

Femme enceinte

TRAITEMENT ANTI-VZV



Sous la supervision des Prs BURREL Sonia et RABAUD Christian
TAHANI Sara



Sommaire

1

Généralités

2

Clinique

3

Prévention primaire

4

Prophylaxie post-exposition

5

Traitement d'un cas

6

Conclusion



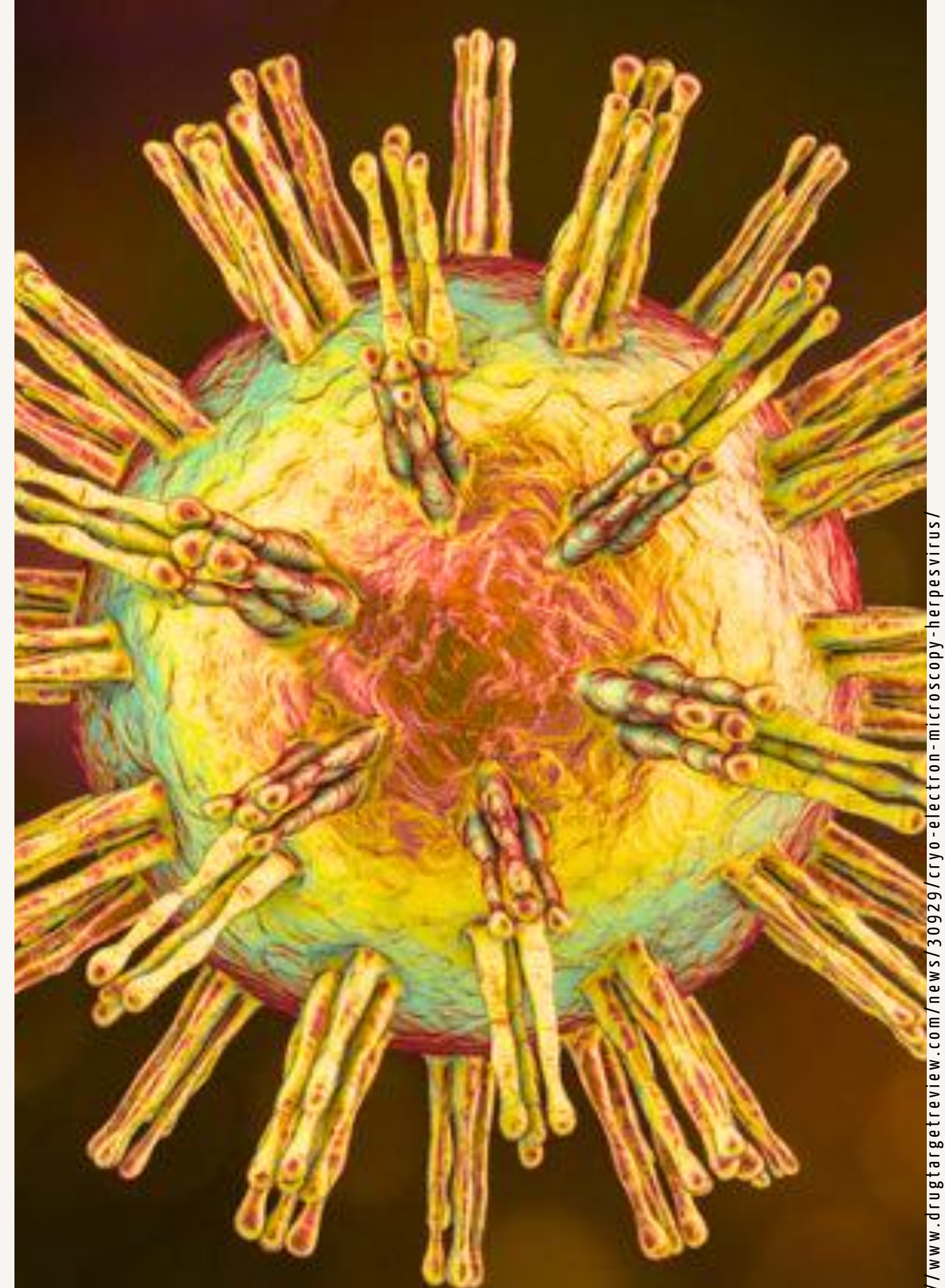
Généralités

VZV

- Famille : *Herpesviridae* = virus à génome ADN
- Tropisme : système nerveux et cutané
- Transmission : aérienne ou contact direct
- Clinique : varicelle ; zona
- Contagiosité ++ (R0 : 4-17)

CONTEXTE

- Dernières recos SPILF ♀O 1998
- Circulation virale ++
- Formes congénitale et néonatale graves (mais rares)



Généralités

VZV

- *Herpesviridae*
- Système nerveux et cutané
- Clinique : varicelle ; zona
- Contagiosité ++

CONTEXTE

- Dernières recos SPILF ☐O 1998
- Circulation virale ++
- Formes congénitale et néonatale

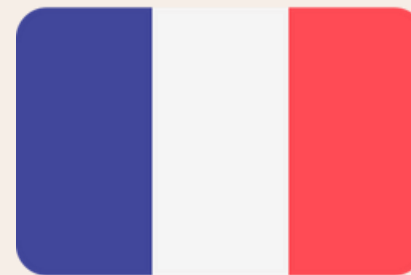
EPIDEMIOLOGIE



Séroprévalence : climats tempérés vs tropicaux. Afrique (60%) ; Asie (80%) (1)



Séroprévalence : Europe (> 90% à 15 ans) sauf Grèce (86,6%) et Italie (85,3%) (2,3)
1,5-4,6/1000 ☐O (2) ; dette immunitaire (4,5)



Séroprévalence : > 95% ; incidence stable :
550.000 cas/an (230.000 en 2020) (5)
0,5-1,2/1000 ☐O varicelle ; zona = ? (1)

Cas clinique

Mme B. 34 ans, IMC 23,3 kg/m², origine caucasienne

- ATCD : herpès labial ; cystites ; extrac^o dents sagesse
- Mode de vie : Webmaster en activité
- Pas d'intoxication éthylo-tabagique.

