

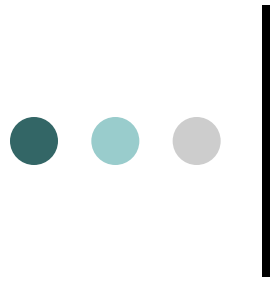


LES INFECTIONS A HSV2

DR Dorra Lahiani

Service des maladies infectieuses de Sfax

Cours collège, 11 Décembre 2009



INTRODUCTION

- HSV2: infection sexuellement transmissible
- Herpès génital et herpès néonatal++
- Anti viraux (Acyclovir)

VIRUS HERPES SIMPLEX

2 virus pour l'herpès



Herpes Virus Simplex de type 1

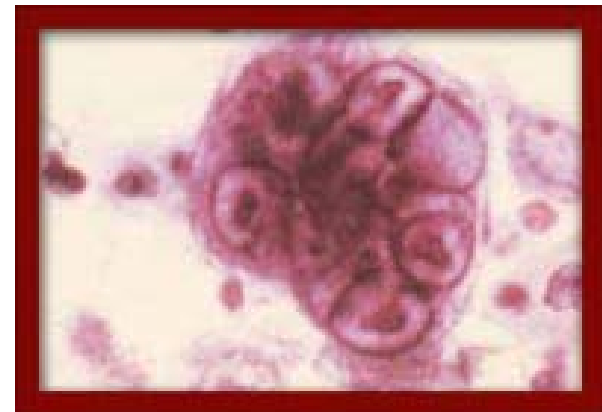
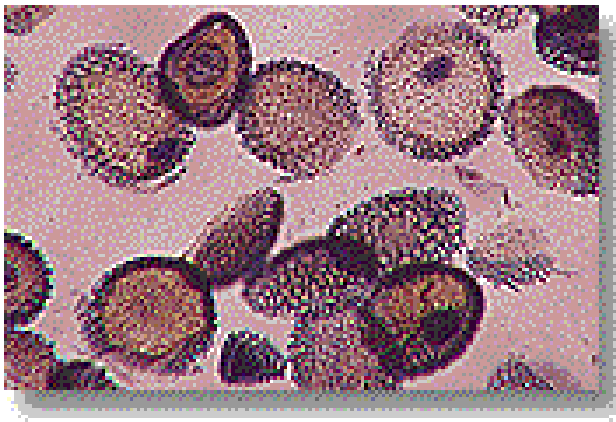
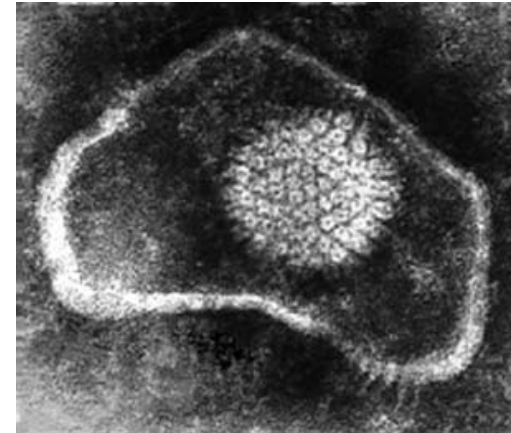
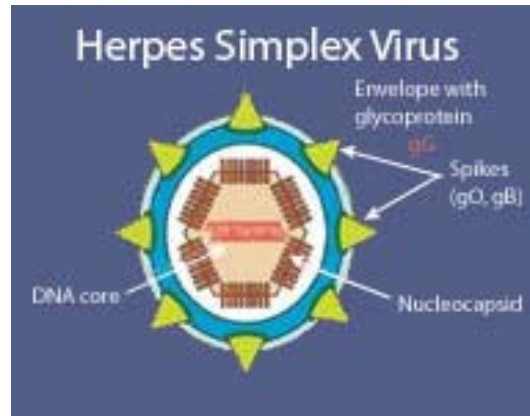
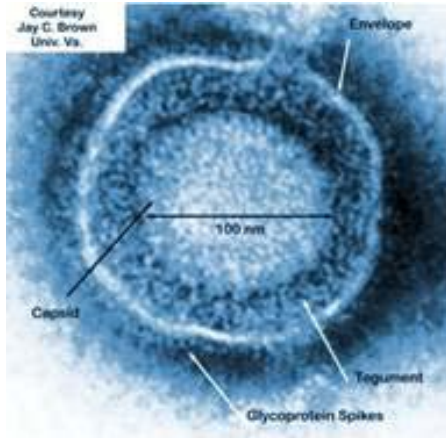
20% des herpès génitaux

50% de primo infections.

