



EYED

Johanna Parra DES pédiatrie 5/04/2013

NAISSANCE

- Mère 35 ans, sans antécédent
 - GIPI
 - césarienne 39+6 SA (LA sanglant et ARCF)
 - Eyed: PN= 2860g, Apgar 3/4/5/6
- intubé puis extubé à H1
- allaitement dès J1
- LG stérile
 - A l'accouchement: aucune lésion vulvaire mais lésion mammaire depuis qq jours à type d'érosion → ttt comme une crevasse

J5

- 38.5°C
 - CRP = 22 mg/L et GB = 8.8 G/L
- ATB large spectre, arret après 4 jours car prélèvements bactério - (ECBU, PL et hémocs)

J9

- De nouveau 38.3°C + détresse respiratoire modérée
- CRP = 43 mg/L et GB= 3,1 G/L
- cytolysse hépatique (ASAT 4524 UI/L et ALAT 741 UI/L) + TP < 10%
- écho abdo: minime épanchement, ETF normale
- Acyclovir IV 20 mg/kg/8h + ATB large spectre

→ **TRANSFERT CHU GRENOBLE**

EVOLUTION

- A son arrivée: détresse respiratoire, ictère, HMG, selles décolorées
- Bio: TP <10%, ASAT 11 687 UI/L et ALAT 1895 UI/L, Lactates 8.4, Hb 5.4 g/L, Fg < 0.6
- charge virale HSV1 ++++ : plasma (672 500 000 copies/ml) , gorge (5 125 000 copies / ml), cutané (1 45 copies/ml), nasal (31 500 copies/ml) , urines (67 500 copies/ml)
 - PCR HSV (quantité LCR insuffisante)
 - sérologie herpès: IgM+ mais IgG-
- Evolution rapidement défavorable:
 - Détresse respiratoire → intubation
 - IRA anurique → dialyse péritonéale
 - dégradation neurologique, coma: EEG normal puis aréactivité électro-clinique
- J21: hyperkaliémie → TV → décès

ENQUETE ETIOLOGIQUE

- prélèvements maternels à J12 post-partum :
 - PV -
 - prélèvement sein gauche: HSV1
 - sérologie + HSV1 en IgG et IgM
 - Analyse rétrospective du sérum maternel datant du jour de la naissance: IgG- mais IgM faiblement + = **primo-infection débutante à HSV1**

MESSAGES CLEFS

- Herpes mammaire **rare** mais mode de contamination à **connaître**:
 - lésions herpétiques mammaires: 2% des lésions extra-génitales
 - présentation: lésion érythémateuse, indurée prurigineuse, douloureuse et parfois ulcérée. (vésicules, fièvre, adénopathie axillaire non obligatoire) → diagnostic DIFFICILE
 - Diagnostic différentiel: crevasse (post accouchement, favorisé par allaitement) → au moindre doute : prélèvement!

MESSAGE CLEFS (2)

- Mode de présentation:
 - pas d'atteinte cutanée : inconstante, présente ≈ 68 % cas
 - symptôme initial: fièvre: 39% des cas des HSV néonataux
 - Autres: détresse respiratoire, atteinte hépatique, troubles neurologiques

 - traitement antiviral débuté tardivement à J9
 - fièvre nouveau-né : infection materno-fœtale JPDC → ATB
 - absence d'amélioration rapide à 48h d'ATB et bilan - :
- remise en question infection bactérienne
- évoquer infection virale
- ACYCLOVIR sans attendre le résultat des prélèvements



HERPES NEONATAL

EPIDEMIOLOGIE

- RARE: 1 à 3 nouveau-nés/100 000
- GRAVE: mortalité infection systémique: environ 85%, HSV2 principalement en cause
- HSV2: 2/3 et HSV1:1/3
- Pas d'ATCD maternel herpétique dans 2/3 des herpes néonataux = probable excrétion asymptomatique

- modes de transmission:
 - hématogène: primo-infection maternelle → mort fœtale ou fœtopathie grave (contamination par récurrence exceptionnelle)
 - contact sécrétions génitales / accouchement : risque ↑ si RPM ou électrodes de scalp, primo-I dernier mois (25-30% contamination, 1% si récurrence)
 - contamination post natale plus rare → contact avec une lésion cutanée