Grossesse spontanée programmée (G1P0)

- Début de grossesse 13.06.23 pour terme 12.03.24
- Suivi exclusivement par une sage-femme



Cas clinique

Mme B. 34 ans, IMC 23,3 kg/m², origine caucasienne

- G1P0. Pas d'ATCD notable, tabac/alcool.

Consultation à 10 SA pour éruption cutanée :

- Lésions ombiliquées d'âge différent
- Progression du ventre (16.08.23) vers membres, visage, cuir chevelu)
- Prurigineuses



Varicelle maternelle

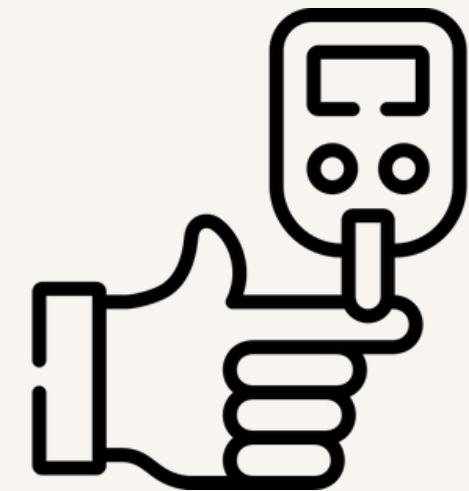
FORME SIMPLE VARICELLE



Diagnostic clinique

FACTEURS DE RISQUE DE COMPLICATION

- Lésions cutanées > 100
- Immunodépression : diabète **préexistant**
- Pathologie respiratoire chronique ; tabagisme



Varicelle maternelle

PNEUMONIE VARICELLEUSE



Complication n°1

- x 25 adulte vs enfant
- Sévérité ↑ : SDRA, hémoptysie
- FDR : 3e trimestre ; immunodép°; MRC ; tabac

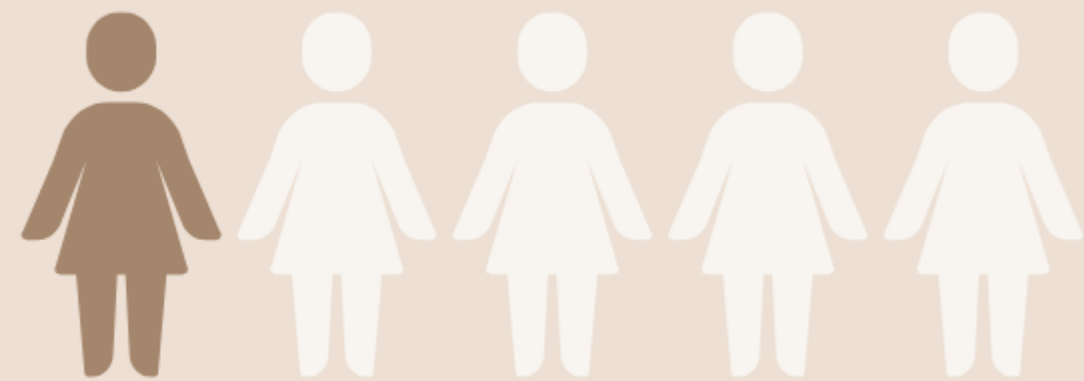
Infection VZV maternelle

PNEUMONIE VARICELLEUSE

- Sévérité ↑ : SDRA, hémoptysie
- FDR : 3e trimestre ; immunodép°; MRC ; tabac

COMPLICATIONS RARES

- Encéphalite
- Hépatite



Pneumonie varicelleuse (2)
FEMMES ENCEINTES SUR 5

Létalité 20-45% sans ttt
vs 3-14% avec ttt

Infection VZV maternelle

PNEUMONIE VARICELLEUSE

- Sévérité ↑ : SDRA, hémoptysie
- FDR : 3e trimestre ; immunodép°; MRC ; tabac

COMPLICATIONS RARES

- Encéphalite
- Hépatite



Pneumonie varicelleuse
FEMMES ENCEINTES SUR 5

Létalité 20-45% sans ttt
vs 3-14% avec ttt

(2)

ZONA MATERNEL

Pas de modification liée grossesse : aucune transmission rapportée

- Zona multi-métamérique
- Formes hémorragiques ou nécrotiques
- Signes neurologiques ou att. viscérales
- Localisation : face, cou, oeil
- Immunodépression associée

Symptomatique

Antiviral : si critère + prévention algies post-zoostériennes (6)

Cas clinique

Mme B. 34 ans, IMC 23,3 kg/m², origine caucasienne

- G1P0. Pas d'ATCD notable, tabac/alcool.

