

La prise en charge courante de l'infection au virus de l'herpès simplex chez les femmes enceintes et leur nouveau-né



Société
canadienne
de pédiatrie

English on page 363

SOMMAIRE

Nos connaissances sur l'épidémiologie, la pathogenèse et l'évolution naturelle de la maladie causée par le virus de l'herpès simplex (VHS) ont considérablement progressé depuis 20 ans. Une antivirothérapie efficace a également favorisé d'énormes percées dans la prise en charge des infections néonatales au VHS. Malgré ces progrès, le VHS demeure une cause importante de morbidité et de mortalité chez les nouveau-nés. Le présent document de principes traite des enjeux courants reliés à la prévention, au diagnostic et au traitement de l'infection périnatale au VHS. Le document résume également les principales recommandations destinées aux femmes enceintes, aux femmes en travail, aux nouveau-nés et à l'égard des stratégies de contrôle de l'infection.

RECOMMANDATIONS

La prévention des infections néonatales au VHS

Les femmes enceintes

- Il faut demander à toutes les femmes enceintes si elles ou leur(s) partenaire(s) sexuel(s) ont des antécédents d'infection génitale au VHS. Il faut vérifier les signes et symptômes d'infection génitale au VHS chez toutes les patientes, dans le cadre de leurs évaluations prénatales (B-II-3).
- Il est connu que les femmes atteintes d'une primo-infection ou d'un premier épisode d'infection sont très susceptibles de transmettre le VHS à leur nouveau-né. Ces femmes pourraient tirer profit du traitement antiviral d'une primo-infection ou d'un premier épisode d'infection et d'un traitement de suppression à l'acyclovir à compter de la 36^e semaine de grossesse, à une dose de 400 mg trois fois par jour (B-II-3).
- Un accouchement par césarienne devrait être proposé aux femmes qui développent une primo-infection au VHS au cours du troisième trimestre de grossesse (après 28 semaines), notamment lorsque les lésions se manifestent dans les six semaines précédant la date d'accouchement prévue et que la séroconversion maternelle ne s'est pas encore produite (B-II-3). Il est recommandé de consulter des spécialistes de

l'infectiologie, surtout si des questions surgissent quant à l'état de séroconversion de la femme.

- Les données probantes et les avis consensuels s'accumulent pour proposer un traitement supprimeur à l'acyclovir (400 mg trois fois par jour à compter de 36 semaines de grossesse) aux femmes enceintes qui présentent des infections génitales récurrentes au VHS pendant leur grossesse (B-I).

Les femmes en travail

- Pendant le travail, il faut demander à toutes les femmes si elles ont eu des symptômes récents et bien les examiner pour déceler des signes éventuels d'infection génitale au VHS (A-II-3).
- En présence de lésions causées par le VHS dans la zone périnéale, une césarienne est recommandée. Ce type d'accouchement peut réduire le risque d'infection néonatale au VHS s'il est effectué dans les quatre à six heures suivant la rupture des membranes (B-II-3). Cependant, de nombreux spécialistes recommandent une césarienne même si les membranes sont rompues depuis plus de six heures (B-III).
- Il faut procéder immédiatement à une césarienne chez une femme à terme dont les membranes sont rompues et qui présente des lésions génitales actives (B-II-3). Cependant, la prise en charge idéale de l'accouchement n'est pas établie si les membranes sont rompues à un âge gestationnel où les poumons fœtaux sont encore très immatures. Dans un tel cas, certains spécialistes recommandent d'administrer de l'acyclovir par voie intraveineuse (15 mg/kg/jour répartis en trois doses, pour un maximum de 1 200 mg/jour) à la mère en cas de retard du travail et de l'accouchement (F-III).
- En l'absence de lésions génitales, des antécédents maternels d'infection génitale au VHS ne justifient pas un accouchement par césarienne (D-III).
- Dans la mesure du possible, il faut éviter les interventions qui peuvent accroître le risque d'infection chez les femmes atteintes d'une infection génitale active au VHS (D-II-3). Ces interventions

sont la rupture précoce des membranes, le monitoring par électrode sur le cuir chevelu foetal et les prélèvements sur le cuir chevelu.

Les nouveau-nés

La démarche de prise en charge du nourrisson asymptomatique exposé au VHS pendant l'accouchement tient compte de l'état de la mère. Souffre-t-elle d'une primo-infection démontrée ou présumée, de lésions récurrentes connues ou son état est-il inconnu? On peut présumer que les femmes de la dernière catégorie souffrent d'une primo-infection.

