques

Risque néonatal (VZV)



Risque faible de J-21 à J-7 si > 28 SA et > 1000 g :
Infection néonatale ~ 50% des cas dont 50%
symptomatiques peu sévère (passage des
Ac maternels)

Risque élevé de J-7 à J+7 ou < 28 SA ou < 1000g
Absence de passage d'Ac maternels .
Risque d'atteinte cutanée nécrotique diffuse,
multi-viscérale (pneumonie, hépatite,
méningo-encéphalite...)
20% de mortalité en l'absence de traitement

Prise en charge néonatale du n-né asymptomatique à risque faible

Récurrence à l'accouchement et n-né à terme: à 24 h de vie PCR sur plvts périph + sang

=> Si toutes PCR neg : pas de plvt additionnel ni de traitement tant que le n-né est asympo

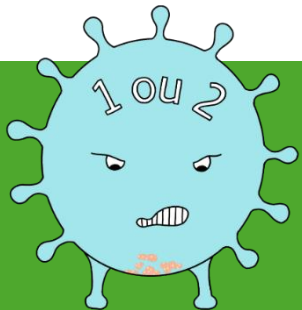
=> Si au minimum 1 plvt positif : aciclovir IV 60mg/kg/j + PCR LCR + dosage transaminases

Varicelle maternelle entre J-21 et J-7 et si n-né > 28 SA et > 1000 g :

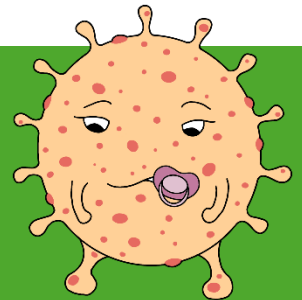
Pas d'examen complémentaire

Pas d'examen virologique systématique

Pas de traitement



Surveillance clinique
PAS DE SEPARATION MERE ENFANT
PAS UNE CONTRE-INDICATION A L'ALLAITEMENT



Prise en charge néonatale du n-né asymptomatique à risque élevé

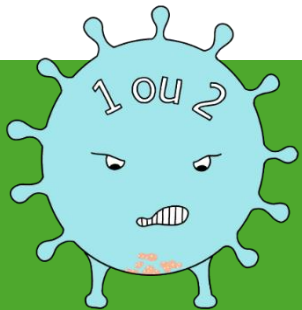
Lésion à l'accouchement et statut maternel
inconnu ou infection initiale ou naissance
prématurée => à 24 h de vie PCR sur plvts
périph + sang + LCR + dosage transa

D'emblée: Aciclovir IV 60mg/kg/j 10j (durée à
rediscuter si apparition de signes cliniques)

Varicelle maternelle entre J-7 et J+7 ou n-né <
28 SA ou < 1000g

Pas d'examen virologique systématique

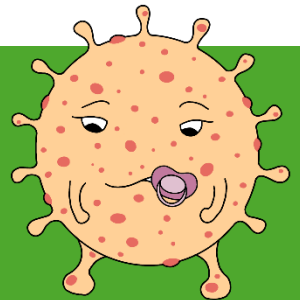
Traitement prophylactique post exposition :
immunoglobulines spécifiques +/- aciclovir IV
20mg/kg/8h



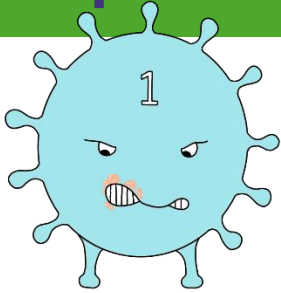
Surveillance clinique

PAS DE SEPARATION MERE ENFANT

PAS UNE CONTRE-INDICATION A L'ALLAITEMENT



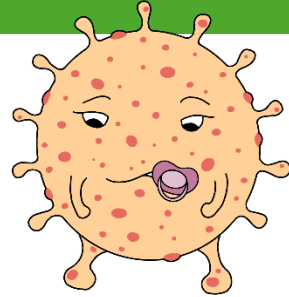
Risque postnatal



Contamination d'un n-né par contact avec une lésion d'herpès de l'entourage

=> Les règles de prévention de la transmission post-natal de l'HSV doivent être connues des parents et de l'entourage mais également du personnel soignant

