



## Herpès et grossesse

# Recommandations pour la Pratique Clinique

## Synthèse

Marie-Victoire Senat

Loïc Sentilhes

# Herpès néonatal: Epidémiologie



- L'herpès néonatal est **rare** (incidence 3/100 000 naissances) (NP3).
- Prédominance du **sérotype HSV-1** dans les études les plus récentes (NP3).
- Les principaux facteurs de risque de transmission mère-enfant sont
  - **la primo-infection maternelle**
  - le sérotype HSV-1
- L'impact de la prophylaxie anténatale par aciclovir ou valaciclovir sur le risque de transmission mère-enfant est inconnue.

# Herpès néonatal: Morbi-mortalité



- La **mortalité est élevée** et dépend de la forme clinique (NP3)  
Avec traitement : f. cutanéomuqueuse 0 %, atteinte système nerveux central 6%, atteinte disséminée 31 %
- La **morbidity est principalement neurologique** et dépend de la forme clinique (NP3).
- L'administration d'Aciclovir IV (60 mg/kg/j) permet de réduire la mortalité en cas d'atteinte neurologique (NP3).

# Herpès néonatal: Diagnostic clinique



- **3 formes cliniques** : cutanéomuqueuse SEM (45%), atteinte système nerveux central SNC (30%), disséminée (25%).
- Premiers symptômes **entre J5 et J12** (NP3).
- Il n'existe **aucun antécédent d'herpès génital chez la mère dans la majorité des cas d'herpès néonatal** (NP3).
- **La fièvre et les lésions vésiculeuses typiques peuvent être absentes** à l'admission et même au cours de l'évolution de la maladie (NP3).
- Le diagnostic doit être évoqué devant tout tableau néonatal atypique (respiratoire, neurologique ou de saignement inexplicé) ou de sepsis résistant aux antibiotiques (Grade C).

