

Herpès génital et grossesse: mesures efficaces en prévention de l'herpès néonatal



R.H.M. Rasendramino*¹, S.D. Andriarimalala¹,
F. Randrianirina², H. Rakotomahenina¹,
H. Raobijaona³

¹ Pavillon Sainte-Fleur, CHU-JRA BP 4150 Antananarivo, Madagascar

² Institut Pasteur de Madagascar Antananarivo, Madagascar

³ Service Debré, CHU-JRB Antananarivo, Madagascar

Résumé

L'herpès génital est une infection virale due à Herpès Simplex 1 ou 2. Chez la femme enceinte, elle peut avoir des conséquences redoutables chez l'enfant à naître. Nous rapportons 2 observations qui ont soulevé le problème de diagnostic et de prise en charge. La première concernait une primipare de 29 ans dont le diagnostic est établi vers 38 semaines d'aménorrhée devant une notion d'éruptions péniennes chez le conjoint et des leucorrhées rebelles. La deuxième concernait une primipare de 22 ans de diagnostic établi vers 36 semaines d'aménorrhée pour des éruptions vésiculo-suintantes vulvovaginales. Les particularités de la prise en charge sont discutées pour prévenir l'herpès néonatal. L'évolution favorable confirme que la césarienne en urgence associée à un traitement anti-viral pour la mère et l'enfant reste le traitement de choix.

Mots-clés: Herpès; Grossesse; Nouveau-né; Prévention

Genital herpes and pregnancy: efficient measures in prevention of neonatal herpes

Summary

Genital herpes is an infection by Herpes simplex Virus 1 or 2. In pregnant woman, there are risks of neonatal herpes in the newborn infant if infection happens at the time of labor. 2 cases report are presented. The first one is a 29 year-old patient which diagnosis is done after 38 weeks of amenorrhea with evocative eruptions in her husband. The second case is a 22 year-old patient which diagnosis is done after 36 weeks of amenorrhea by analysis of vaginal and skin lesions. The particularly of management is discussed to prevent neonatal herpes. A good evolution for two cases confirms that caesarean section done in emergency and an antiviral treatment for the mother and child are the best treatment.

Keywords: Herpes; Infant; Pregnancy; Prevention

Introduction

L'herpès génital est une infection virale due à Herpès simplex 1 (HSV1) et à Herpès simplex 2 (HSV2). A Madagascar, aucune étude n'a été faite sur l'association de la virose et de la grossesse. Chez la femme enceinte, une infection évolutive avec une excrétion virale peut se transmettre chez l'enfant à naître et être responsable de l'herpès néonatal à manifestations graves. Le diagnostic et la prise en charge sont complexes. Les auteurs rapportent 2 cas d'herpès génital à HSV 2, diagnostiqués près de l'accouchement, observés sur 7000 grossesses au Pavillon Sainte-Fleur du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU-JRA), Antananarivo, depuis 10 ans, et qui ont soulevé le problème de conduite à tenir.

Observation

Observation 1

Il s'agissait d'une femme de 29 ans, primipare, sans antécédent particulier, sauf une mycose génitale rebelle, ayant présenté une persistance anormale des leucorrhées. Une notion d'éruptions péniennes vésiculeuses chez le conjoint avait conduit au renouvellement de son bilan infectieux vers 38 semaines 3 jours. Ceci avait permis de diagnostiquer des infections génitales à *Trichomonas va-*

ginalis et à Herpès simplex 2. La césarienne avait été décidée en urgence devant l'apparition de rares contractions utérines et malgré les conditions obstétricales favorables. La mère avait été traitée par aciclovir 250 mg par voie intra-veineuse pendant 2 jours, puis per os 200mg 5 fois par jour pendant 5 jours. Le conjoint avait reçu le même traitement per os. L'enfant avait été mis sous aciclovir 250 mg par voie veineuse pendant 7 jours. La recherche virologique sur liquide biologique n'avait pas été faite par limitation des moyens. A 1 mois de surveillance, l'enfant n'avait présenté aucune manifestation clinique. L'évolution avait été favorable pour la mère et l'enfant.