Consultation à 10 SA pour éruption varicelleuse

- Apyrexie stricte. Pas de signe respiratoire, examen clinique sans particularité par ailleurs
- Sérologies 18/08/2023 : Ag HBs - ; séronégative VIH-VHC ; immunisée toxoplasmose et rubéole
- Pas d'antécédent maladie/vaccinal varicelle.
- **Sérologie 18/08/23 anti-VZV négative**

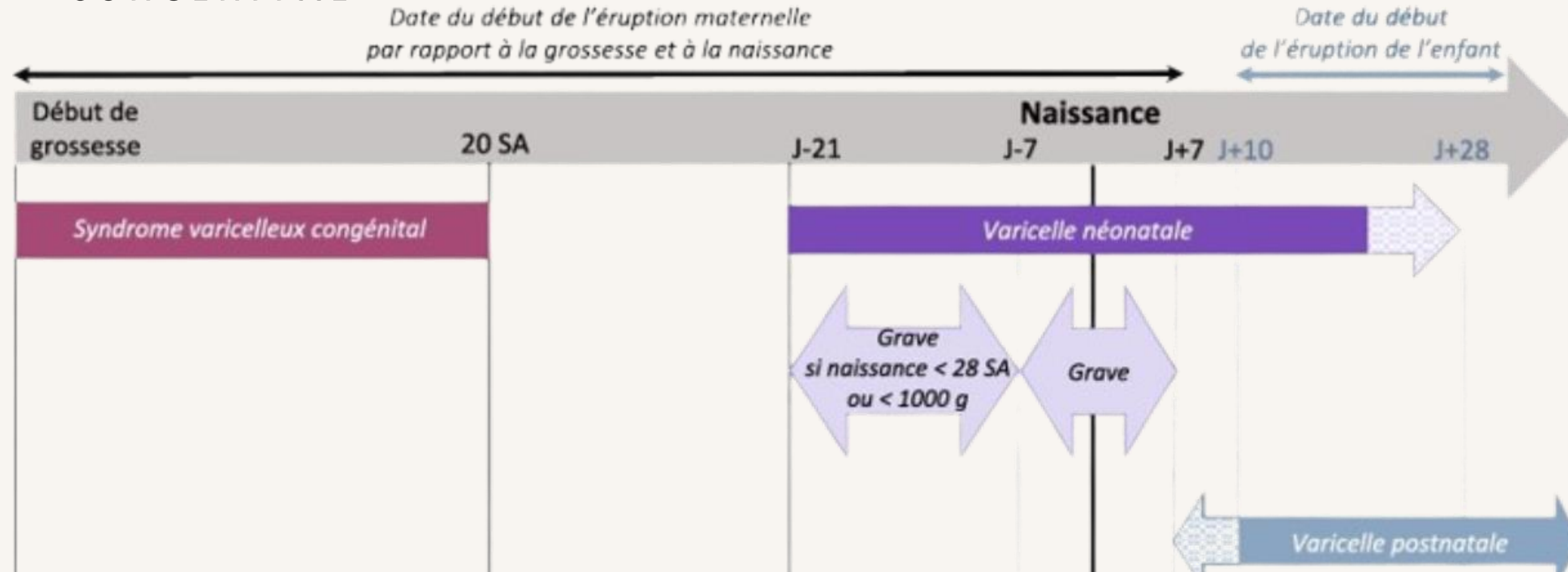


Varicelle foetale et néonatale

SYNDROME VARICELLEUX CONGÉNITAL

VARICELLE NEONATALE

VARICELLE POSTNATALE



Passage transplacentaire VZV

1er et 2e trimestres :
25%

3e trimestre :
50%

Varicelle foetale et néonatale

SYNDROME VARICELLEUX CONGENITAL



AVANT 20 SA

Varicelle grave

Tableau malformatif fœtal

- Lésions cutanées nécrotiques (70%)
- Atteinte encéphalique (50-60%)
- Atteinte ophtalmique (40-50%)
- Hypoplasie membres (40-70%) ou RCIU (20%)

Fausse couche spontanée

VARICELLE NEONATALE



J-21 À J+7

In utero

Anticorps maternels ?

J-21 à J-7

J-7 à J+7

VARICELLE POSTNATALE



J+7 À 1 AN

Exposition post-natale

Varicelle foetale et néonatale

SYNDROME VARICELLEUX CONGENITAL



AVANT 20 SA

1-2%*

Varicelle grave

Tableau malformatif foetal

Fausse couche spontanée

*sans ttt

VARICELLE NEONATALE



J-21 À J+7

In utero

Anticorps maternels ?

J-21 à J-7

OUI Grave si grand prena (<28 SA) ou < 1 kg N

J-7 à J+7

NON Varicelle grave ↑ : létalité = 20%*

12

*sans ttt

VARICELLE POSTNATALE



J+7 À 1 AN

Exposition post-natale

Varicelle foetale et néonatale

SYNDROME VARICELLEUX CONGENITAL



AVANT 20 SA

1-2%*

Varicelle grave

Tableau malformatif foetal

Fausse couche spontanée

*sans ttt

VARICELLE NEONATALE



J-21 À J+7

In utero

J-21 à J-7

25%*

Bénignes sauf Sl...