GHUPS: > 60% d'infections post-natales

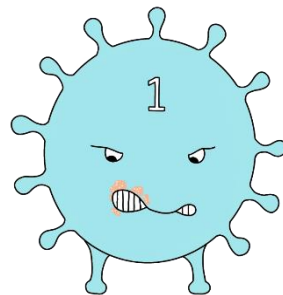
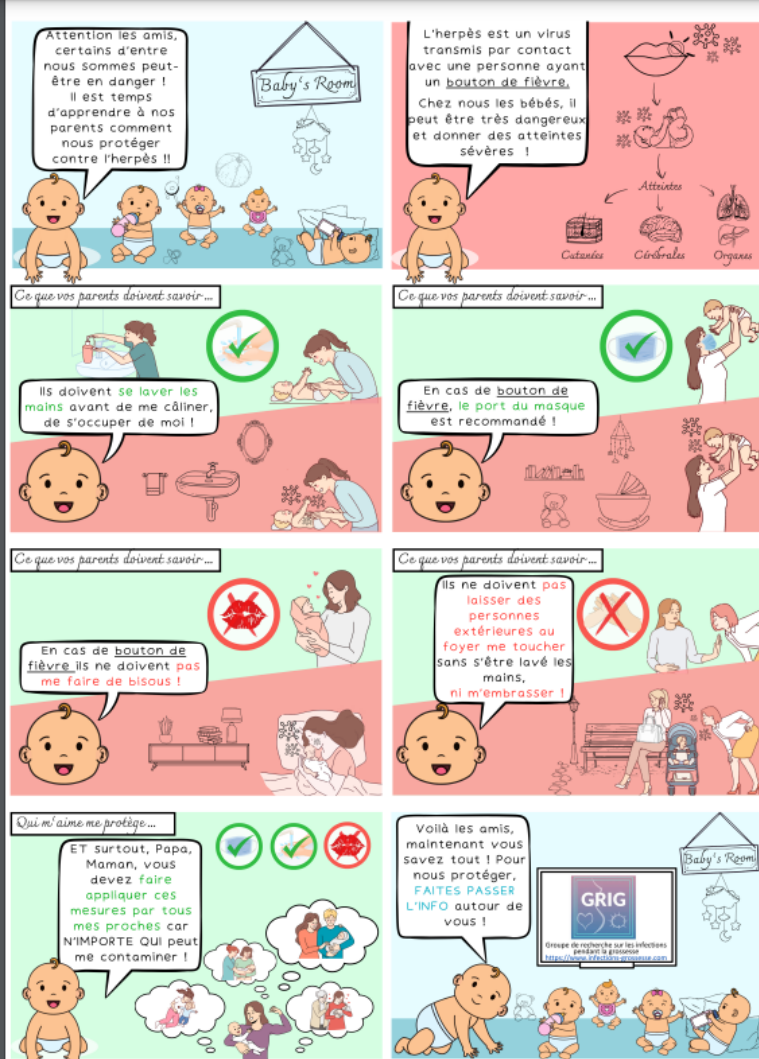


Transmission aérienne ou cutanée directe suite à une varicelle (zona) dans l'entourage d'un n-né

Si enfants encore hospitalisé et mère non immunisée ou si n-né < 28 SA et < 1000 g :

Immunoglobulines anti-VZV IV 1ml (25U)/kg dès que possible et max dans les 10 j après le contact

Isolement jusqu'à 28 j après le contagage ou sortie d'hospitalisation



Prévention des risques liés à l'herpès chez le nouveau-né

Quelles sont les précautions à prendre ?

