

Item164-Infections à herpès virus du sujet immunocompétent

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer un herpès cutané et muqueux, une varicelle, un zona chez le sujet immunocompétent - Connaître la conduite à tenir devant un herpès cutané et muqueux, une varicelle, un zona et leurs complications les plus fréquentes. - Connaître les risques en cas d'infection chez la femme enceinte, le nouveau-né, le sujet atopique.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Conférence de consensus sur l'herpès / ANAES / 2001 - Infections à VZV / SPILF / 1998 - Polycopié National Dermatologie 2008: > Polycopié National Dermatologie 2008 : Herpès > Polycopié National Dermatologie : Varicelle et Zona- Polycopié National Maladies Infectieuses 2012: Polycopié National Maladies Infectieuses 2012	- Lésion vésiculeuse « en bouquet » - Polycyclique / érosive / douloureuse - PI: gingivo-stomatite/ vulvo-vaginite - Récurrence: oro-faciale / génitale - Cytodiagnostic de Tzanck sur frottis - PI 1/2: valaciclovir 10J - Rec /2: valaciclovir PO - Traitement préventif ssi ≥ 6 récurrences/an - Varicelle = vésicule / macule / croûte - Varicelle enfant immunocompétent = pas d'anti-viral - Zona = vésiculeuse en héli-ceinture - Prévention APZ ssi > 50ans et < 72h - Valaciclovir 1g x3/J PO pendant 7J	- Facteur déclenchant - Notion de contagé - Rechercher l'autre localisation - HSV2 = bilan IST / éducation - AUCUN ex. si typique/sain - Récurrence HSV1: pas de traitement - PI varicelle - MHD / pas d'AINS ni de talc - Eviction scolaire - Zona < 50ans = VIH - Ex. ophtalmo / pommade

A. HERPÈS CUTANÉO-MUQUEUX

Généralités

Définitions

- **Famille des** Herpes Viridae: HSV 1 et 2 / VZV / CMV / EBV
- **Récurrence:** réactivation symptomatique chez un patient déjà infecté par ce type viral
- **Excrétion virale asymptomatique:** détection du virus positive mais patient asymptomatique
- **Réactivation:** alternance de période de réplication (= excrétion ou récurrence) et de latence
- **Infection initiale non primaire:** infection avec HSV1 ou 2 chez un patient déjà infecté par l'autre

Epidémiologie

- !! Herpès = maladie virale la plus fréquente / transmission strictement **inter-humaine**
- **HSV 1:** 60% de la population / T° orale > oro-génitale (20%) / 1ères années de vie
- **HSV 2:** 20% de la population / 2e IST la + fréquente / T° sexuelle >> orogénitale (5%) / 1ers rapports (15-25ans)
 - **FdR d'infection à HSV 2:** F / 1ers rapports précoces / partenaires multiples / VIH

Physiopathologie

- **Primo-infection**
 - Multiplication au point d'inoculation (c. épithéliales: PI symptomatique)
 - Puis diffusion centripète par voie nerveuse (+/- sanguine) → ganglion rachidien
- **Phase de latence**
 - HSV dans ganglion: trigéminé (HSV1) ou sacré (HSV2)
 - Virus non pathogène (asymptomatique) mais inaccessible aux anti-viraux
- **Réactivation**
 - Réactivation / multiplication / migration centrifuge vers la peau = symptomatique
 - **Rechercher facteur déclenchant (A savoir !)**
 - Asthénie / stress / menstruations
 - Infection intercurrente (ex: HSV1 dans PFLA: cf [Infections broncho pulmonaires communautaires de l'adulte et de l'enfant.](#))
 - Immuno-dépression: **VIH** / diabète / hémopathie / corticothérapie

- Facteurs environnementaux: exposition UV / froid
- Traumatisme / Chirurgie régionale