J-7 à J+7

Varicelle néonatale grave 20-50%**

*symptomatiques

** J-5 et J+2

13

VARICELLE POSTNATALE



J+7 À 1 AN

Exposition post-natale

Complications ↑

- Surinfections bactériennes
- Convulsions fébriles
- Symptomatologie digestive

Létalité x 8*

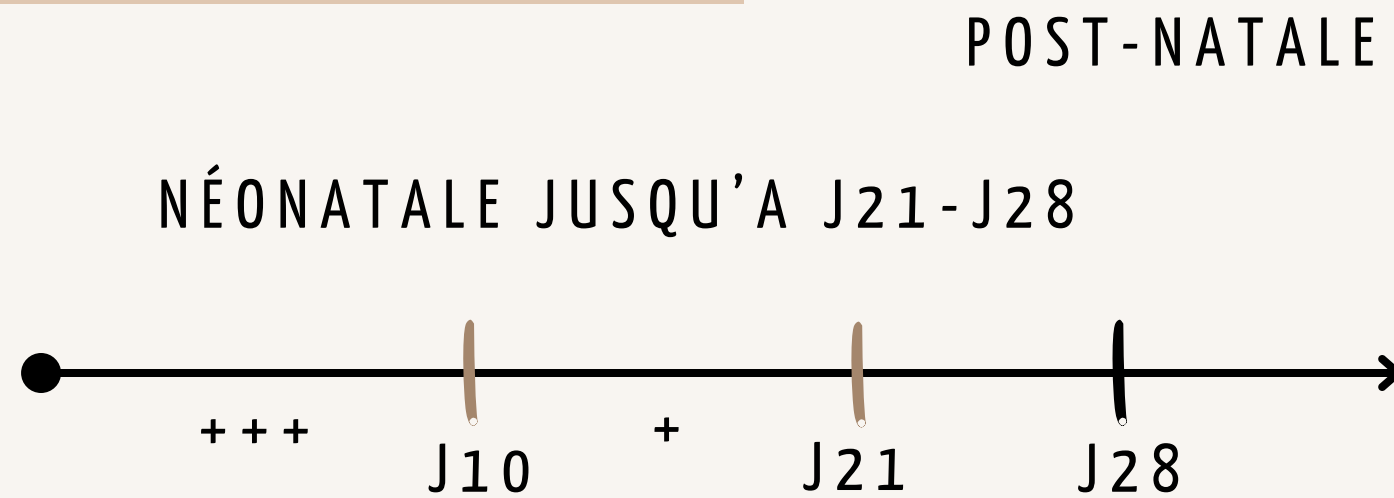
*vs 1-4 ans

Varicelle foetale et néonatale

ET ENTRE 20 SA ET J-21 avant N ?

Pas ≈ de SVC (1,7). Pas de varicelle néonatale décrite

NEONATALE OU POST-NATALE ?



QUID DU ZONA?

Pas de SVC ni de varicelle néonatale après un zona maternel pendant la grossesse décrit.



Cas clinique

Mme B. 34 ans, IMC 23,3 kg/m², origine caucasienne

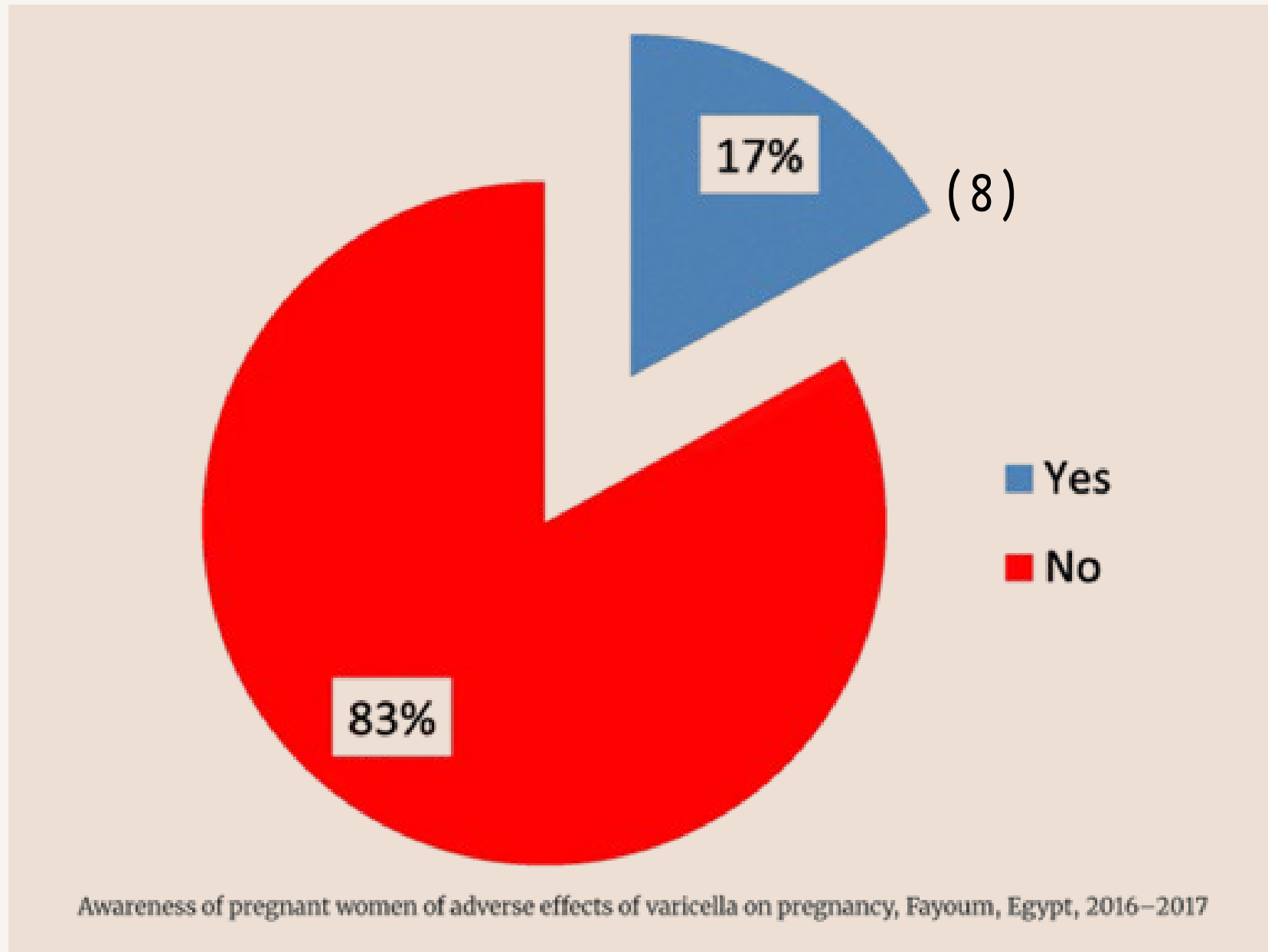
- G1P0. Pas d'ATCD notable, tabac/alcool.