Observation 2

Il s'agissait d'une femme de 22 ans, primipare, sans suivi, venue à la maternité à 36 semaines 5 jours et qui avait présenté des lésions ulcéro-vésiculeuses multiples confluentes et suintantes, douloureuses, prurigineuses de la région vulvo-périnéale. Elle n'avait jamais eu d'éruptions similaires auparavant. Un bilan infectieux réalisé en urgence avait permis de diagnostiquer une staphylococcie et une infection évolutive à Herpès simplex 2. La césarienne avait été indiquée en urgence au vu des résultats malgré les conditions obstétricales favorables. La mère, le conjoint et l'enfant avaient été mis sous traitement par l'aciclovir. La recherche virologique sur liquide biologique n'avait pas été faite par limitation des moyens. A 1 mois de surveillance, l'enfant n'avait présenté aucune manifestation clinique. Les lésions vésiculo-ulcéro-croûteuses maternelles s'étaient résorbées vers le dixième jour.

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: raheli_07@yahoo.fr (R.H.M. Rasendramino).

¹ Adresse actuelle: Pavillon Sainte-Fleur, CHU-JRA BP 4150 101 Antananarivo Madagascar

Discussion

L'herpès génital est une infection virale acquise par contact cutané-muqueux. La primo-infection est d'expression variable, et peut être symptomatique ou non [1]. Chez la femme enceinte, la particularité est due aux conséquences éventuellement fatales chez le nouveau-né. La transmission materno-foetale est plus élevée s'il s'agit d'une primo-infection par rapport aux récurrences. Mais le risque de transmission existe toujours même en absence de symptômes [2]. Elle peut se faire in utero, par voie hématogène lors d'une primo-infection maternelle datant moins d'un mois [3], transmembranaire, ou lors de l'accouchement par contact direct [2,4]. Les facteurs de risque de transmission supplémentaires sont les lésions maternelles évolutives et la rupture prématurée des membranes de plus de 6 heures. Et enfin, cette transmission peut se faire verticalement lors de la période post-natale, par contact cutané materno-foetal lors des éruptions [5-7]. Nos cas concernent HSV2 détecté par immunofluorescence sur frottis cervical pour le premier cas, et sur les lésions éruptives vulvo-vaginales pour le deuxième cas. Dans la pratique, la recherche virologique n'est pas toujours systématique du fait de son coût. Il faut y penser devant des contextes évocateurs tels que des leucorrhées persistantes et récidivantes, a fortiori devant une notion de lésions évocatrices chez le conjoint. La recherche bactériologique est toujours associée compte tenu du fait qu'une infection génitale peut être le lit d'une autre. Le coût des sérologies de l'herpès a limité les investigations. Ceci ne nous permet pas de savoir s'il s'agit d'une primo-infection véritable ou non. Or, une primo-infection maternelle représente la situation de risque majeure pour le nouveau-né, en raison de la concentration élevée dans les lésions, de la durée prolongée de l'excrétion virale et de l'absence d'anticorps neutralisants [8]. Mais l'absence d'antécédent d'éruptions herpétiques pour les deux cas nous a fait considérer que le risque de primo-infection est toujours existant et qu'il est plus prudent de prendre les mesures préventives devant les éruptions évocatrices. En outre, il existe des cas d'herpès néonatal observé même en dehors de symptomatologie évocatrice d'herpès pendant le travail [2]. Par ailleurs, le deuxième cas est une femme sans antécédent présentant des lésions éruptives en phase évolutive d'excrétion. Et enfin, selon le consensus, l'accouchement par voie basse n'est pas indiqué en tenant compte du fait que les lésions sont en phase d'excrétion ou une détection positive du virus est faite au moment de l'accouchement [2,3]. Le risque de transmission verticale est réduit lorsqu'on pratique une césarienne justifiant son indication [3]. En dernier lieu, les lésions ne se sont résorbées qu'après 10 jours et ceci semble être un argument en faveur de nos présomptions. Le caractère d'urgence est adopté parce que nous devons agir avant le début du travail car une transmission transmembranaire est possible lors des contractions. Et si en outre, il survenait une rupture des membranes, le contact direct par voie ascendante est un facteur de risque supplémentaire. Nos deux cas ont été ainsi considérés