CLINIQUE

- Embryofœtopathie rare (primo-I): chorioretinite, hydrocéphalie, microcéphalie

- Cutanéo-muqueuse:
 - 30-40%, Mortalité 0%
 - Signes 6^{ème} jour: cutané, muqueux, oculaire

- Neurologique:
 - 30-40%, Mortalité 15%
 - Signes 9^{ème}-12^{ème} jour: méningo-encéphalite, tbles comportement, conscience, convulsions

- Disséminée:
 - 20-60%, Mortalité 85% sans ttt, 30% sous acyclovir
 - Signes 5^{ème}-6^{ème} jour: détresse respiratoire, atteinte hépatique, troubles neurologiques, fièvre/éruption inconstante

DIAGNOSTIC

- Lésion cutanée: penser HSV : culture
- PCR herpes LCR/ sang
- Sérologie herpes inutile chez l'enfant
- Prélèvements maternels

CAT en cours de grossesse si Primo-infection

- Primo- I > 36 SA : acyclovir → accouchement
- Primo-I < 36 SA : ttt acyclovir 10 jours puis reprise d'un ttt à dose préventive à partir de 36 SA
- Césarienne si primo-I de moins de 1 mois ou si présence de lésions lors de l'accouchement (sauf si RPDE > 6 h)

CAT si récurrence

- Ttt des poussées (5 jours)
- Certaines équipes : ttt préventif à partir de 36 SA
- Récurrence < 7 jours : césarienne (sauf si RPDE > 6 h)
- Récurrence > 7 jours : Voie basse

TTT curatif en postnatal

- Traitement RAPIDE, AVANT les résultats virologiques: risque séquelles neuro, mortalité++

- TTT curatif:
 - Formes neuro et disséminées : ACYCLOVIR 20 mg/kg/8h IV 21j
 - Formes cutanées: 14 j IV

- TTT présomptif: ACYCLOVIR 20 mg/kg/8h
 - Si méningite d'allure virale, septicémie d'allure non bactérienne et parents ATCD herpes
 - Stop si PCR –

PREVENTION (1) en salle

- situations à haut risque: **herpès génital** : primo-I pendant la grossesse (dernier mois++), herpès récurrent à l'accouchement, prélèvements viro+ des voies génitales sans signes cliniques (excrétion asymptomatique)

- En salle:
 - Éviter contact direct/lésions herpétiques
 - césarienne ssi lésions, récurrence < 7j , primo-I dernier mois (sauf si RPDE > 6h)
 - Cl: électrodes de scalp, pH au scalp, Bétadine (collyre/bains)
 - collyre / pommade ophtalmique antivirale: utilisation fréquente mais pas de preuve d'efficacité

PREVENTION (2)

□ Les jours suivants:

→ si lésion ou ATCD herpes (qq soit la localisation) = prélèvements oculaires/ pharyngé pour culture, à H48 ou H72

→ CI allaitement si lésion herpétique mammaire

→ protection des lésions situées à distance

→ fiche de conseil remise à la famille lorsque le risque de contamination est possible, surveillance clinique rapprochée/ 1er mois de vie

TTT préventif des enfants asymptomatiques

- Pas de consensus ferme
- Majorité des équipes: ttt dans les situations à haut risque :
 - Primo-I un mois avant l'accouchement quelque soit le mode d'accouchement
 - Lésions génitales de moins de 7 jours et voie basse ou RPDE > 6 heures
- Débuter le traitement après les prélèvements

VRAI ou FAUX???

- La plupart des enfants ayant un herpes néonatal sont nés de mères ayant un ATCD de HSV
- Le ttt par acyclovir en fin de grossesse élimine le risque d'herpes néonatal
- La plupart des enfants avec un herpes néonatal se présente avec un herpes cutané

BIBLIOGRAPHIE

- **Recommandations HAS 2001** : *herpes cutanéomuqueux*
- **Les Entretiens de Bichat 2012**: *Herpès et Grossesse : recommandations actuelles de prise en charge*
- **Réseau périnatal Loire-nord Ardèche**: *herpes et grossesse*
- **New England journal of medicine 2009**: *Maternal and Neonatal HSV Infections*
- **The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)**: *Management of herpes in pregnancy*

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