Consultation à 10 SA pour varicelle chez une patiente non immune

- Quels risques ?
- Demande d'IMV par la patiente*. Avis CPDPN



Prévention



Connaissance des risques en cas d'infection par le VZV au cours de la grossesse



Prévention

1. PREVENTION PRIMAIRE



OBJECTIF

Vaccination

Qui ? : > 12 ans. Femme en âge de procréer, *post partum*.

- Vaccin vivant atténué
- Non immunité
- Entourage proche

2. PREVENTION SECONDAIRE



OBJECTIF

Prophylaxie post-exposition VZV

Qui ? : Femme enceinte

- Contact à risque
- Non immunité
- Date du contage

3. PREVENTION TERTIAIRE



OBJECTIF

Antiviraux

Qui ? : Varicelle clinique de la femme enceinte

- Molécule antivirale, voie et posologie
- Recommandations globales

Prévention primaire : vaccination



NON-IMMUNITE

- ✗ **ATCD de varicelle/zona clinique**
- ✗ **Vaccination complète antérieure**
- ✗ **IgG anti-VZV +**

> 12 ans



NON CONTRE-INDIQUE

- ✗ **Femme enceinte**
- ✗ **Immunodéprimé**



COMPLET

- ✓ **2 doses > 4-6 S**



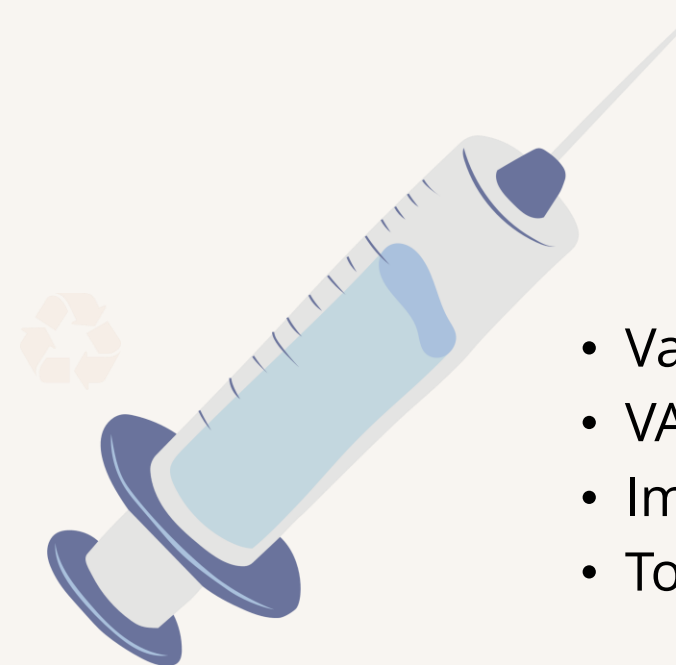
NON-IMMUN



NON CONTRE-INDIQUE



COMPLET



- Vaccin vivant atténué
- VARIVAX (4-8S) ou VARILRIX (6-10S)
- Immunogénicité : 95%
- Tolérance : site injection (10%) ; général (1%)

Vaccinations – FAQ

SI < 1 MOIS CONCEPTION/ENCEINTE ?

Pas d'interruption médicale de grossesse, pas de cas décrit

SI 1 DOSE ANTÉRIEURE ?

Compléter par 1 dose

SI ALLAITEMENT ? SI IG ANTI-RH1 ?

On peut vacciner

SI VZIG OU TRANSFUSION ?