Les nourrissons nés par voie vaginale

- Il faut effectuer des cultures du VHS chez tous les nourrissons asymptomatiques exposés au VHS pendant l'accouchement et ce, 48 heures après la naissance (B-III). De plus, des cultures sont recommandées si la mère a souffert d'une infection au VHS pendant sa grossesse mais qu'elle ne présentait aucune lésion visible à l'accouchement. Il faut obtenir des prélèvements d'urine, de selle ou du rectum, de la bouche, des yeux et du nasopharynx. L'une des possibilités consiste à effectuer des cultures de surveillance hebdomadaires pendant quatre à six semaines afin de déceler toute trace de répllication virale active avant l'apparition de franches manifestations de la maladie (B-III).
- Il n'existe pas de consensus ferme quant à la prise en charge antivirale des nourrissons asymptomatiques dont la mère souffre d'une primo-infection démontrée ou présumée. La plupart des spécialistes recommandent l'administration empirique d'acyclovir à la naissance (B-III). D'autres préfèrent attendre les résultats des cultures du VHS ou les symptômes ou les signes d'infection avant d'amorcer le traitement. Quoi qu'il en soit, il faut prélever un échantillon de liquide céphalorachidien (LCR) avant d'amorcer le traitement. La durée de ce traitement peut dépendre en partie des résultats de laboratoire émergents, mais elle devrait être de 14 à 21 jours.
- Il faut observer attentivement le nourrisson dont la mère présente des lésions génitales récurrentes afin de déceler toute trace d'infection. Le traitement à l'acyclovir n'est pas recommandé pour le nourrisson asymptomatique (B-III).
- Chez tous les nourrissons symptomatiques, il faut évaluer la possibilité d'infection au VHS dans le cadre d'une évaluation complète de septicémie. La réaction en chaîne de la polymérase (PCR) du LCR est recommandée chez tous ces nourrissons.
- Chez ces nourrissons symptomatiques, il faut obtenir des prélèvements des lésions cutanées, de la conjonctive, du nasopharynx, de la bouche, des selles ou du rectum, de l'urine, de la couche leucocytaire et du LCR. Il faudrait également envisager une analyse sanguine par PCR (B-III).

Chez ces nourrissons, il faut amorcer un traitement à l'acyclovir si l'infection au VHS est fortement présumée ou si l'un des tests précédents en révèle la présence (B-III). Cet indice de suspicion devrait être maintenu pendant six semaines.

- Il faut personnaliser la période d'observation en milieu hospitalier des nourrissons plus vulnérables à une infection au VHS, compte tenu des ressources locales, de la qualité de l'observation à domicile et de la nature du suivi (B-III).
- Puisqu'une infection néonatale au VHS peut surgir de quatre à six semaines après l'accouchement, les médecins et les soignants doivent être vigilants, et il faut évaluer convenablement les éruptions et les symptômes (B-III).

Les nourrissons nés par césarienne

- Les nourrissons nés par césarienne au moins six heures après la rupture des membranes et dont la mère présentait des lésions herpétiques devraient être mis sous observation attentive et subir les cultures énumérées plus haut. L'antivirothérapie n'est pas amorcée systématiquement chez les nouveau-nés asymptomatiques, mais elle devrait l'être si les résultats des cultures du nourrisson sont positifs au VHS ou si l'infection au VHS est fortement présumée d'après des critères cliniques (B-III).

Les mesures de contrôle de l'infection

Les mesures de contrôle de l'infection sont résumées dans le document de principes complet, à l'adresse <www.cps.ca/francais/publications/MaladiesInfectieuses.htm> pour les femmes en travail et les femmes en période postpartum qui sont atteintes du VHS, ainsi que pour les nouveau-nés atteints d'une infection au VHS ou qui sont exposés au VHS.

Les tests diagnostiques de l'infection néonatale au VHS

La Société canadienne de pédiatrie fait les recommandations suivantes :

- Dans l'évaluation de l'infection néonatale au VHS, il faut obtenir des prélèvements des lésions cutanées, de la bouche, du nasopharynx, de la conjonctive, de l'urine, des selles ou de l'anorectum, de la couche leucocytaire et du LCR. Des cultures positives prélevées à l'un de ces foyers plus de 48 heures après l'accouchement sont indicatrices d'une répllication virale plutôt que d'une colonisation après une exposition intrapartum (B-III).
- Il ne faut pas se fier aux tests sérologiques parce qu'ils ne contribuent généralement pas à diagnostiquer une infection néonatale aiguë au VHS (E-II-3).
- Un PCR pour déceler l'ADN du VHS dans le LCR constitue le mode diagnostique de choix de l'encéphalite au VHS (A-II-3).