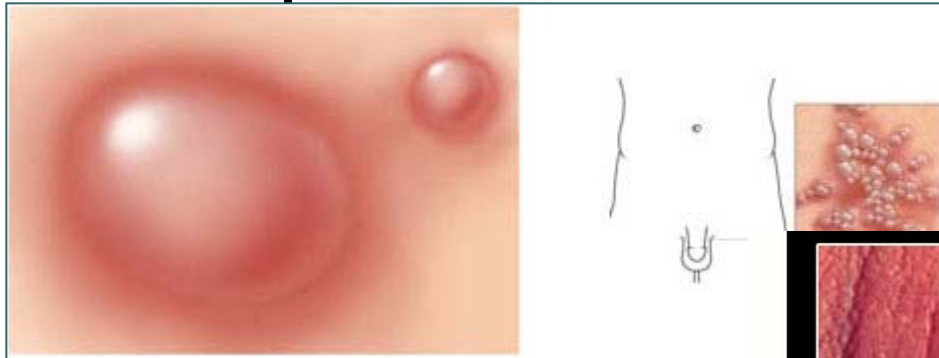
Herpes Virus Simplex de type 2

classiquement responsable des herpès génitaux

AGENT CAUSAL HSV2



PATHOGENIE



Vésicule
Bulle

Le virus de l'herpès infeste les cellules de l'épiderme, les fait gonfler et exploser. Cela finit par créer des vésicules puis des bulles

Effet du virus sur les cellules de l'épiderme (kératinocytes)