Diagnostic

Examen clinique

- **Lésion élémentaire (3) +++**
 - **vésicules** se regroupant « en bouquet »
 - **érosions** à contours **polycycliques** +/- ulcération
 - **douloureuse** et oedémateuse
 - **!! NPO**: tout herpès doit faire rechercher les deux localisations (**A savoir !**)
 - **Primo-infections**
 - à **HSV 1 = gingivo-stomatite herpétique**
 - **Asymptomatique** dans 90% des cas
 - **Terrain**: enfant 1 à 4 ans
 - **Forme typique = gingivo-stomatite herpétique aiguë**
 - = angine vésiculeuse herpétique (cf **Angines de l'adulte et de l'enfant et rhinopharyngites de l'enfant.**)
 - Début brutal / fièvre 38-39°C / ADP cervicales douloureuses / malaise / haleine fétide
 - Vésicules en bouquets péri-buccaux sur fond érythémateux
 - Erosions polycycliques buccales recouvertes d'un enduit blanchâtre
 - Evolution = guérison sous traitement en 1-2 semaines
 - à **HSV 2 (et 1) = vulvo-vaginite herpétique**
 - **Asymptomatique** dans 90% des cas / **!! HSV1** dans 30% des cas en fait...
 - **Terrain**: femme jeune entre 15-25ans +/- facteurs de risques (cf supra)
 - **Forme typique chez la femme = vulvo-vaginite aiguë**
 - Début brutal / fièvre / ADP inguinales sensibles / dysurie (cf neurotrope)
 - Lésions vésiculeuses / érosions arrondies polycycliques vers l'anus
 - Muqueuse vulvaire oedematiée / très douloureuse
 - Evolution = guérison sous traitement en 2-3 semaines
 - **Récurrences**
 - **Remarques**
 - Les récurrences ne touchent en réalité que 20-30% des porteurs d'HSV
 - Surviennent toujours au même endroit chez un même individu
 - Toujours rechercher un **facteur déclenchant** devant une récurrence (**A savoir !**)
 - à **HSV 1 = herpès oro-facial**
 - Localisation = labiale +++ / buccale (= stomatite)
 - Prodromes: brûlures / picotement pendant quelques heures
 - **Pas de signes généraux / pas de fièvre / pas d'ADP cervicales** (≠ PI !)
 - Bouquet de vésicules en tête d'épingles sur macule érythémateuse
 - Puis dessèchement et croûte en 48h
 - Evolution = guérison spontanée en 1 semaine
 - à **HSV 2 = herpès génital**
 - Localisation = muqueuse génitale et fesses
 - Prodromes: prurit / brûlures / paresthésies pendant 24-48h
 - **Pas de signes généraux / pas de fièvre / pas d'ADP inguinale** (≠ PI !)
 - Bouquet de vésicules sur muqueuse-périnée puis érosion et croûte
 - Topographie latéralisée (à distinguer de l'atteinte bilatérale de la PI)
 - Evolution = guérison sous traitement en 1 semaine
- Examens complémentaires**
- **Pour diagnostic positif**
 - **Indications (2)**
 - **Primo-infection**: confirmation virologique si **PI génitale** chez la **femme en âge de procréer (compte tenu du risque d'herpès néonatal)** +++
 - **Cas particuliers**: femme enceinte / ID / nouveau-né / Sd de Kaposi-Juliusberg / forme viscérale ou atypique
 - Récurrence typique chez sujet sain: AUCUN examen, diagnostic clinique (**A savoir !**)
 - **Modalités: prélèvement local sur lame pour**
 - **Recherche d'antigène (++)**
 - par ELISA ou par IFD / rapide (2-3h) et simple / Se = 90%
 - **Cultures virales (++)**
 - Reste l'examen de référence mais coût et délai long: 2 à 3J

