

JOURNÉE D'ENSEIGNEMENT DE GYNÉCOLOGIE POUR LES MÉDECINS TRAITANTS

**JEUDI 7 JUIN
2018**

SERVICE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
PR F. GOLFIER
CENTRE HOSPITALIER LYON-SUD

**Herpès et grossesse :
Nouvelles recommandations
CNGOF 2017**

Dr Sarah URVOAS (CCA)



Rationnel

- **Herpès néonatal**

- 3 naissances / 10000
- Grave :
 - mortalité élevée (jusqu'à 31%)
 - séquelles neurologiques
- HSV 1 > HSV 2

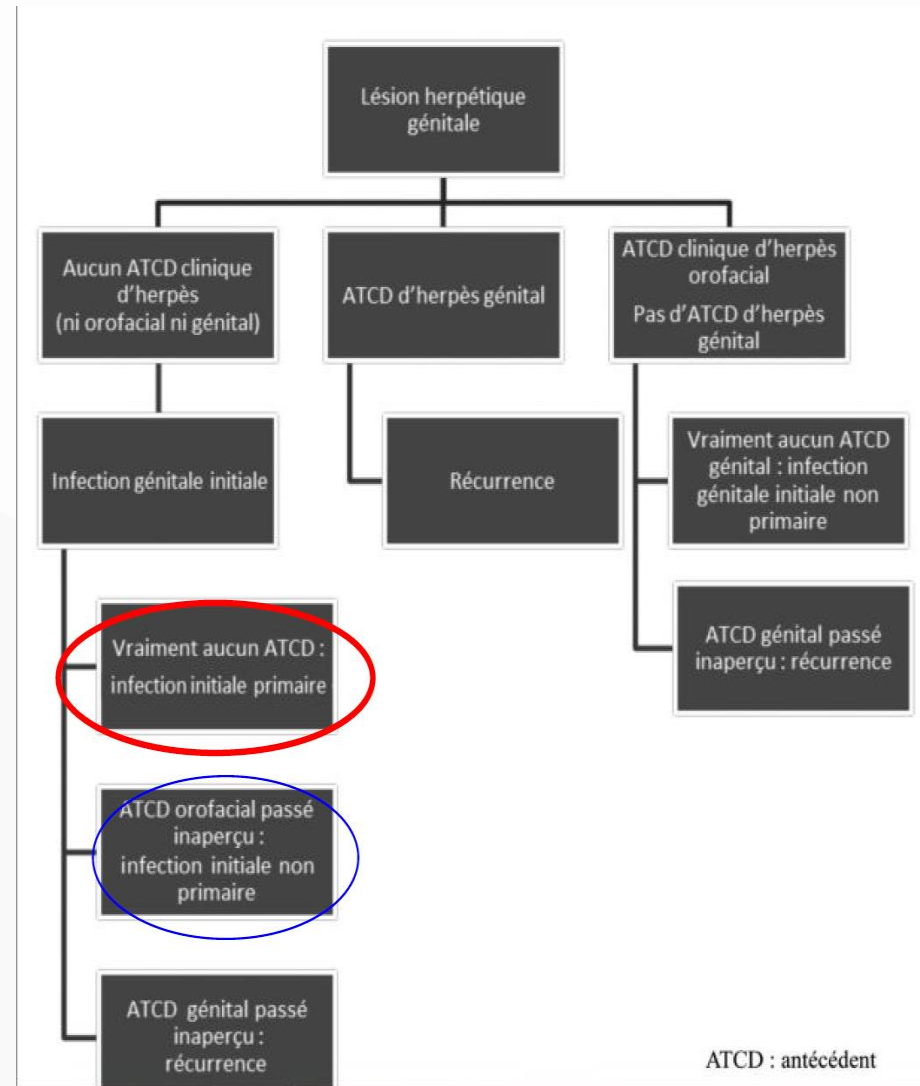
➔ **Transmission materno-fœtale +++ : Contamination per – partum par passage dans filière génitale +++ (90%) >> transmission *in utéro* ou post-natale**

Risque de transmission néonatale :

- **Inf° initiale : Primaire : 44% / Non primaire : 25%**
- **Récurrence : 1%**

Définitions

- **Infection Initiale**
 - Primaire (aucun ATCD)
 - Non primaire (ATCD autre sérotype)
- **Récurrence**
 - Réplication virale chez patiente ayant eu un ATCD d'épisodes HSV
- **Excrétion virale asymptomatique**
 - Absence de signes cliniques
 - Inf° initiale = 14-20 j
 - Récurrence = 2-3 j