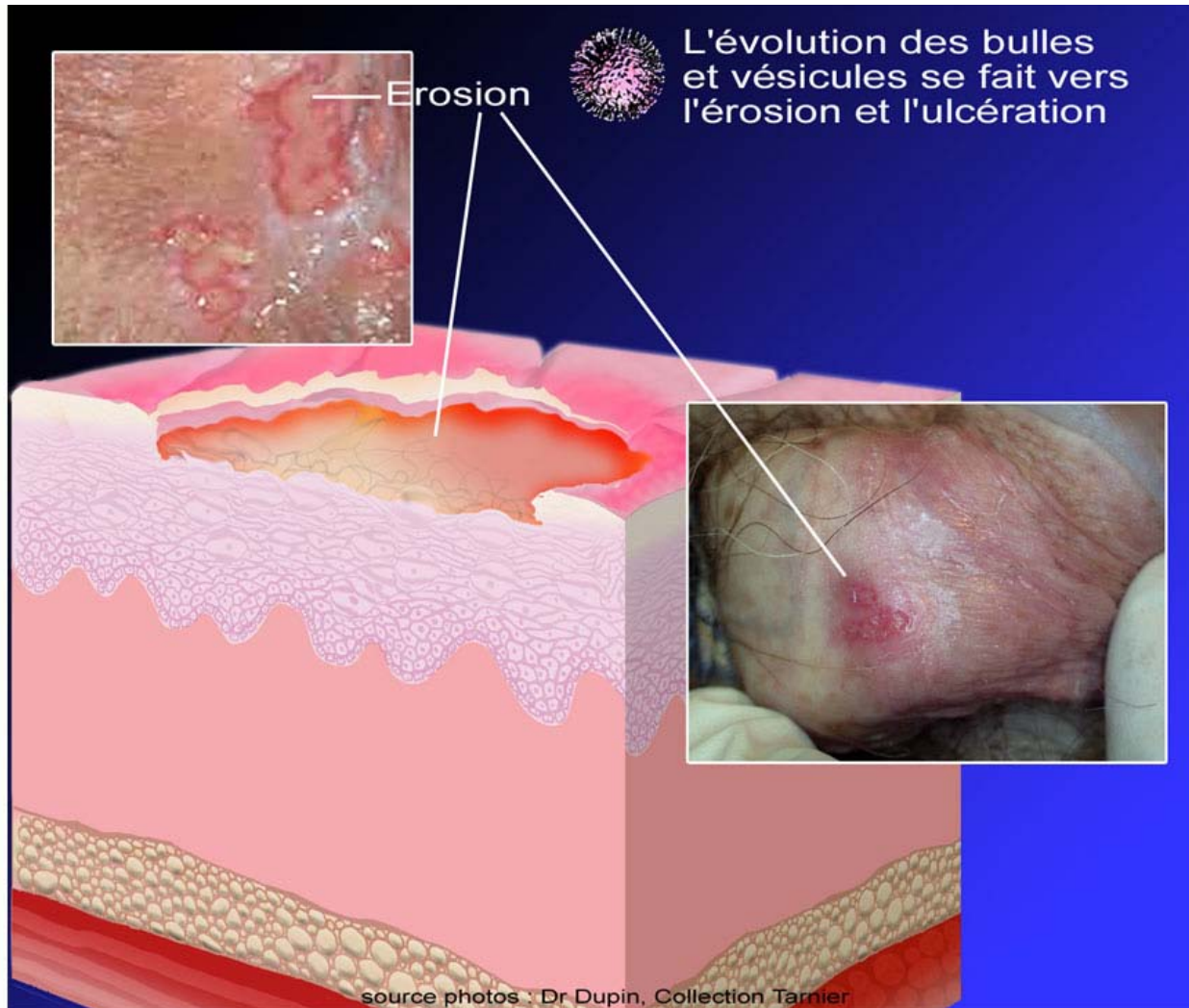
Ballonisation d'un kératinocyte

virus

source photos : Dr Dupin, Collection Tarnier

This complex block illustrates the cellular effects of the herpes virus. It features a central schematic diagram of the epidermis showing a keratinocyte undergoing ballooning (Ballonisation d'un kératinocyte). To the right, a histological micrograph shows the epidermal layer with a white box highlighting a specific cell. Below this, a larger micrograph shows a single ballooning keratinocyte with a virus particle nearby. Labels include 'Vésicule' and 'Bulle' pointing to the skin surface, and 'virus' pointing to the particle. A text box explains that the virus infects epidermal cells, causing them to swell and burst, leading to vesicles and then bullae. The source is cited as 'source photos : Dr Dupin, Collection Tarnier'.

PATHOGENIE



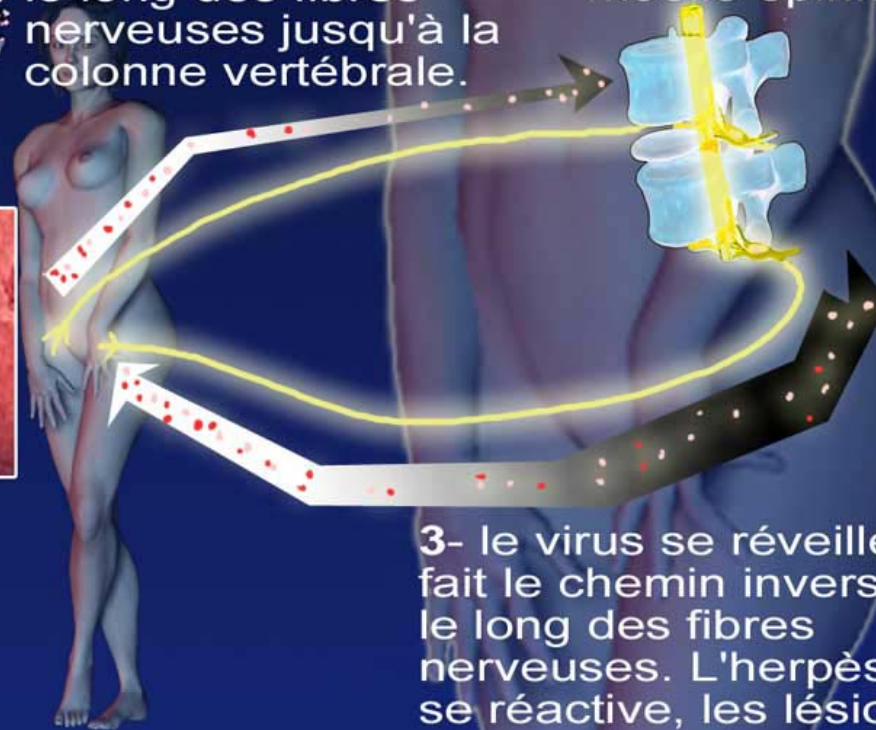
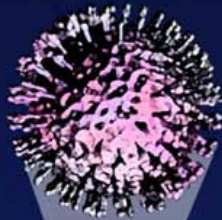
PATHOGENIE

Le cycle du virus

1- le virus se multiplie. Lors de la rupture des vésicules, il remonte le long des fibres nerveuses jusqu'à la colonne vertébrale.

2- le virus reste endormi dans un ganglion de la moëlle épinière

3- le virus se réveille et fait le chemin inverse le long des fibres nerveuses. L'herpès se réactive, les lésions réapparaissent.





EPIDEMIOLOGIE

1- Fréquence:

Séroprévalence HSV2:

- 5 à 15 % en Europe de l'Ouest et au Japon
- 10 à 30 % aux États-Unis, en Europe de l'Est, au Maroc, en Asie du SE, en Afrique de l'ouest
- 30 à 50 % en Amérique du Sud
- 40 à 80 % en Afrique Centrale et en Afrique du Sud



EPIDEMIOLOGIE

1- Herpès génital:

a- Fréquence:

- HSV2: 90% de l'herpès génital
- Dans le monde:
 - 200 000 et 500 000 personnes chaque année
 - 107 millions de personnes sont infectées
- Etats-Unis: 5 à 20 millions de personnes
(20% des adultes sexuellement actifs)



EPIDEMIOLOGIE

Herpès génital

Maladie sous-diagnostiquée. Ceci s'explique par :

- **20% de formes asymptomatiques**
- **60% des cas des symptômes non identifiés**
- Le caractère **tabou** de la maladie
- La régression spontanée des poussées
- **Les patients ne consultent pas**



EPIDEMIOLOGIE

Herpès génital

b- Facteurs de risque d'acquisition d'HSV2: sexe féminin, précocité du 1er rapport, nombre de partenaires, antécédents de MST, infection VIH et niveau socioéconomique faible

c- Mode de Contamination:

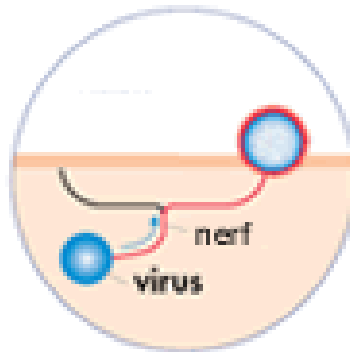
Rapports sexuels vaginaux ou anaux non protégés avec une personne infectée

EPIDEMIOLOGIE

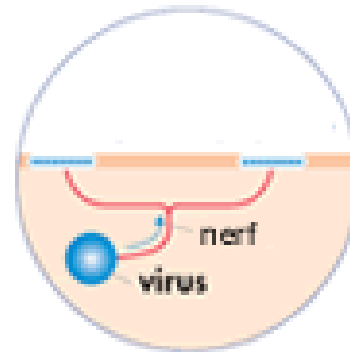
Herpès génital

- Excrétion virale asymptomatique (EVA)+++

Excrétion virale



Signes visibles
d'une poussée



Virus actif en l'absence de
signes ou de symptômes



EPIDEMIOLOGIE

Herpès génital

- Excrétion virale asymptomatique (EVA)+++
 - * mode de transmission principal de l'herpès génital et de l'herpès néonatal
 - * intermittente et variable d'un individu à l'autre
 - * dure en moyenne un à deux jours
 - * HSV2 > HSV1 (50 à 70% des femmes porteuses d'HSV2)



EPIDEMIOLOGIE

Herpès génital

- Excrétion virale asymptomatique (EVA)+++:

* durant l'année suivant la primo-infection, chez les femmes ayant plus de 12 récurrences par an, et dans les sept jours précédant et suivant une récurrence



EPIDEMIOLOGIE

Herpès génital

- Contagion:

- * Primo infection: 10 à 20 jours
- * Récurrence: 12 jours



EPIDEMIOLOGIE

2- Herpès néonatal:

- L'incidence de l'infection herpétique néonatale en France est de 2 à 2,5 /100 000 naissances
- HSV1 (27 à 36%), et surtout HSV2 (64 à 73%)
- L'origine est 9 fois sur 10 une infection génitale de la mère



EPIDEMIOLOGIE

Herpès néonatal

- Le risque de transmission est plus fréquente lors d'une **primo-infection (31 à 70%)** que lors d'une récurrence (3%) que lors d'une EVA (0,04%)
- 1 à 16% des femmes enceintes ont une excrétion génitale asymptomatique de HSV2

EPIDEMIOLOGIE

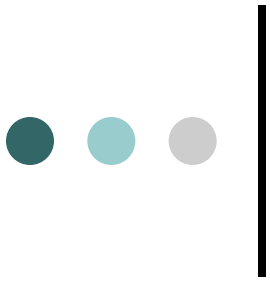
Herpès néonatal

- Périnatale++ (85%)



(Risque de contamination du foetus augmente si RPM > 6 heures et en cas de monitoring foetal par électrodes de scalp, situation de l'infection maternelle au moment de l'accouchement)

- Rarement transplacentaire ou postnatale



CLINIQUE



HSV2: Primo-infection

- Le plus souvent asymptomatique ou méconnue
- 2 à 20 jours après contact infectant
- Symptômes plus sévères chez la femme