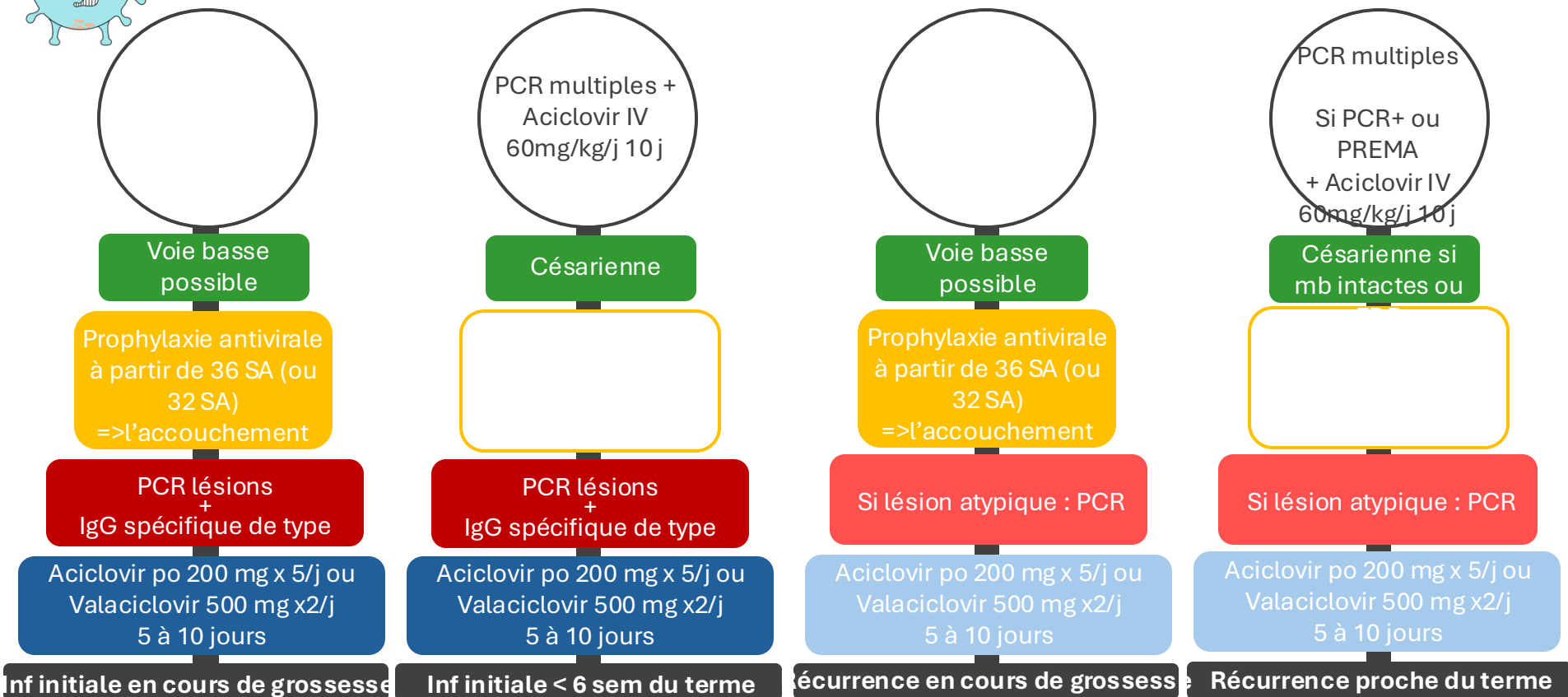
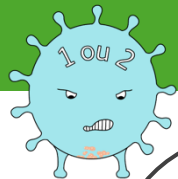
- Se **laver les mains** avant de toucher votre bébé
- En cas de bouton de fièvre :
 - **Port du masque**
 - **Eviter les bisous**
- **Ne pas laisser des personnes extérieures au foyer toucher ou embrasser** votre bébé
- **Faire appliquer toutes ces règles par l'entourage** : le père, la fratrie, les grands-parents, les amis ...