- Permet antivirogramme
- **Cytodiagnostic de Tzanck**
 - En cas d'urgence / rapide (30min) mais peu sensible (60%)
 - Recherche cellules ballonnées par effet cytopathogène du HSV
- **!! Ne sont pas indiqués**
 - **PCR:** **aucun** intérêt dans le cadre des herpès cutanéomuqueux (≠ méningite)
 - **Sérologie:** peu d'intérêt / inconstante si récurrence / utile surtout chez la femme enceinte, pour connaître statut sérologique en cas de contage
- **Pour évaluation du terrain = bilan IST**
 - **Indication:** systématique devant toute PI ou récurrence d'**herpès génital (A savoir !)**
 - **Comprend:**
 - **VIIH:** avec accord du patient / renouveler à 3M
 - VHB (!! délai entre contage et positivation)
 - Syphilis = TPHA-VDRL quantitatif : renouveler à 1M
 - Chlamydia = PCR 1er jet d'urine
 - Gonocoque = examen bactériologique sur prélèvement local

Formes compliquées

- **Syndrome de Kaposi Juliusberg (pustulose varioliforme)**
 - = surinfection par HSV pendant une poussée de dermatite atopique (cf [Hypersensibilités et allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Urticaire, dermatites atopique et de contact](#))
 - **Clinique**
 - **Signes généraux:** fièvre élevée / AEG marquée
 - **Eruption vésiculo-pustuleuse « explosive »**
 - vésicules confluentes / évoluant vers la nécrose
 - débute au visage puis extension rapide / rarement viscérale (SdG !!)
- **Herpès de la femme enceinte**
 - = risque de complications ++ (cf [Prévention des risques foetaux : infection, médicaments, toxiques, irradiation](#))
 - **Si PI en début de grossesse (T^o in utero)** → fausse couche spontanée tardive / **pas d'embryofetopathie**
 - **Si récurrence ou PI en per-partum** → risque d'herpès néo-natal (cf. infra)
- **Herpès néo-natal**
 - **Contamination**
 - Per partum +++ (lors du passage de la filière génitale)
 - Rarement in utero ou post-partum par contact avec herpès labial
 - **Suspicion clinique**
 - **!! Herpès néo-natal:** toujours symptomatique et souvent **grave**
 - **Forme cutanéomuqueuse:** lésions cutanées typiques +/- généralisées
 - **Forme neurologique:** méningo-encéphalite / M = 15% / séquelles possibles
 - **Forme systémique:** forme la plus grave / atteinte multi-viscérale / M: 60-80%
 - **Confirmation paraclinique: prélèvements**
 - **Chez l'enfant:** PCR HSV sang (virémie) et LCR + prélèvement local (vésicule)
 - **Chez la mère:** sérologie maternelle + prélèvement vaginal (Ag-culture)
- **Formes topographique**
 - **Herpès oculaire:** kérato-conjonctivite unilatérale / auto-inoculation ++
 - **Herpès digital:** faux panaris herpétique / chez personnel soignant ++ (dentiste)
- **Erythème polymorphe** (cf [Pathologies auto-immunes : aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement.](#))
 - Récurrence herpès orofacial = 1ère cause d'érythème polymorphe
 - **Clinique**
 - Lésions cutanées annulaires en **cocarde** / sensation de brûlure
 - Topographie: symétrique / zones d'extension / **extrémités** (mains / pieds ++)
 - Lésions muqueuses rares (**érosions** buccales ou génitales) (≠ Stevens-Johnson)

Traitement

Prise en charge

- Ambulatoire si forme typique et terrain sain
- Hospitalisation si: Kaposi-Juliusberg / herpès néonatal / femme enceinte / ID

Traitement curatif = anti-viral

- **Infection à HSV1**
 - **Primo-infection:** AUCUN / aciclovir IV si forme sévère ([Pilly 2014](#))
 - **Récurrence:** AUCUN +++ (**A savoir !**)

- **Infection à HSV2**
 - **Primo-infection:** valaciclovir 500mg x2/j PO pendant **10 jours**
 - **Récurrence:** valaciclovir 500mg x2/j PO pendant **5 jours** (non systématique mais à débiter le plus rapidement possible si prescrit !)