Epidémiologie et grossesse

- HSV génital : HSV 2 > HSV 1 (HSV1 en augmentation)
- 70-80% des femmes enceintes sont HSV+ (HSV 1 > HSV 2)
 - interrogatoire pas toujours suffisant !
- Séroconversion HSV en cours de grossesse :
 - **1 à 5%**, jusqu'à 20% si couple sérodiscordant
 - augmente si : autre MST, couple récent, conjoint HSV+
- A l'accouchement :
 - Prévalence lésions cliniques
 - **36% si inf^o initiale**
 - **14% si récurrence non traitée pdt la G**
 - Excrétion virale asymptomatique (PCR) chez patientes HSV+
 - 4 – 10%; 20-30% si VIH+
 - HSV 2 > HSV 1

Manifestations cliniques

- **Lésion génitale**

- Eruption cutanéomuqueuse :
 - vésicules (+/- en bouquet) sur macule érythémateuse
 - érosion polycyclique +/- ulcération
 - puis croûtes
- Œdème vulvaire (vulvo-vaginite)
- Douleur
- Fièvre et ADP inguinales si PI



- Rares :

- **Hépatite herpétique** (cytolyse inexpliquée !)
- **Encéphalite fébrile**

- Association possible : prématurité / infection HSV non ttt
- Pas d'association : Fausse couche / infection HSV

Prévention et dépistage

- Préservatif
 - diminue le risque d'inf° initiale
 - À proposer au T3 si couple séro-discordant
- Pas de RS si lésion clinique
- Pas de vaccin

→ Pas d'argument pour politique de dépistage systématique pendant la grossesse

Diagnostic virologique

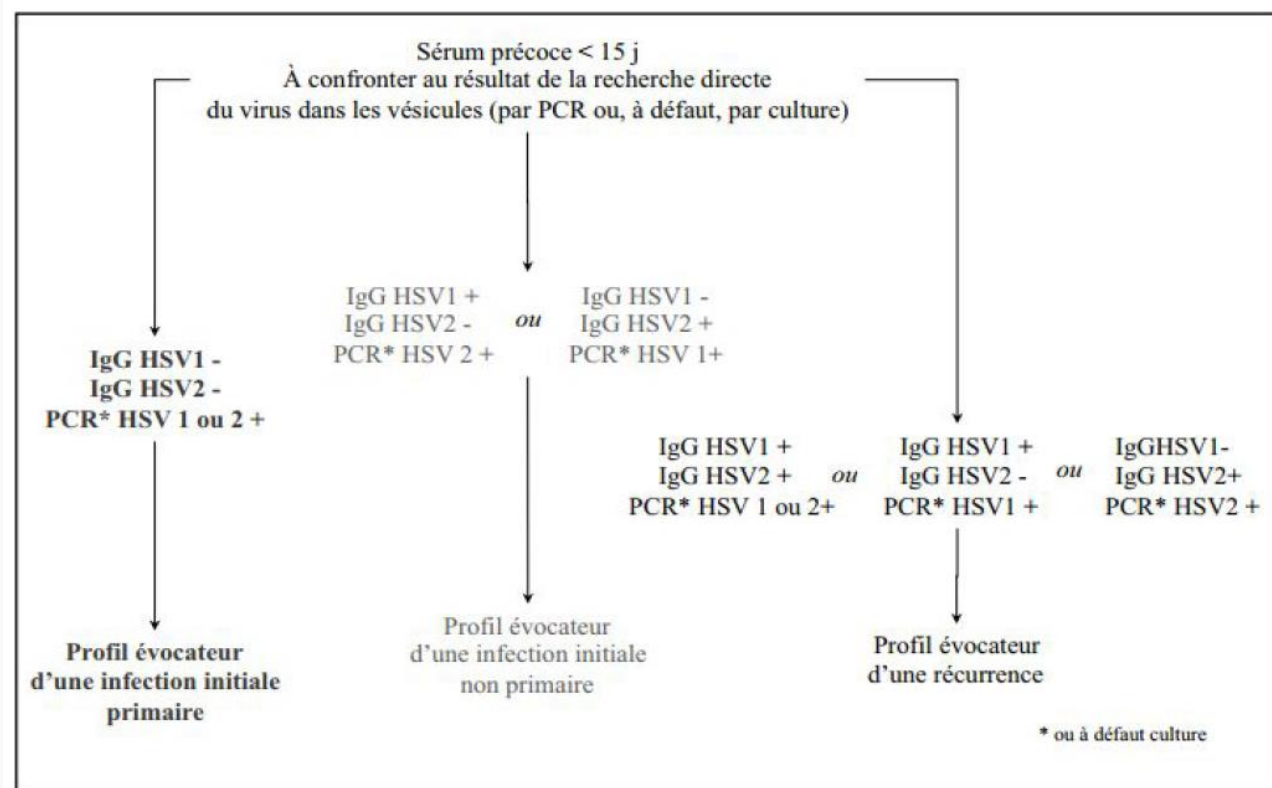
- Prélèvement : **PCR**
 - À privilégier +++ plutôt que culture et détection antigénique
 - Indications :
 - Lésion typique, si pas d'ATCD HSV génital connu
 - Lésion atypique
 - *Non remboursé*

