
HERPES CHEZ LA FEMME ENCEINTE

L'herpès génital est un problème fréquent, mais heureusement le plus souvent bénin. Chez la femme enceinte, il doit cependant être abordé avec beaucoup d'attention, compte tenu des conséquences éventuelles chez le nouveau-né.

L'épidémiologie de cette infection est connue :

- HSV2 est le plus fréquent
- L'excrétion asymptomatique du virus est constatée dans 2 à 8 % des jours, chez les patients porteurs. Cette excrétion est plus fréquente dans l'année qui suit une primo-infection, s'il y a plus de 12 récurrences annuelles, et enfin 7 jours avant et après une récurrence.
- La transmission du virus, dans un couple séro-différent, est de l'ordre de 8 à 12 % par an. Elle est plus fréquente dans le sens homme-femme.
- La transmission mère enfant est possible à 3 étapes successives :
 - ➔ in utero, par voie hématogène (primo-infection maternelle) ou transmembranaire
 - ➔ accouchement, par contact direct. Les facteurs de risque, outre une lésion maternelle évolutive, sont la rupture prématurée des membranes de plus de 6 heures, un monitoring, et une primo-infection maternelle datant de moins de 1 mois.
 - ➔ La période post-natale, plus rarement, par contamination de la part de la mère (lésions labiales) ou de l'entourage. Enfin, une transmission nosocomiale, si elle est rare, est néanmoins possible.
- L'herpès néonatal concerne 3 naissances/100.000 (soit 20 cas annuels attendus, en France). Il s'agit d'une infection à HSV2 dans 2/3 des cas, résultant d'une contamination par excrétion asymptomatique dans également 2/3 des cas.

Le risque est ainsi évalué :

- ➔ Primo-infection maternelle après 35 semaines : 50 à 75 %
- ➔ Récurrence 8 jours avant l'accouchement : 2 à 5 %
- ➔ Antécédents d'herpès : 1/1000

→ Absence d'antécédents : 1/10 000

Les propositions de **prise en charge** ont été formulées au cours d'une conférence de consensus récente (novembre 2001) organisée par la Société Française de Dermatologie.

- En matière de diagnostic, l'interrogatoire est fondamental, de la patiente et de son partenaire. Une sérologie de dépistage systématique n'est pas recommandée.
- En cas d'épisode clinique évocateur pendant la grossesse, un examen virologique est nécessaire, afin de certifier le diagnostic.
- En cas de primo-infection ou d'infection initiale non primaire :
 - Un traitement par aciclovir ou valaciclovir est recommandé
 - Lésions présentes pendant le travail : césarienne
 - Primo-infection de plus de 1 mois : accouchement par voie basse si l'épisode a été traité.
- En cas de récurrences
 - Un traitement par aciclovir ou valaciclovir est le même qu'en dehors de la grossesse
 - Il n'y a pas d'argument pour l'administration systématique d'un antiviral pendant le dernier mois ? ?
 - L'accouchement par voie basse est recommandé s'il n'y a pas de lésion, ou si le début de la récurrence date de plus de 7 jours.
- L'administration d'aciclovir ou de valaciclovir en cours de grossesse donne lieu à une inscription dans un registre de surveillance. A ce jour, aucune embryo-foetopathie n'a été rapportée.

L'herpès de la femme enceinte peut donc avoir des conséquences redoutables (herpès néo-natal), mais si la prise en charge est bien codifiée en cas de connaissance d'antécédents ou en cas de lésions évolutives, il faut bien constater que la majorité des cas échappent à cette conduite, en raison de la contamination par une excrétion asymptomatique.

Citation suggérée:

Société de Pathologie Infectieuse de langue Française . Herpès chez la femme enceinte. Infections en Ligne 2002;2:7-8. Accessible sur: www.infectiologie.com/public/documents/editos/2002/herpes-grossesse.pdf