Traitement symptomatique

- **Si PI à HSV1 (gingivo-stomatite herpétique aiguë)**
 - Antalgique-antipyrétique / alimentation semi-liquide
 - Antiseptique = bains de bouche 3x/j
- **Si PI à HSV2 (vulvo-vaginite aiguë)**
 - Antalgique-antipyrétique (paracétamol) +++
 - Antiseptique = toilette avec solution moussante 2x/j

Traitement préventif

- **Indication**
 - Identique dans herpès oro-facial et génital +++
 - si et seulement **si > 6 récurrences/an** (chez patient non-ID)
- **Modalités**
 - Valaciclovir (Zelitrex®) 500mg 1cp/j PO pendant 6 à 12M

Mesures associées

- **Devant toute récurrence**
 - Recherche et éviction du facteur déclenchant +++
 - **Information** et éducation du patient (évolution..)
 - Prise en charge psychologique si facteur déclenchant psychogène
 - **Pas de contact avec enfant ayant une dermatite atopique +++ (A savoir !)**
- **Si herpès génital = mesures associées aux IST (5A savoir ! ())**
 - **Sérologies** [VIH / VHB / VDRL-TPHA] + gonocoque-chlamydia
 - Rapports sexuels protégés jusqu'à cicatrisation (2-3S) (**préservatif**)
 - Dépistage +/- traitement de tous les **partenaires** +++
 - **Education** du patient sur les IST
 - Proposer vaccination contre le **VHB**

Traitement des formes compliquées

- **Syndrome de Kaposi-Juliusberg**
 - Hospitalisation / urgence thérapeutique / VVP
 - **Anti-viral en parentéral:**
 - Aciclovir en IV pendant 3j puis relais PO
 - pour une durée totale de 10-15 jours
- **Herpès de la femme enceinte**
 - **Traitement antiviral**
 - **si primo-infection génitale herpétique**
 - Traitement curatif: valaciclovir PO pendant **10 jours** (idem hors grossesse)
 - puis valaciclovir prophylactique à partir de **36SA** et jusqu'à l'accouchement
 - **si récurrence génitale herpétique**
 - Traitement curatif: valaciclovir PO pendant 5j (idem hors grossesse)
 - **!! PAS** de traitement prophylactique au cours du dernier mois recommandé ([Conférence de consensus sur l'herpès / ANAES / 2001](#))
 - **Césarienne**
 - Indiquée de façon formelle si lésions présentes au cours du travail
 - « A discuter » si primo-infection < 1 mois ou récurrence < 1 semaine
 - Non indiquée si primo-infection > 1 mois ou récurrence > 1 semaine
- **Herpès néonatal**
 - Urgence thérapeutique / hospitalisation en néonatalogie
 - **Traitement curatif antiviral**
 - **Forme cutanéomuqueuse:** aciclovir en IV pendant 2 semaines
 - **Forme systémique ou neuro:** aciclovir en IV pendant 3 semaines
- **Herpès oculaire**
 - Urgence thérapeutique / Hospitalisation en ophtalmologie
 - **Traitement curatif antiviral**
 - **Si forme légère :** aciclovir pommade ophtalmique 5 fois par jour pendant 5 à 10 j
 - **Si forme sévère :** ajouter aciclovir IV
 - **!! Contre-indication absolue des corticoïdes et des anesthésiques locaux !!**

Surveillance

- **Clinique:** disparition de l'éruption en 1 semaine sous traitement anti-viral

B. VARICELLE

Généralités

Définition

- Varicelle = primo-infection au virus VZV (famille des herpes viridae)

Epidémiologie

- La plus fréquente des éruptions de l'enfant / 90% de la population séropositive à 15ans
- Touche les enfants entre 2 et 10ans (!! protection par les Ac maternels avant 6 mois)

Physiopathologie

- Contamination inter-humaine directe: par voie aérienne (salive)
- Contagiosité +++: dès 2-3j **avant** l'éruption / persiste tant qu'il y a des croûtes
- Diffusion nerveuse et sanguine: atteinte peau +++ par rapport aux autres organes
- Immunité post-varicelle: protège contre une 2nde varicelle (mais pas contre un zona)