- Sérologie : **IgG spécifique de type 1 et 2**
 - IgM : aucun intérêt
 - Indications :
 - Lésion, si pas d'ATCD HSV génital connu
 - *Non remboursé*

CAT devant une suspicion d'herpès génital en cours de grossesse

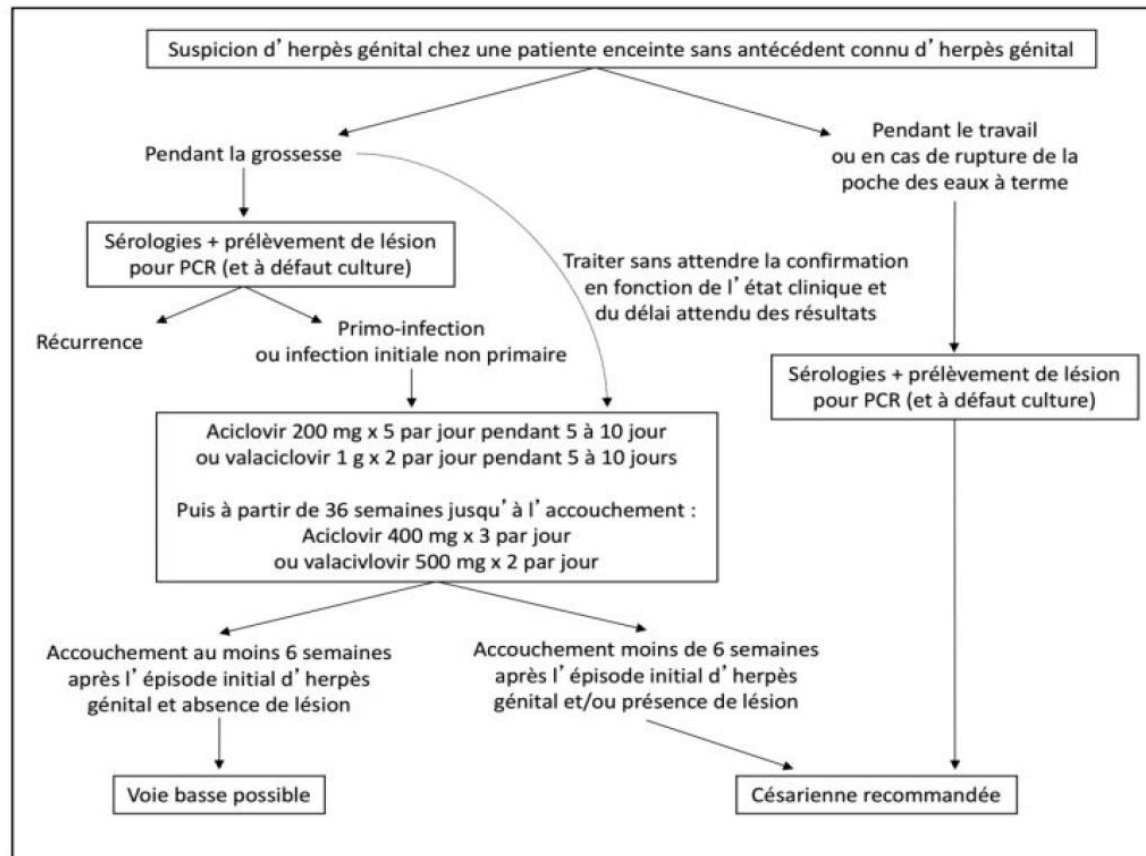
1) Patiente sans ATCD connu d'herpès génital : diagnostic