Attendre 5 mois



Prévention primaire : ♀ enceinte NI



de l'entourage proche* non immun

Vigilance rash post-vaccination
(vaccin vivant atténué)
=> "éviction" 10 jours



post partum

Prévention secondaire : ♀ enceinte NI



PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ (8)

De J - 2/3 avant éruption

Aérienne/gouttelettes

À dernière vésicule sans croûte

Contact avec les lésions

Prévention secondaire : ♀ enceinte NI



1. Contact à risque ?



- Foyer
- > 5 mins face à face
- > 1 h même pièce sans masque
- Forme étendue/immunodéprimé

Taux d'attaque

61-100%

10-35%

2. Quand ?

Contage \leq 14 jours

IgG anti-VZV négatifs

Prophylaxie post-exposition



Anticorps anti-VZV (VZVIG)

- Immunoglobulines humaines
- Plasmas donneurs sains titre Ac anti-VZV élevés

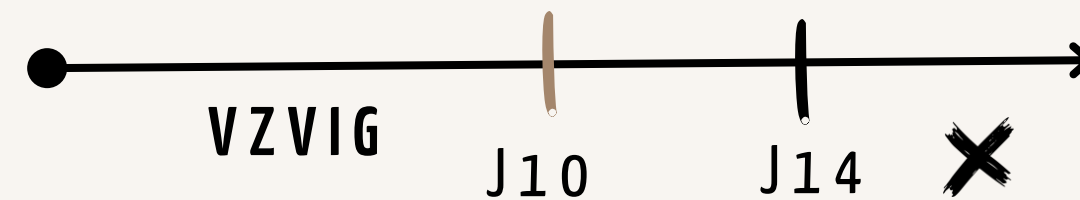
- ✓ ↓ incidence varicelle clinique : - 40-50%
- ✓ ↓ varicelle grave maternelle
- ✓ ↓ risque de passage transplacentaire : -90%

Prophylaxie post-exposition



Anticorps anti-VZV (VZVIG)

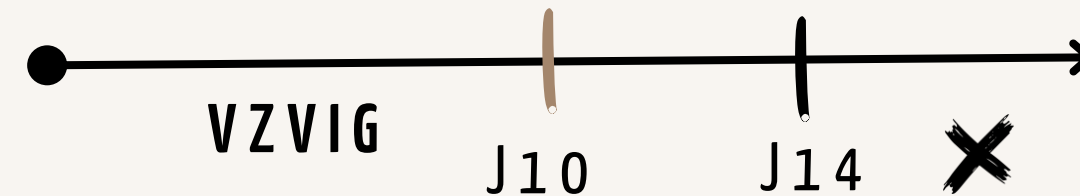
- Autorisation d'accès compassionnel en France
- VARITECT® 12-25 UI/kg, sans dose maximale



Prophylaxie post-exposition

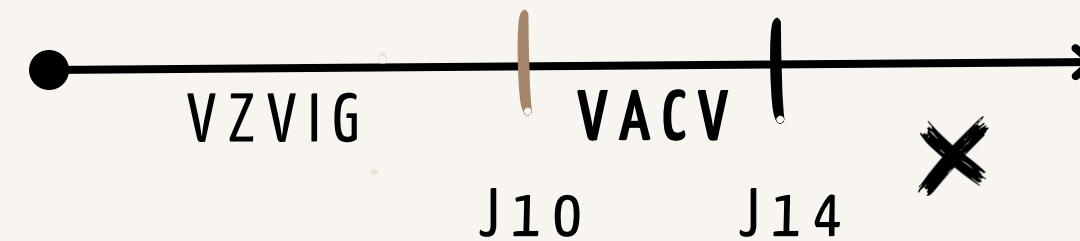


Anticorps anti-VZV (VZVIG)



Antiviraux

VALACICLOVIR 1G X 3/J *PO* PENDANT 7 JOURS*



ou indisponibilité/C-I VZVIG ; pas avant J7

Prophylaxie post-exposition : FAQ

SI NOUVELLE EXPOSITION A RISQUE ?

Si > 3 semaines VZVIG et sérologie IgG anti-VZV neg

SI CONTAGE A TERME ? DECLANCHER ?

Pas de données, au cas par cas

SI CONTACT D'UN CONTACT ?

Rien de plus

ASSOCIATION VZVIG + ANTIVIRAUX ?

Pas de donnée. Pas de reco en ce sens



Trop tard... Varicelle clinique



Antiviraux

Cohortes historiques hétérogènes
↓ pneumonie varicelleuse depuis disponibilité

- ✓ H24 - H72 ; -**val-aciclovir**
- ✓ Forme orale / IV pour formes compliquées*
- ✓ 15 mg/kg/8h IV

1%*

Précautions complémentaires : PCC + PCA
Information et suivi obstétrical

Cas clinique

Mme B. 34 ans, IMC 23,3 kg/m², origine caucasienne

- G1P0. Pas d'ATCD notable, tabac/alcool.