Diagnostic

Examen clinique (forme typique = varicelle de l'enfant)

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**: enfant entre **2 et 10ans** / pas d'actd de varicelle
 - **Anamnèse**: !! durée d'**incubation de 14 jours** / notion de **contage**
 - **Phase d'invasion**: 1-2j / souvent inaperçue / fébricule
- **Examen physique (phase d'état)**
 - **Lésions élémentaires (3+1)**
 - **Vésicules** translucides (« goutte de rosée ») **ombiliquées**
 - **Macules** érythémateuses très prurigineuses
 - **Croûtes** brunâtres: tombent à ~ 8J (!! contagieux tant que croûtes)
 - !! co-existence de lésions **d'âges différents**: cf poussées successives
 - **Topographie = généralisée et descendante**
 - Débute au cuir chevelu (nuque) / à la face
 - Puis extension: tronc / membres / OGE
 - Respecte en général les paumes / plantes
- **Evolution**
 - 2 à 3 poussées en 5-10 jours
 - Guérison spontanée en **10-15 jours**

Examens complémentaires

- **Indications**
 - **Forme typique sur terrain sain**: AUCUN +++ (**A savoir !**)
 - **Indications (3)**: varicelle de l'adulte atypique / ID / femme enceinte (< 20SA)
- **Modalités**
 - Prélèvement pour recherche d'Ag par IFD / cultures cellulaires
 - Cytodiagnostic de Tzanck sur frottis des lésions / PCR

Formes cliniques

- **Varicelle du nouveau-né**
 - = éruption diffuse ulcéro-nécrotique / gravité +++
- **Varicelle de l'adulte**
 - Tableau plus marqué: fièvre élevée / AEG
 - Eruption cutanée profuse / rechercher complication: **pneumopathie**
- **Varicelle de l'adulte immuno-déprimé**
 - **Varicelle grave hémorragique = nécrotico-hémorragique + viscérale**
 - Terrain: hémopathie (lymphome) / transplantés ++ / corticoïdes ou IS
 - Signes généraux: syndrome infectieux sévère / AEG
 - Signes cutanés: éruption diffuse avec vésicules hémorragiques et nécrotiques
 - Rechercher atteinte viscérale: ME / pneumopathie / hépatite
 - **Varicelle chronique du sidéen**
 - Terrain: patient SIDA avec traitement prolongé par aciclovir
 - Signes cutanés: lésions nodulaires ulcérées +/- croûteuses

Diagnostiques différentiels

- **Chez l'enfant**: prurigo strophulus (lésion de grattage)
- **Chez l'adulte immunodéprimé**: herpès ou zona généralisé

Complications

Surinfection bactérienne cutanée (par SGA ++)

- **Impétiginisation +++** : surinfection des lésions de grattage: cf [Infections cutanéomuqueuses et des phanères, bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant](#)
- **Autres**: abcès / fasciite nécrosante streptococcique / cellulite (dermo-hypodermite) / ostéo-arthrite / **arthrite septique / épidermolyse staphylococcique**
- +/- séquelles de grattage: cicatrices parfois définitives

Pneumonie varicelleuse

- !! Principale complication de la varicelle chez l'adulte (5% des cas)
- **Terrain**: adulte / entre J2 et J6 / mais possible chez l'enfant aussi / FdR : tabac et grossesse
- **Clinique**: fièvre élevée / toux / dyspnée
- **Paraclinique**: syndrome intersitiel à la radio thorax (= pneumopathie atypique)
- **Evolution**: en général favorable mais risque de surinfection ou décompensation

Complications neurologiques

- **Ataxie cérébelleuse aiguë +++**: enfant 2-4ans / régression spontanée sans séquelle à J15
- **Méningo-encéphalite varicelleuse**: plus rare (au contraire de la ME herpétique ++)
- **Syndrome de Reye**
 - Encéphalopathie (encéphalite aiguë) associée à une stéatose hépatique
 - Due à une infection virale (varicelle / grippe / herpès) + **aspirine**
 - Rare mais justifie l'interdiction d'aspirine pendant la phase d'état

Autres complications

- **Chez la femme enceinte**: embryofœtopathie (ssi < 20SA) / hépatite cytolytique
- **A distance**: les principales complications sont les **cicatrices +++** / définitives

Traitement

Prise en charge

- En ambulatoire si varicelle bénigne de l'enfant ou de l'adulte
- Hospitalisation en urgence si forme grave de l'adulte ou ID

Education des parents / mesures hygiéniques (A savoir !)