- Distinguer une infection initiale d'une récurrence



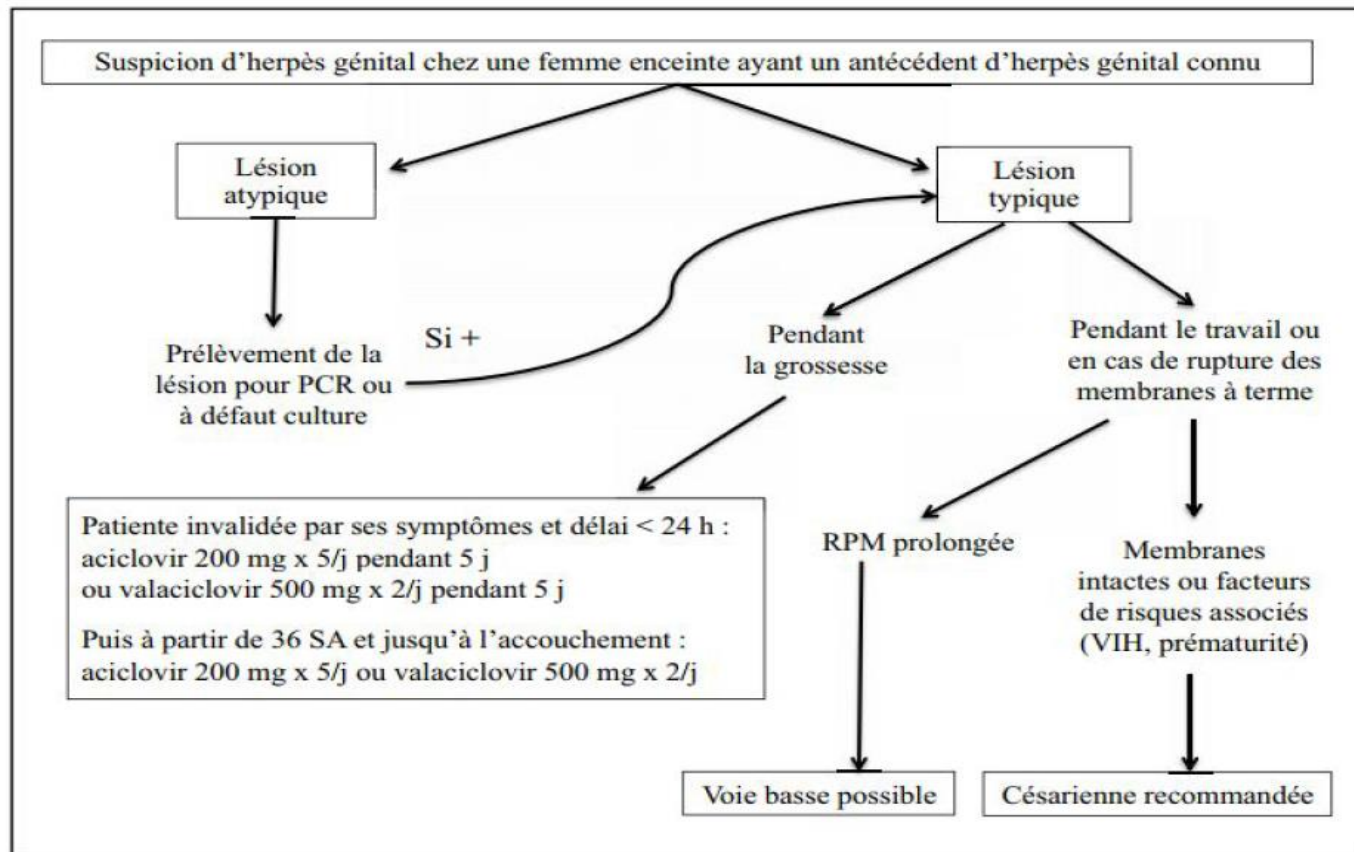
1) Patiente sans ATCD connu d'herpès génital : PEC

- **Traiter l'infection initiale (grade C)**
 - voie générale : *Aciclovir (Zovirax)* ou *Valaciclovir (Zelitrex)*
 - Bilan IST ++
- **Prophylaxie à partir de 36 SA (grade B)**
- **Accouchement par césarienne si $II < 6$ semaines**



2) Patiente avec ATCD connu d'herpès génital

- **TTT de la récurrence peut être proposé (grade C), si délai < 24 h**
- Pas de prophylaxie systématique en l'absence de récurrence
- Pas de prélèvement si absence de lésion ou lésion typique
- **Prophylaxie à partir de 36 SA (grade B)**
- **Voie d'accouchement** : si lésion typique, les données ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre (AP)



Autres cas de transmission

- Embryo/Foetopathie exceptionnelle
 - pas de PEC spécifique au diagnostic anténatal
- Transmission post –natale
 - HSV 1 > HSV 2
 - Par contact direct (labial ++)
 - Excrétion virale asymptomatique ?
 - Allaitement non contre-indiqué sauf lésion mamelon

Conclusion

- Risque néonatal ++ si infection initiale
- Dg : PCR et IgG spécifique de type (1 et 2)
- Infection initiale :
 - Traiter
 - Prophylaxie à partir de 36 SA
 - VB possible si II > 6 semaines
- Récurrence :
 - Traiter si invalidant et délai < 24 h
 - Prophylaxie à partir de 36 SA
 - VB en l'absence de lésion, voie d'accouchement au cas par cas si lésion

JOURNÉE D'ENSEIGNEMENT DE GYNÉCOLOGIE POUR LES MÉDECINS TRAITANTS

**MERCI DE VOTRE
ATTENTION**

SERVICE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
PR F. GOLFIER
CENTRE HOSPITALIER LYON-SUD

**LES COMMUNICATIONS SERONT
DISPONIBLES SUR LE SITE DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON SUD**
<http://lyon-sud.univ-lyon1.fr/jegmt/>