comme des urgences obstétricales relatives devant les conditions d'accouchement favorables, et devant l'âge gestationnel propice. Nous n'avons pas effectué une sérologie de contrôle systématique chez la mère dans la mesure où il y aura toujours une présence des anticorps d'infection herpétique autant que l'infection ait été ancienne ou récente. Ce dépistage n'est pas recommandé [5]. Le traitement anti-viral chez la mère a été institué par voie parentérale en pré-opératoire dès le diagnostic posé et en post-opératoire immédiat pendant 3 jours, puis relayé per os pendant 5 jours. Un traitement par aciclovir est recommandé [9]. Il a pour but de raccourcir la phase d'excrétion virale, et par conséquent de réduire le risque de transmission post-natale par contact direct et de maîtriser l'infection chez la femme. Le traitement du conjoint par voie générale per os a le même but. La place du traitement préventif de l'enfant a été discutée. Elle n'est pas recommandée [10], mais nous avons préféré une prévention par voie parentérale devant les signes maternels. Les résultats que nous avons obtenus sont satisfaisants à moyen terme.

Conclusion

Pour nos cas, le diagnostic était établi dans un contexte d'urgence. Ces situations se transforment en urgences obstétricales si on veut prévenir un herpès néonatal, connu pour une infection virale à tropisme neurologique à morbidité importante avec de graves séquelles et à mortalité élevée. L'évolution favorable sans apparition de manifestations néonatales confirme que la césarienne en urgence associée à un traitement préventif anti-viral par voie générale reste le traitement de choix.

Références

- 1- Langenberg AG, Corey L, Ashley RL, Leong WP, Straus SE. A prospective study of new infections with herpes simplex virus type 1 and type 2. Chiron HSV Vaccine Study Group. *N Engl J Med* 1999; 341: 1432-8.
- 2- Brown ZA, Benedetti J, Ashley R, Burchett S, Selke S, Berry S, et al. Neonatal herpes simplex virus infection in relation to asymptomatic maternal infection at the time of labor. *N Engl J Med* 1991; 324: 1247-52.
- 3- Berland P. Herpès génital et accouchement. *Rev Fr Gynecol Obstét* 1991; 86, 639-43.
- 4- Brown ZA, Wald A, Morrow RA, Selke S, Zeh J, Corey L. Effect of serologic status and cesarian section on transmission rates of herpes simplex virus from mother to infant. *JAMA* 2003; 289: 203-9.
- 5- Société de pathologie infectieuse de langue française. Herpès chez la femme enceinte. *Infections en ligne* 2002; 2: 7-8.
- 6- Mertz GJ, Benedetti J, Ashley R, Selke SA, Corey L. Risk factors for the sexual transmission of genital herpes. *Ann Intern Med* 1992; 116: 197-202.
- 7- Brown ZA, Selke S, Zeh J, Kopelman J, Maslow A, Ashley RL, et al. The acquisition of herpes simplex virus during pregnancy. *N Engl J Med* 1997; 337: 509-15.
- 8- Brown ZA, Vontver LA, Benedetti J, Critchlow CW, Selles CJ, et al. Effects on infants of first episode of genital herpes during pregnancy. *N Engl J Med* 1987; 317, 1246-51.
- 9- Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. A reference guide to fetal and neonatal risk: *Drugs in Pregnancy and Lactation*. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002.
- 10- Recommandations suisses pour le traitement de l'herpès génital et de l'herpès du nouveau-né. *Bulletin des médecins suisses* 2005; 86: 13.