Varicelle à 10 SA chez une patiente non-immune

ACICLOVIR 10 mg/kg/8h IV pendant 3 jours
puis VALACICLOVIR 1g x 3/j pendant 7 jours



Nouveau-né asymptomatique

exposé à une varicelle maternelle



Risque de zona bénin avant l'âge de 2 ans : 1-2%

Aucune exploration virologique

Traitement prophylactique

- 🎯 Risque élevé de varicelle néonatale grave



PEC nouveau-né asymptomatique*



Risque de zona bénin avant l'âge de 2 ans : 1-2%

AVANT 20 SA

- SVC exclu si NN asymptomatique
- Si SVC : aucune étude évaluant intérêt antiviral

PEC nouveau-né asymptomatique*



Risque de zona bénin avant l'âge de 2 ans : 1-2%

AVANT 20 SA

- SVC exclu si NN asymptomatique
- Si SVC : aucune étude évaluant intérêt antiviral

J-21 à J-7

Pas de prophylaxie **sauf**
Si < 28 SA ou < 1 kg

J-7 à J+7

Prophylaxie

PEC nouveau-né asymptomatique*



Risque de zona bénin avant l'âge de 2 ans : 1-2%

AVANT 20 SA

- SVC exclu si NN asymptomatique
- Si SVC : aucune étude évaluant intérêt antiviral

J-21 à J-7

Pas de prophylaxie **sauf**
Si < 28 SA ou < 1 kg

J-7 à J+7

Prophylaxie

Post-natal

Prophylaxie contact à risque **SI** :

- 1. Toujours hospitalisé**
- 2. ET < 28 SA ou < 1 kg OU mère NI**

Prophylaxie nouveau-né*

Anticorps anti-VZV (VZVIG)



- **Le plus tôt possible** (jusqu'à J7 N - J 10 contage)
- **Posologie maximale** : VARITECT 25 UI/kg = 1 mL/kg

- ✓ ↓ risque et symptômes varicelle néonatale
- ✓ ↓ gravité et mortalité varicelle néonatale

Risque résiduel : 23%
↓ de 31 à 7%
(séries historiques)

Prophylaxie et traitement



Antiviraux

Prophylaxie

NN à risque très élevé

Prématuré + [J-5 à J+2]

Varicelle néonatale

Varicelle post-natale
grave

ACICLOVIR 20 MG/KG/8H IV PENDANT 5-7 JOURS

Cas clinique

Mme B. 34 ans, IMC 23,3 kg/m², G1P0

... et son foetus

Risque de syndrome varicelleux congénital

=> Suivi gynéco-obstetrical avec échographie mensuelle +
cs° spécialisées ponctuelles



Cas clinique

Mme B. 34 ans, IMC 23,3 kg/m², G1P0

... et son foetus

*ECHOGRAPHIE T1 : 29/08/2023. Terme 13+0: SA LCC =70.7 mm
et CN = 2.6mm. Morphologie normale*

*ECHOGRAPHIES T2-T3 ET INTERMEDIAIRE : Liquide amniotique
normal. Placenta non bas inséré. Morphologie normale. Doppler
normal*

18.03.24 : Accouchement par voie basse instrumentale à 41 SA + 6



Cas clinique

Mme B. 34 ans, IMC 23,3 kg/m², G1P0

... et son nouveau-né

18.03.24 : Accouchement par voie basse instrumentale à 41 SA + 6

- Garçon 2kg950 : pas de syndrome varicelleux congénital, examen sans particularité.
- Suites de couche simples. Sortie autorisée le 22.03.24.



PEC couple mère-enfant : FAQ

SEPARATION ? ALLAITEMENT ?

Pas de séparation mère-enfant. Pas de C-I allaitement

PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES VARICELLE ? QUI ?

- Toute varicelle clinique, mère ou enfant.
- Nouveau-né à risque varicelle néonatale ou post-natale

QUELLES PRECAUTIONS ?

Chambre individuelle et PCC + PCA

LEVÉE DES PRECAUTIONS

- Chute dernière croûte
- Incubation : J+21 après dernière expos°, ou si VZVIG, J+28
- Sortie d'hospitalisation



PEC couple mère-enfant : FAQ

SEPARATION ? ALLAITEMENT ?

Pas de séparation ni de C-I allaitement

PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES VARICELLE ?

- Toute varicelle clinique, exposé à risque de varicelle
- Chambre individuelle et PCC + PCA
- Levée : Fin contagiosité – période incubation maximale

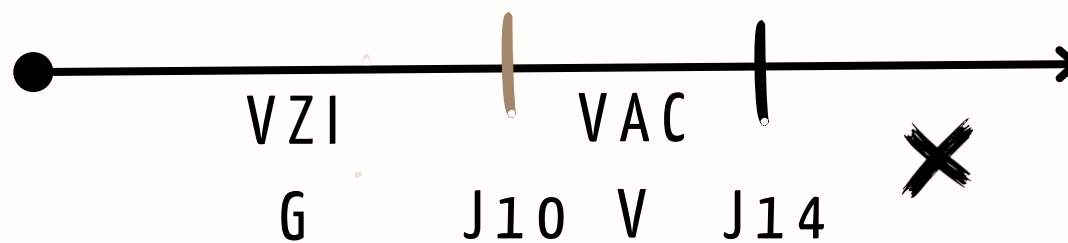
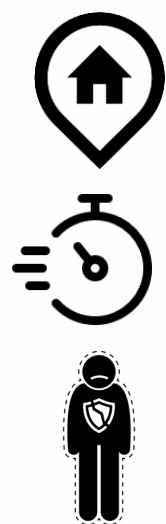
ET SI ZONA ?