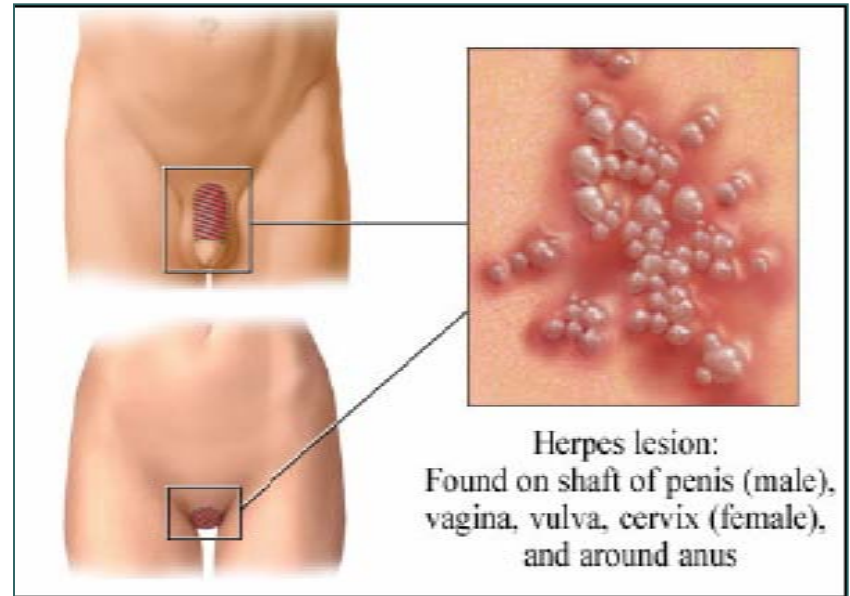
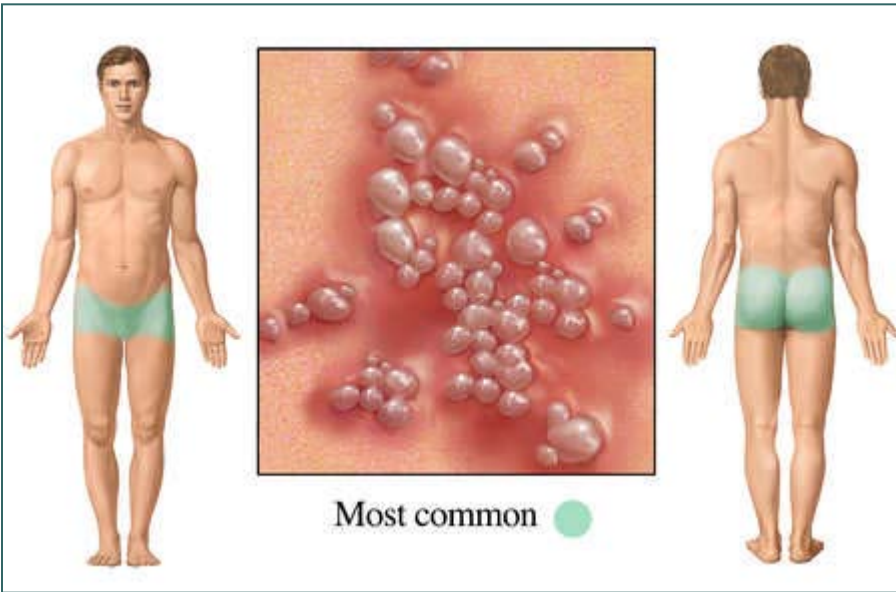


HSV2: Primo-infection

- * Vulvovaginite
- * Méningite, myélite transverse, radiculopathies sacrales
- * Forme cutanée pure
- * Kérato-conjonctivite unilatérale aiguë
- * Formes graves (immunodéprimés, NNés)