- **Pas d'auto-médication (3) +++**
 - Interdiction de l'**aspirine** (cf Reye) et des **AINS** (cf surinfection)
 - Interdiction des **topiques** (pommades / talc..): favorisent la macération
- **Lutte contre les surinfections**
 - **Hygiène des ongles**: propres et coupés courts
 - **Si impétiginisation**: ABT générale par pénicilline M (cloxacilline) PO 10 jours

Traitement symptomatique (3)

- **Antiseptique local**: 2x/j sur lésions (savonnage à la chlorhexidine)
- **Antipyrétique**: paracétamol 60mg/kg/j en 4 prises PO / mesures physiques
- **Anti-histaminique**: si prurit important (ex: anti-H1 PO 2G: cétirizine)

Traitement médicamenteux antiviral

- **Forme bénigne de l'enfant et de l'adulte: non indiqué (A savoir !)**
- **Indications de l'aciclovir en IV (seulement) pendant 8-10J +++ (6)**
 - Varicelle de l'immunodéprimé
 - Varicelle compliquée (pneumopathie / encéphalite)
 - Varicelle néo-natale
 - Nouveau né sans éruption mais dont la mère présente la varicelle entre 5 jours avant l'accouchement et 2 jours après
 - Varicelle grave avant 1 an
 - Varicelle de la femme enceinte dans la dernière semaine

Traitement préventif

- **Pour les contacts (fratrie)**: il n'y a **AUCUNE** mesure à prendre (sauf si ID)
- **Mesures d'hygiène**: éviter tout contact avec varicelleux
- **Vaccination**
 - !! non recommandée pour la population générale en France
 - **Indications**
 - Professionnels de santé séronégatifs (pas d'atcd de varicelle)
 - Séronégatif en contact avec des immunodéprimés (ex: fratrie de leucémique)
 - Tout contact avec un sujet ayant la varicelle, dans les 72 heures

- !! contre-indiqué chez la femme enceinte (cf vaccin vivant atténué / hCG avant)

Mesures associées

- Pas d'éviction scolaire recommandée si sauf lésions impétiginées importantes
- **Education** des parents / consignes de surveillance
- Annotation du carnet de santé +++

Surveillance

- **Clinique**: croûtes / recherche pneumopathie si adulte..

C. ZONA

Généralités

Définition

- Zona = **récurrence** du virus VZV (varicelle = primo-infection)
- !! Zona chez un sujet jeune → systématiquement rechercher **VIH (A savoir !)**

Epidémiologie

- Incidence = 2/1000 par an en France
- **Facteurs de risque**:
 - **âge**: zona principalement chez le sujet âgé (plus de 60ans +++)
 - **immunodépression**: infection VIH / hémopathie (LLC) / traitement immunosuppresseur
 - Pathologie rachidienne: tumeur / traumatisme

Physiopathologie

- Zona = ganglio-radulite postérieure: réactivation du VZV quiescent dans le ganglion
- !! le zona n'est pas contagieux (≠ **varicelle**): ne donne pas de zona mais peut donner une **varicelle**