Tableau 1
Système de classification de l'infection néonatale au virus de l'herpès simplex

Type de présentation	Fréquence relative
Infection intra-utérine	Moins de 5 %
Infection postnatale	} Environ 33 % chacun
Maladie disséminée	
Infection des yeux, de la peau et de la bouche	
Maladie localisée du système nerveux central	

Le traitement et le suivi des nouveau-nés atteints d'une infection au VHS

- De l'acyclovir administré par voie intraveineuse est le médicament de choix dans le traitement de l'infection néonatale au VHS. Il faut administrer 60 mg/kg/jour d'acyclovir, répartis en trois doses (B-II-2), et apporter les rajustements nécessaires en cas d'atteinte rénale. Les effets indésirables de l'acyclovir peuvent être réduits au minimum si on s'assure que le patient est bien hydraté et qu'il urine suffisamment.
- Le traitement à l'acyclovir en cas d'infection néonatale au VHS devrait être de 14 jours si la maladie est limitée à la peau, aux yeux et à la bouche, et de 21 jours si la maladie touche le système nerveux central ou est disséminée (B-III) (tableau 1).
- Le recours à l'acyclovir par voie orale est contre-indiqué dans le traitement de l'infection au VHS chez le nouveau-né (E-III).
- On ne connaît pas la prise en charge optimale des récurrences post-traitement. La valeur d'un traitement suppressif ou intermittent prolongé à l'acyclovir pour les nourrissons atteints d'une infection de la peau, des

yeux et de la bouche est en cours d'évaluation. Aucune recommandation définitive ne peut être présentée pour l'instant.

- En plus de l'acyclovir administré par voie parentérale, les nouveau-nés souffrant d'une atteinte oculaire causée par leur infection au VHS devraient recevoir un agent topique ophthalmique, tel que de la trifluridine (B-III).
- Les nourrissons atteints d'une infection au VHS devraient faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation de maladie récurrente et de séquelles neurologiques. Les lésions cutanées récurrentes sont fréquentes chez les nourrissons atteints d'une infection néonatale au VHS et peuvent s'associer à des séquelles du système nerveux central si elles se produisent pendant les six premiers mois de vie (B-III). Par conséquent, l'examen et la PCR du LCR, associés à un traitement intraveineux à l'acyclovir, s'imposent au moment de la récurrence des lésions cutanées (B-III).

REMERCIEMENTS : Le présent document de principes a été révisé par le comité d'étude du fœtus et du nouveau-né et le comité de la pédiatrie communautaire de la SCP, de même que par le comité d'action conjointe de la santé de l'enfant et de l'adolescent (un comité conjoint de la SCP et du Collège des médecins de famille du Canada) et par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

RÉFÉRENCES SÉLECTIONNÉES

- Arvin AM, Whitley RJ. Herpes simplex virus infections. In: Remington JS, Klein JO, éd. *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn*, 6^e éd. Philadelphie: WB Saunders Company, 2005:845-6.
- Sheffield JS, Hollier LM, Hill JB, Stuart GS, Wendel GD. Acyclovir prophylaxis to prevent herpes simplex virus recurrence at delivery: A systematic review. *Obstet Gynecol* 2003;102:1396-403.
- American Academy of Pediatrics. Herpes simplex. In: Pickering LK, éd. 2003 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 26^e éd. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2003:344-53.

Le document de principes complet se trouve à l'adresse <www.cps.ca/francais/publications/MaladiesInfectieuses.htm>.

COMITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES ET D'IMMUNISATION

Membres : Docteurs Simon Richard Dobson, BC's Children's Hospital, Vancouver (Colombie-Britannique); Joanne Embree (présidente), université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba); Joanne Langley, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse); Dorothy Moore, L'Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec); Gary Pekeles (représentant du conseil), L'Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec); Élisabeth Rousseau-Harsany (représentante du conseil), CHU Sainte-Justine, Montréal (Québec); Lindy Samson, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario)

Conseillère : Docteur Noni MacDonald, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Représentants : Docteurs Upton Allen, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario) (Canadian Paediatric AIDS Research Group); Scott Halperin, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse) (IMPACT); Monica Naus, BC Centre for Disease Control, Vancouver (Colombie-Britannique) (Santé Canada, Comité consultatif national de l'immunisation); Larry Pickering, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (Géorgie) États-Unis (American Academy of Pediatrics, comité des maladies infectieuses)

Auteur principal : Docteur Upton Allen, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario)

Les recommandations du présent énoncé ne constituent pas une démarche ou un mode de traitement exclusif. Des variations tenant compte de la situation du patient peuvent se révéler pertinentes. Les adresses Internet sont à jour au moment de la publication.