HERPES GENITAL

Primo-infection







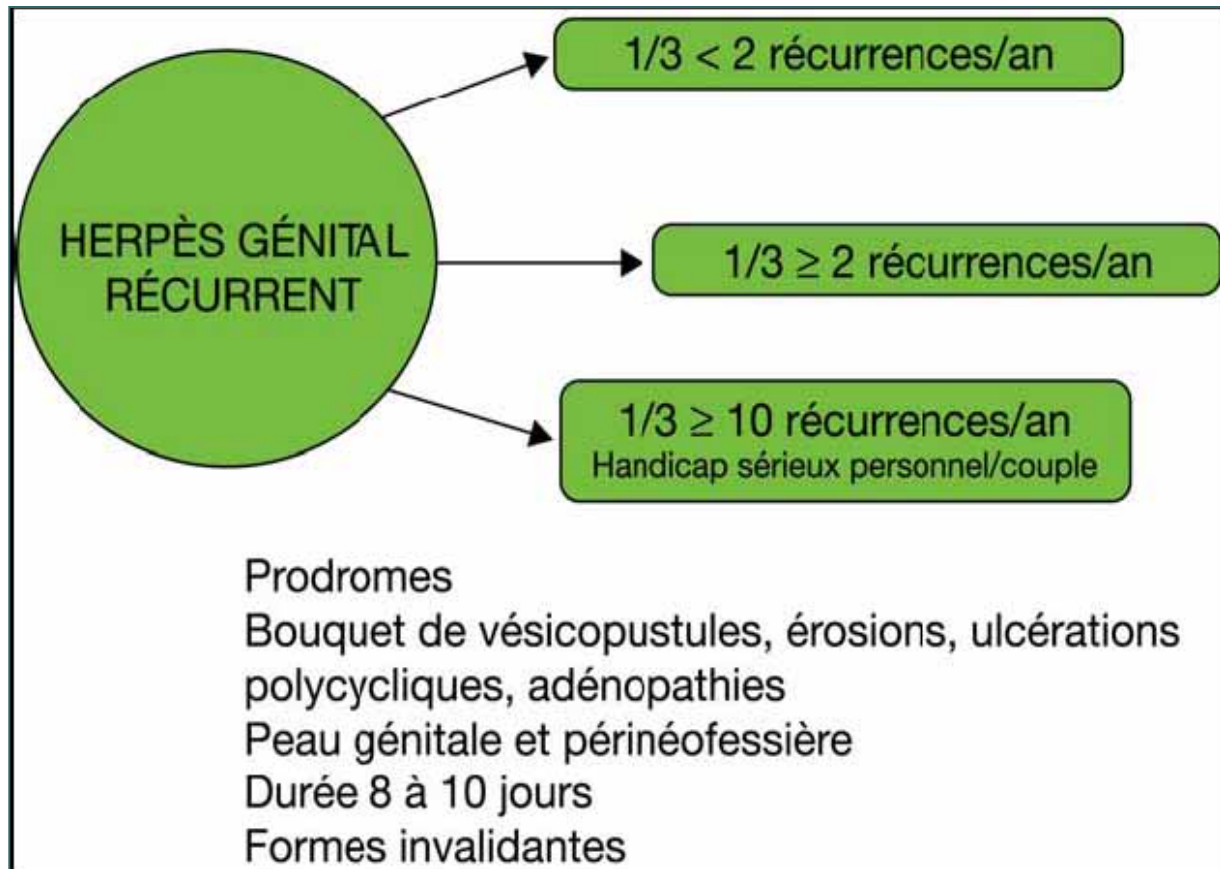
HERPES GENITAL

Réurrence

- ❑ HSV2>HSV1
- ❑ *sexe masculin++*
- ❑ (soleil, règles, infections générales, rapports sexuels, stress, médicaments, aliments...)
- ❑ Même endroit que la primo-infection
- ❑ Manifestations plus brèves, voire inapparentes

HERPES GENITAL

Réurrence



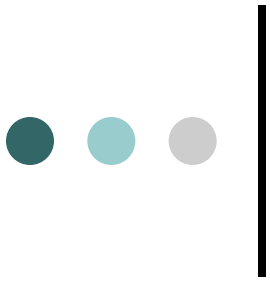
HSV2: Récurrence



Herpès génital récurrent



Herpès fessier récurrent



HERPES NEONATAL



HERPES NEONATAL

- Premiers signes cliniques: 4 à 14 jours
- Trois formes cliniques :
 - * Forme disséminée hématogène (20 à 60%)
Mortalité: 40 à 70%
 - * Forme neurologique (30 à 40 %)
Mortalité: 15%
 - * forme localisée cutanée ou muqueuse (30 à 40%)
Pas de mortalité

HERPES NEONATAL

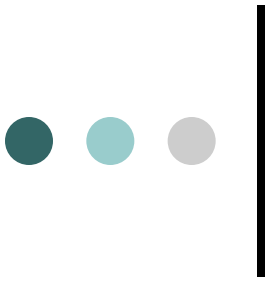


HERPES NEONATAL

- Pronostic transformé par une meilleure utilisation de l'acyclovir

<i>Mortalité</i>	Sans tt antiviral	Avec tt (ACV)
Forme disséminée	> 80%	30%
Atteinte neurologique	50%	4%

- Séquelles encore fréquentes, en particulier les séquelles de méningoencéphalite dans 65% des cas (microcéphalies, retard psychomoteur, cécité)



ATTEINTE NEUROMENINGEE A HSV2



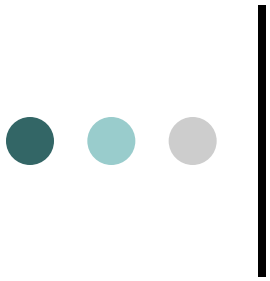
MENINGITE A HSV2

- Rare
- HSV2++
- Bénignes (≠ MEH)
- Évolution favorable
- Récurrences: 20-25%



MYELITE A HSV2

- 2% des myélites aiguës virales et 1‰ de l'ensemble des myélopathies aiguës
- Présentation clinique: variable de la forme guérissable à la myélite nécrosante avec séquelles obligatoires particulièrement sur terrain de diabète, néoplasie ou d'infection VIH
- Évolution généralement défavorable



HSV2-VIH



HSV2-VIH

- Taux important de co-infection par les deux virus dans certaines populations (les pays en développement, les homosexuels)
- Séroprévalence de l'infection à HSV2 chez les homosexuels HIV+ voisine de 90%



HSV2-VIH

- Herpès génital: facilite la transmission et l'acquisition du VIH (augmentation de la perméabilité de la muqueuse créée par l'ulcération herpétique)
- L'infection HSV-2 (symptomatique ou non) est susceptible de stimuler la réplication du VIH avec augmentation de la charge virale



HSV2-VIH

- Augmentation par 4 de l'EVA
- Immunodépression:
 - * légère: pas de caractéristiques particulière
 - * profonde: lésions herpétiques fréquentes, étendues, douloureuses, chroniques et récidivantes
- HAART → ↘ la fréquence et la sévérité de ces manifestations

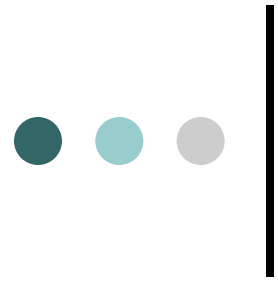
HSV2-VIH



Ulcération herpétique chronique. Patient VIH+



Herpès progressif au cours du sida



PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS A HSV2



PRISE EN CHARGE

1- Herpès génital:

a- Primo infection:

*** Primo infection herpétique symptomatique:**

Aciclovir 200 mg 5 fois par jour pendant 10 jours

Ou

Valaciclovir 500 mg 2 fois par jour pendant 10 jours

Ou

Famciclovir 250 mg 3 fois par jour pendant 5 jours

*** Primo infection herpétique sévère (signes méningés, rétention urinaire ou de douleurs très intenses):**

- Hospitalisation nécessaire

- aciclovir IV 5 mg/kg/8 h pendant 5 à 10 jours



PRISE EN CHARGE

1- Herpès génital:

a- Primo infection:

* Primo infection herpétique chez la femme enceinte:

aciclovir: traitement de choix



PRISE EN CHARGE

1- Herpès génital:

b- Récurrences herpétiques génitales:

aciclovir 200 mg 5 fois par jour

Ou

valaciclovir 1 g en 1 ou 2 prises

Ou

Famciclovir 125 mg 3 fois par jour



5 jours



PRISE EN CHARGE

1- Herpès génital:

c-TTT suppressif:

aciclovir 400 mg 2 fois par jour

Ou

Valaciclovir 500 mg en 1 prise quotidienne

Ou

Famciclovir 500 mg en 1 ou 2 prises quotidiennes

Nombre de récurrences est au moins de 6/an



PRISE EN CHARGE

1- Herpès génital:

d- Autres mesures:

- TTT de la douleur
- Prise en charge psychologique
- Préservatifs lors des poussées



PRISE EN CHARGE

2- Herpès néonatal:

- Prise en charge de l'infection à HSV au moment de l'accouchement
- Diagnostic virologique rapide de la femme et de l'enfant
- Suppression des moyens invasifs
- Prévention quant à l'acquisition de l'herpès virus pendant la grossesse



PRISE EN CHARGE

2- Herpès néonatal:

**** Mesures préventives***

- ❑ Dépistage des femmes à risque:
 - femmes séropositives pour HSV-2 (risque potentiel d'excrétion virale à l'accouchement)
 - femmes séronégatives pour HSV-2 dont le partenaire a des récurrences d'herpès génital
- ❑ Usage de préservatifs pendant la grossesse pour le couple séro-différent



PRISE EN CHARGE

2- Herpès néonatal:

* Mesures préventives

Herpès génital maternel : propositions pour éviter l'herpès néonatal.

	Quatre situations maternelles	Fréquence chez les mères d'enfant infecté	Risque d'herpès pour l'enfant	Conduite proposée
I	Lésions d'infection génitale initiale, dans le mois avant l'accouchement	Rare	env. 50 %	Césarienne ACV, pour la mère et l'enfant
II	Lésions d'herpès génital récidivant à l'accouchement	+	≤ 2 %	Césarienne Pas d'ACV, sauf facteur de gravité ou cas particulier
III	Pas de lésions en parturition, mais histoire d'herpès génital, chez la mère ou le conjoint	++	env. 1/1 000	Préservatifs durant la grossesse Recherche d'une excrétion génitale de virus par culture lors du travail Puis désinfection vulvovaginale Et accouchement par voie basse, atraumatique
IV	Aucune histoire d'herpès génital, chez la mère ni chez le conjoint	+++ 2/3 des cas	env. 1/10 000	Fidélité mutuelle et préservatifs durant la grossesse, et pas de contacts orogénitaux Désinfection vulvovaginale lors du travail

ACV : aciclovir.

