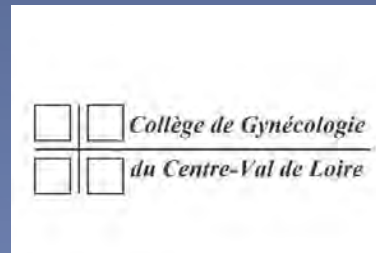
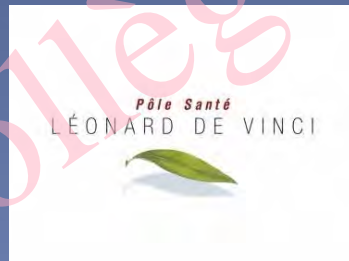


# Herpès et Grossesse

Dr Ch. JEANNERET-GROSJEAN  
Gynécologue Obstétricienne  
PSLV- CHAMBRAY les TOURS



# Quelques rappels

- Maladie virale contagieuse:
  - > Transmission sexuelle: HSV 2
  - > Oro- buccale: HSV 1
  - > Trans placentaire, transmémbranaire, filière génitale, maternage: Herpès néo-natal (HSV 1++)
- Ig Spécifiques, protection croisée



# Quelques rappels: définitions

- Episode primaire initial: SEROCONVERSION HSV1 ou 2; absence d'ATCD;



IgG spécifique de type

**RISQUE d'HERPES NN ++**

- Episode initial non primaire: SEROCONVERSION HSV1 (IgG HSV 2+) ou 2 (IgG HSV 1+),
- RECURRENCE
- Excrétion virale asymptomatique

# Quelques rappels: Diagnostic



- Diagnostic clinique: lésions typiques vésiculeuses en bouquet ( mais primo-infections très souvent asymptomatique ++),
- Diagnostic sérologique: recherche des IG spécifiques HSV1 ou 2 (7 à 10 jrs),
- Diagnostic virologique: prélèvement direct au niveau de la lésion pour PCR ou culture (réponse 2-3 jrs)- Lésions atypiques.

EPISEDE INITIAL = CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE

-> *CAT Acct et PEC néo natale*

# Herpès et grossesse

- F. génitale : HSV 2, HSV 1
- Symptomatologie identique pdt et en dhs de la G.
- 70 à 80 % des femmes enceintes présentes un ATCD d'inf<sup>o</sup> HSV, majoritairement de type 1,
- Récurrence d'**HG** en cours de G et en absence de tt TTT:  
14.3 % de lésions cliniques d'herpès à l'accouchement,  
36 % si inf<sup>o</sup> initiale  
( en abs de récurrence, la prévalence des lésions n'est pas connue).
- Chez patientes sero+: 4 à 10% d'excrét<sup>o</sup> asymptomatique détectée par PCR.  
20 à 30 % si VIH +.
- *Lésion initiale: PCR sur la lésion pour prise en charge adaptée*  
Hépatite herpétique rare mais à évoquer devant toute cytolyse hépatique,  
Encéphalite fébrile.

# Herpès et Grossesse

- Pas de lien avec aug° du risque de *fausse couche*,
- ○ Mais possible association entre infc° herpétique non TTT et *AccT prématuré* -> TTT ++,
- *Fœtopathie herpétique* exceptionnelle: infc° primaire ou non, HSV 1 ou 2, en présence de symptômes mat ou non...

# Herpès Néonatal



- Infc° initiale primaire: ABS. d'IgG

- HSV 1 ++

RISQUE pour le NN ++ 25 à 44%

1% si récurrence

! Mais dans la majorité des cas, abs. d'ATCD maternel connu quelqu'il soit.

- 1/10 000 NN / an en France,

- La forme septicémique associe à une éruption cutanée vésiculeuse, localisée ou généralisée, une altération de l'état général, un ictère, des hémorragies, une grosse rate et un gros foie, des troubles neurologiques (encéphalite se traduisant par des convulsions, une hypotonie, des troubles de la conscience et respiratoires (dyspnée, cyanose...)). *Evolution grave avec séquelles (50% morts néo natales).*

- Il existe des formes septicémiques curables avec risque de séquelles secondaires : chorioretinite, microencéphalie, retard psychomoteur

# Prévention- dépistage



- Interrogatoire du couple en début de grossesse -> couple sero-discordant -> *préservatif*: dim° risque d'infec° initiale chez F. non enceinte;
- Absence de lésion clinique: *préservatif* 3<sup>ème</sup> T de grossesse  
Si lésion clinique: *CI RS y compris oro-génitaux.*
- ABSENCE de VACCIN,
- SEROLOGIES HSV aux 2 mb du couple ??