Ces règles doivent être respectées au moins les 2 premiers mois après la naissance.

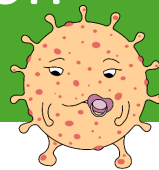
Pour avoir la BD au format vidéo, scanne le QR code ci-dessous :



Prise en charge de l'infection par HSV en cours de grossesse et à la naissance



Prévention et prise en charge infectiologique de l'infection par le VZV chez la femme enceinte et en périnatalité



Femme en âge de procréer
(hors grossesse)



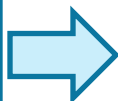
Détermination du statut varicelle
ATCD varicelle?
Vaccination antérieure?
Sérologie (IgG VZV)?



VACCINATION
(2 doses)



Contage VZV chez
une femme
enceinte



Indication aux VZIG?
Contage à risque + Contage < 10 jours
+ Femme non immune



VZIG 0.5-1ml (12-25UI)/kg
(IVL)
≤ 10j post contage



Varicelle maternelle
de J-21 à J+7 de la
naissance



Risque varicelle néonatale grave?
Début éruption maternelle J-7 et J+7
de la naissance
OU
Début éruption maternelle entre J-21
et J - 7 de la naissance et
Enfant < 28 SA OU < 1000g



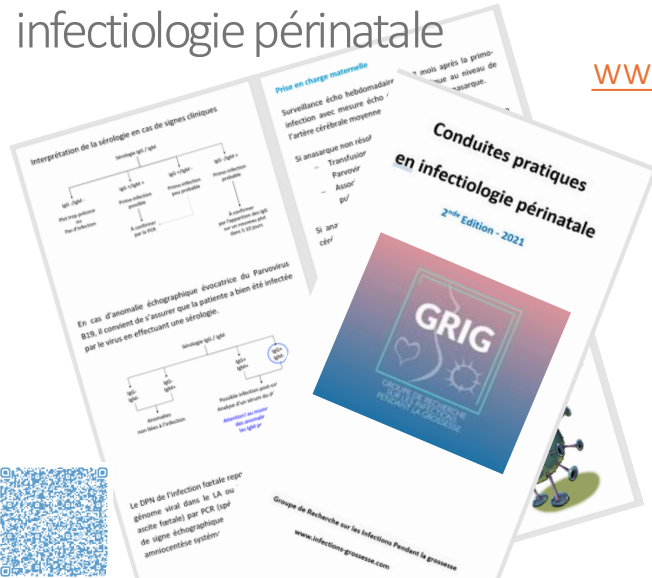
VZIG
1 ml (25) /kg (IVL)
dès que possible et ≤ 7 j de vie

Pas de séparation mère/enfant
Allaitement non CI

Pour « tout » savoir en infectiologie périnatale

Youtube : <https://cutt.ly/Qgf7Xct>

Livret de conduite pratique en infectiologie périnatale



www.infections-grossesse.com

DU de pathologies infectieuses de la femme enceinte, du fœtus et du n-né

université
PARIS-SACLAY
FACULTÉ DE
MÉDECINE

Formation portant sur :

- * Les bases physiopathologiques et les particularités des infections bactériennes, virales et parasitaires dans ces populations
- * Les données épidémiologiques les plus récentes
- * Les outils diagnostiques disponibles (imagerie et biologie)
- * Les moyens de prévention
- * Les aspects thérapeutiques



Enseignement clinico-biologique ouvert aux gynécologues-obstétriciens, pédiatres, généralistes, biologistes, échographistes, sages-femmes, internes, infirmières et techniciens de laboratoire.

Points forts :

- * 6h de séances interactives de cas clinico-biologiques
- * Possibilité d'enseignements à distance

Livret d'aide pratique au diagnostic et à la prise en charge des principales infections de la femme enceinte susceptibles de présenter un risque pour le fœtus et/ou le nouveau-né