# Herpès néonatal: Diagnostic virologique



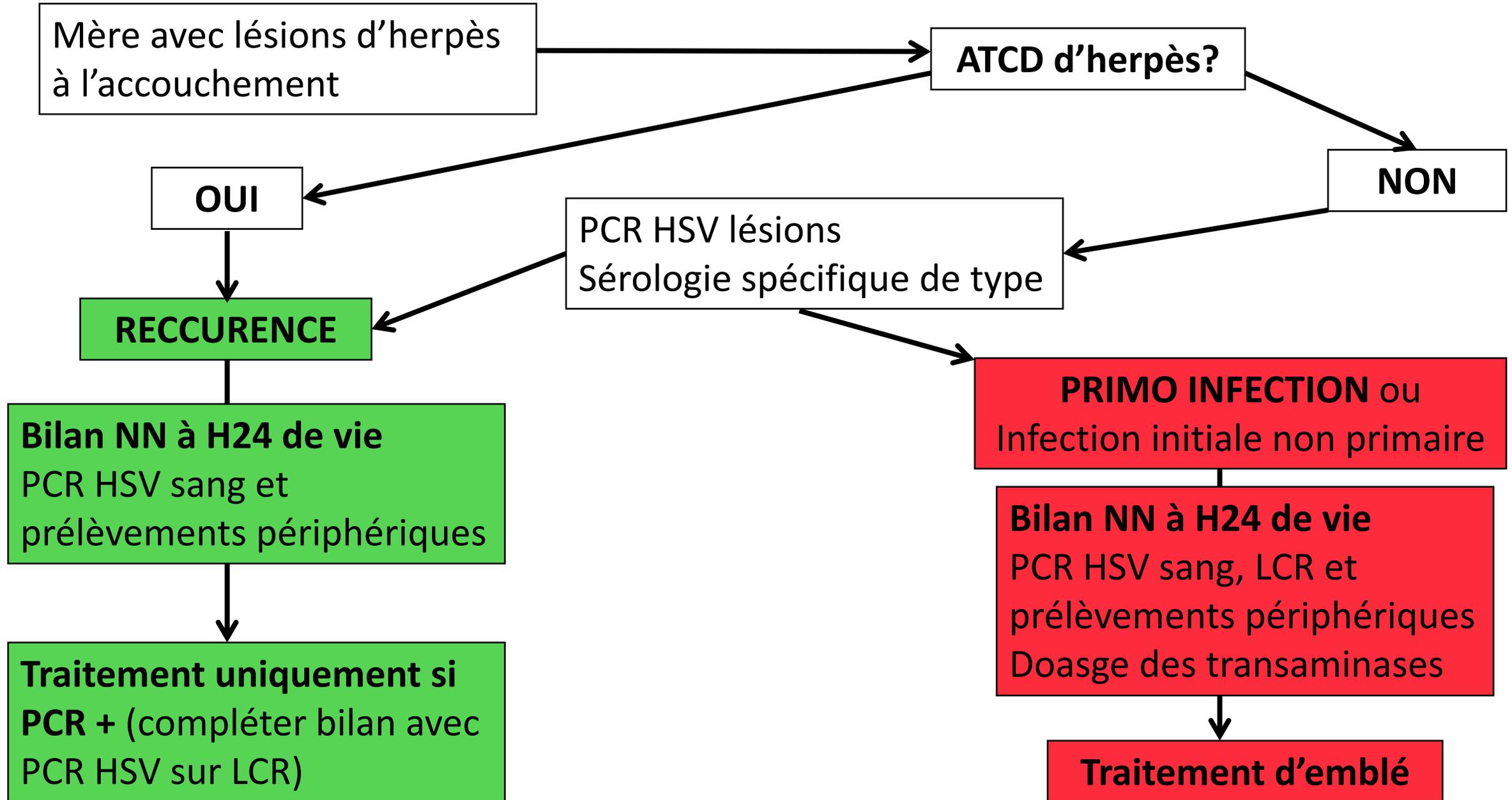
- Le diagnostic de confirmation virologique repose sur la **PCR HSV** (Accord professionnel):
  - Tout NN symptomatique suspect d'herpès néonatal doit avoir une ponction lombaire pour PCR HSV sur LCR (Accord professionnel).
  - Pour améliorer la probabilité du diagnostic, les **prélèvements pour PCR HSV** doivent être **multiples** (sang, LCR, lésions cutanéomuqueuses) et réalisés le plus **précocement** possible, de préférence avant le traitement mais sans le différer (Accord professionnel).
  - En cas de négativité de la PCR HSV et de forte suspicion clinique, les prélèvements pour PCR doivent être **répétés**, y compris sur d'autres localisations (muqueuses, cutanées) (Accord professionnel).

# Herpès néonatal: Prise en charge



- Chez un **NN symptomatique** suspect d'herpès néonatal, un traitement par aciclovir IV doit être débuté sans attendre la confirmation virologique (Grade A).
- Chez un **NN asymptomatique à risque** d'herpès néonatal, la prise en charge dépend de l'évaluation du risque de transmission mère-enfant
  - Récurrence maternelle = risque mineur (env 1%)
  - PI ou Infection initiale non primaire = risque majeur (env 44%).
  - Cas particulier du NN prématuré = considérer comme à risque majeur quelque soit le statut maternel.

## Herpès néonatal: Prise en charge



# Herpès néonatal: traitement



- **Aciclovir IV à la posologie de 60mg/kg/j (Grade C).**
- **Durée selon la forme clinique (Accord professionnel):**
  - SEM : 14 jours
  - SNC ou Disséminée : 21 jours
  - En cas d'atteinte du SNC, PL avec PCR HSV sur le LCR en fin de traitement. Si PCR +, l'aciclovir doit être poursuivi (Accord professionnel).
- **Un relais par aciclovir oral (300mg/m<sup>2</sup>/j en 3x) pendant 6 mois est recommandé, quelque soit la forme clinique, pour améliorer le pronostic neurologique et diminuer le risque de récurrence (Grade B).**