# Diagnostic Virologique et Sérologique +++



- Détection directe du virus: PCR ++ > culture et détection antigénique  
-> laboratoire- délai d'obtention des résultats,
- Sérologie HSV: recherche de sérologie spécifique de type ++  
IgG ++
- -> Déterminer le statut immunitaire de la patiente en absence de lésion,  
Si survenue d'un épisode herpétique génital sans ATCD connu  
= diff° d'un épisode initial primaire ou non, d'une récurrence.
- Si lésion atypique, présentation clinique inhabituelle -> confirmation virologique ( en début de travail si résultat rapide et possible mod° de la CAT obst).

Absence de nécessité de confirmation diagnostic:

- Diagnostic d'excrétion asymptomatique en fin de grossesse: même si ATCD connu,

## Suspicion d'HG chez une F enceinte, sans ATCD d'HG connu

- Primo infc° herpétique: *Risque d'herpès NN* si à proximité de l'accouchement ++ 44% si PI, 25 % si infc° initiale non primaire;

ACICLOVIR 200 mg x 5 / jr pdt 5 à 10 jrs

Ou VALACICLOVIR 500 mg x 2/ jr

Sans attendre les résultats des prélèvements,

+ sérologie VIH,

+ dépistage des MST au sein du couple,

+ CI des RS (éviter transmission au partenaire),

## Suspicion d'HG chez une F enceinte, sans ATCD d'HG connu

- + Prophylaxie antivirale dès 36 SA (32 SA si MAP ou GG)  
ACICLOVIR per os 2 cp 200 mg x 2/ jr  
Ou VALACICLOVIR 500 mg x 2/ jr
- **CESARIENNE** si  
Survenue d'une primo Infc° au moment du travail suspecte ou confirmée,  
Présence de lésions herpétiques,  
AccT moins de 6 semaines après 1 épisode initial;  
Épisode initial, RPM > 37 SA, dans les 4 h  
RPM prolongée à terme, même pdt le travail

## Suspicion d'HG chez une F enceinte, sans ATCD d'HG connu

### ⦿ AVB si

Episode initial en cours de G, TTT prophylactique bien conduit, absence de lésion ou de symptômes évocateurs au moment du travail

- ⦿ RPM et épisode initial -> discussion multi-disciplinaire: expectative avec TTT antiviral si RPM précoce, AVB si AccT > 6 semaines et en absence de symptômes / lésions évocateurs,
- ⦿ Découverte d'une lésion herpétique en PP -> info du pédiatre avec données obstétricales

## Suspicion d'HG chez une patiente avec un ATCD d'HG connu

- *Récurrence*: lésion typique, présentation clinique habituelle - pas de prélèvement ( lésion atypique, écouvillonnage de la lésion: PCR ou culture)

Risque d'Herpès NN si récurrence a cours de l'accT = 1 %

ACICLOVIR 200 mg x 5/ jr

Ou VALACICLOVIR 500 mg x 2/ jr pdt 5 jrs

+ *prophylaxie de fin de grossesse* si 1 ou plusieurs récurrences en cours de G ( réduire risque de césarienne pour lésion herpétique) dès 36 SA, avt si besoin.

## Suspicion d'HG chez une patiente avec un ATCD d'HG connu

- CESARIENNE: récurrence en début de travail à mb intacte, ou prématurité, ou VIH +,
- AVB si  
*RPM prolongée, et/ ou > 37 SA, et VIH –*  
CI électrode de scalp, prélèvement au scalp  
Extraction instrumentale possible  
  
*Récurrence péri-anale, fesses ou cuisses*
- RPM < 37 SA: TTT anti viral et CAT habituelle

# Conclusion

- Différencier une infection primaire initiale ou non, une récurrence,
- Diagnostic clinique, sérologique, virologique +++
- TTT: ACICLOVIR ou VALACICLOVIR +/- TTT prophylactique + PEC du couple
- CAT à l'accouchement, concertation multidisciplinaire, info du pédiatre si survenue de lésion dans la semaine du PP.



# Collège de Gynécologie CVL