- Tout zona, jusqu'à cicatrisation des lésions
- PCC seules. Sauf immunodep°/extens°++ (PCA).
- Zona maternel : recouvrir et éviter contact lésions (mamelon++)



Take Home

Messages



J-21 à J+7

Bibliographie

1. Charlier C, Anselem O, Caseris M, Lachâtre M, Tazi A, Driessen M, et al. Prevention and management of VZV infection during pregnancy and the perinatal period. *Infectious Diseases Now*. 1 juin 2024;54(4):104857.
2. Bertelli A, Carta V, Mangeri L, Caruso A, De Francesco MA. Varicella-Zoster Virus Prevalence among Pregnant Women: A European Epidemiological Review. *Life*. févr 2023;13(2):593.
3. Bollaerts K, Riera-Montes M, Heininger U, Hens N, Souverain A, Verstraeten T, et al. A systematic review of varicella seroprevalence in European countries before universal childhood immunization: deriving incidence from seroprevalence data. *Epidemiology & Infection*. oct 2017;145(13):2666-77.
4. Sabale U, Jarmale L, Murtagh J, Pawaskar M, Bencina G. Impact assessment of immunization and the COVID-19 pandemic on varicella across Europe using digital epidemiology methods: A descriptive study. *PloS One*. 2023;18(4):e0283465.
5. Cohen R, Ashman M, Taha MK, Varon E, Angoulvant F, Levy C, et al. Pediatric Infectious Disease Group (GPIP) position paper on the immune debt of the COVID-19 pandemic in childhood, how can we fill the immunity gap? *Infect Dis Now*. août 2021;51(5):418-23.
6. Werner R n., Nikkels A f., Marinović B, Schäfer M, Czarnecka-Operacz M, Agius A m., et al. European consensus-based (S2k) Guideline on the Management of Herpes Zoster – guided by the European Dermatology Forum (EDF) in cooperation with the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), Part 2: Treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(1):20-9.
7. Vauloup-Fellous C, Picone O. Varicelle et grossesse. *Virologie*. 1 janv 2017;21(1):19-26.
8. Ibrahim EG, Abdel Wahed WY, Eid HM, Deeb WS. Seroprevalence of varicella-zoster virus among pregnant women in Fayoum Governorate, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc*. 7 janv 2019;94(1):2.
9. Hannachi N, Marzouk M, Harrabi I, Ferjani A, Ksouri Z, Ghannem H, et al. Séroépidémiologie de la rubéole, de la varicelle et des infections par le cytomégalovirus et le parvovirus B19 chez les femmes enceintes dans la région de Sousse, Tunisie. *Bull Soc Pathol Exot*. 1 févr 2011;104(1):62-7.
10. T. Hanslik, P.Y. Boëlle, M. Schwarzingger, F. Carrat, K.A. Freedberg, A.J. Valleron, et al. Varicella in French adolescents and adults: individual risk assessment and cost-effectiveness of routine vaccination, *Vaccine sept, 21 (25–26) (2003)*, pp. 3614-3622

[Home](#) > [Bulletin de la Société de pathologie exotique](#) > Article

Séroépidémiologie de la rubéole, de la varicelle et des infections par le cytomegalovirus et le parvovirus B19 chez les femmes enceintes dans la région de Sousse, Tunisie


Seroprevalence of rubella virus, varicella zoster virus, cytomegalovirus and parvovirus B19 among pregnant women in the Sousse region, Tunisia

Santé Publique / Public Health | Published: 17 January 2011

Volume 104, pages 62–67, (2011) [Cite this article](#)



[Bulletin de la Société de pathologie exotique](#)

[N. Hannachi](#) , [M. Marzouk](#), [I. Harrabi](#), [A. Ferjani](#), [Z. Ksouri](#), [H. Ghannem](#), [H. Khairi](#), [S. Hidar](#) & [J. Boukadida](#)

[Access this article](#)

Résumé

Le but de cette étude est de déterminer les séroprévalences des virus de la rubéole (VR), du cytomégalovirus (CMV), du virus de la varicelle et du zona (VZV) et du parvovirus B19 (PB19) chez 404 femmes enceintes tunisiennes consultant à la maternité du CHU Farhat-Hached de Sousse et d'étudier la fiabilité des antécédents éruptifs rapportés. Les caractéristiques sociodémographiques et les antécédents ont été recueillis à l'aide d'un questionnaire. L'analyse des facteurs de risque a été réalisée par régression logistique uni- et multivariée. Les prévalences étaient de 79,7 % pour la rubéole, 96,3 % pour le CMV, 80,9 % pour la varicelle et 76,2 % pour le PB19. Les facteurs associés à une forte prévalence étaient: le nombre de personnes par pièce pendant l'enfance (> 2) pour le CMV ($p = 0,004$), l'activité professionnelle irrégulière du mari pour le VZV ($p = 0,04$) et l'âge (> 30 ans) pour le PB19 ($p = 0,02$). Les valeurs prédictives positives (VPP) et négatives (VPN) de l'interrogatoire étaient respectivement de 92,6 et 17,2 % pour la rubéole et de, respectivement 84,9 et 20,9 % pour la varicelle. Une réceptivité importante demeure pour le VR, le VZV et le PB19 chez les femmes enceintes de notre région. Les mesures préventives instaurées contre la rubéole congénitale doivent être renforcées. Une vaccination contre la varicelle serait intéressante chez les femmes séronégatives. Le dépistage de l'infection par le CMV n'est pas justifié, en raison d'une large immunité acquise probablement dès l'enfance. La faible fiabilité des antécédents rapportés incite à se baser sur les tests sérologiques pour établir le statut immunitaire.