PRISE EN CHARGE

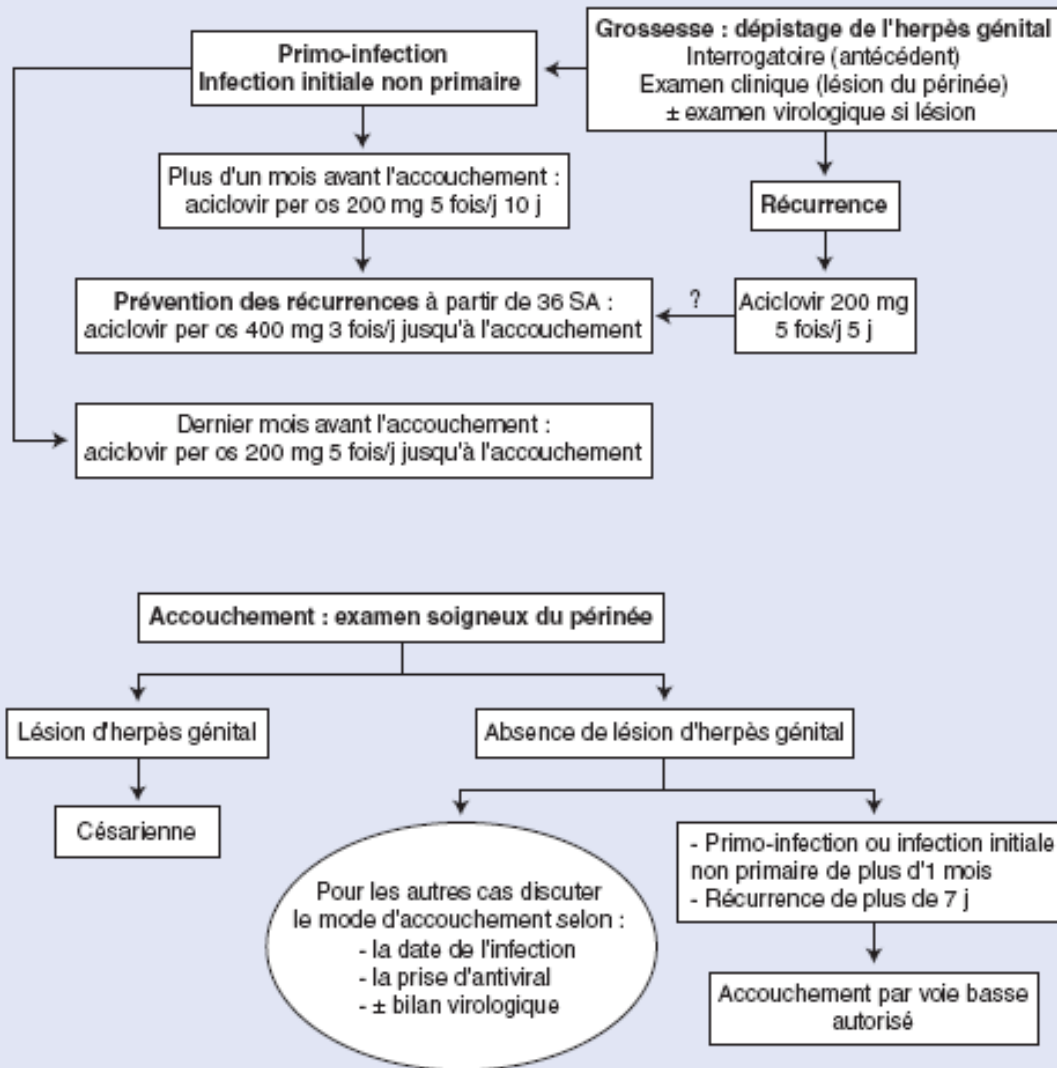


Figure 2. Arbre décisionnel. Herpès et grossesse selon les recommandations de l'Anaes (2001). SA : semaine d'aménorrhée.



PRISE EN CHARGE

2- Herpès néonatal:

**** TTT curatif***

Acyclovir: 60 mg/kg/j en 3 prises (14 à 21 jours)

Relai ultérieur per os (3 à 4 mois) pour tenter d'éviter les reprises évolutives (encéphalitiques)



PRISE EN CHARGE

2- Herpès néonatal:

*** TTT préemptif**

Acyclovir: 60 mg/kg/j en 3 prises en IV

TTT arrêté si l'évolution et les résultats du bilan clinique et virologique (culture et PCR) infirment le diagnostic



PRISE EN CHARGE

3- Herpès de l'immunodéprimé:

- Curatif:

- * Zovirax® IV 5 mg/kg/8 h

- dose doublée dans les formes très sévères

- * Zovirax® VO 200 à 400 mg 5 fois/j (f.moins sévères)

- Résistance à l'ACV:

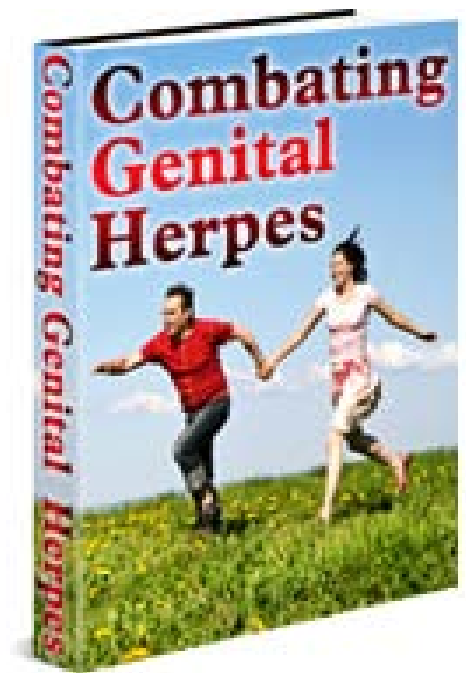
- Foscarnet (Foscavir®) 60 mg/kg/8 h

- Cidofovir (Vistide®) 5 mg/kg/semaine



CONCLUSION

- Infection à HSV: latence
- HSV2: herpès néonatal, herpès génital récurrent
- TTT:
 - * Action en phase de réplication virale active
 - * Aucun moyen d'éradication du virus
- Prévention+++
 - * Education sexuelle
 - * Vaccin???



MERCI POUR VOTRE ATTENTION

Association
~~Herpès~~