Diagnostic

Examen clinique

- **Forme typique = zona intercostal de l'adulte (70% des cas)**
 - **Phase pré-éruptive (3-4 jours)**:
 - Signes généraux: fièvre / céphalées
 - Prodromes: douleurs à type de brûlure ou hyperesthésie / unilatérales
 - **Phase éruptive**
 - **Lésion élémentaire**
 - Placards érythémateux avec **vésicules** claires / en bouquet / douloureux
 - Evolution: croûtes (J5-15) puis cicatrices (achromiques / hypoesthésiques)
 - **Topographie systématisée +++**
 - Topographie unilatérale en **hémi-ceinture / radiculaire / métamérique**
 - !! Toute éruption vésiculeuse unilatérale doit faire suspecter un zona
- **Autres formes cliniques**
 - **Zonas des nerfs crâniens**
 - **Zona ophtalmique (du V)**
 - Atteinte du ganglion de Gasser: **nerf V** (V1: branche ophtalmique)
 - Ex. ophtalmo en urgence: mise en jeu du pronostic fonctionnel (**A savoir !**)
 - **Zona géniculé (du VIIb)**
 - Atteinte du ganglion de Wrisberg: **nerf VIIbis** (branche sensitive du facial)
 - Zone de Ramsay-Hunt (tympa / CAE / conque) + **PFP** par contiguïté
 - **Zonas rachidiens non intercostaux**
 - cervicaux (CBH: myosis / ptosis / énophtalmie) / des membres / sacré
 - **Zonas chez le sujet immunodéprimé ++**
 - Terrain: VIH / hémopathie / transplanté
 - Eruption sévère: bulles +/- nécrose / étendues +/- généralisée (~ // varicelle)
 - Si virémie: risque d'atteinte viscérale (méningo-encéphalite, pneumopathie..)

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
 - **Forme typique et terrain sain: AUCUN** +++
 - **Indications = limitées**: ID / grossesse
 - **Techniques directes**: cytodiagnostics de Tzanck / IFD
- **Pour évaluation du terrain**

- !! **sérologie VIH**: systématique devant tout zona avant 50ans (A savoir !)

Evolution

Evolution naturelle

- Bénigne et sans séquelle sous traitement / risque de complications sinon
- Persistance des cicatrices achromatiques / hypoesthésiques possibles

Complications

- **Surinfection bactérienne = impétiginisation**
 - = surinfection des lésions par staph aureus / strepto: cf [Infections cutanéomuqueuses et des phanères, bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant](#)
- **Algies post-zostériennes**
 - = Douleurs paroxystiques / intolérables / insomniantes
 - Si âge élevé (>70ans) et zona ophtalmique surtout
 - !! Résistance aux antalgiques: Sd dépressif à rechercher
- **Complications ophtalmologiques**: en cas de zona ophtalmique
 - Précoces: conjonctivite / kératite superficielle = bon pronostic
 - Tardives (rares): iridocyclite / névrite optique / kératite paralytique = graves
- **Récidives**
 - Rares sauf en cas d'immunodépression (rechercher VIH si récurrence +++)
- **Remarque**: pas de transmission foetale durant la grossesse d'un zona maternel

Traitement

Prise en charge

- En ambulatoire si zona intercostal typique sur terrain sain
- Hospitalisation si immuno-déprimé (VIH) / zona ophtalmique
- !! **NPO isolement** du patient si hospitalisation

Traitement curatif = anti-viral

- **Si zona intercostal bénin**
 - Pas d'indication pour l'aciclovir à visée curative +++
 - **Mais valaciclovir pour prévention des algies post-zostériennes**
 - si patient > **50ans et** prescription **dans les 72h**
 - Valaciclovir (Zélitrex®) 1g x3/j pendant **7 jours**
- **Si zona ophtalmique**
 - **Valaciclovir** (Zélitrex®) **PO** systématique 1g x3/j pendant 7 jours
 - Traitement antiviral local associé: Zovirax® en **pommade** ophtalmique
- **Si zona chez l'ID**
 - **Aciclovir** (Zovirax®) **IV** en urgence: 10mg/kg/8j pendant **7 jours**

Traitement symptomatique

- **Antalgiques**: !! antalgiques classiques: selon EVA: niveau 1 ou 2 (cf [Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses](#))
- **Local**: contre surinfection: lavage +/- antiseptique (chlorhexidine moussante) / antalgiques locaux : emplâtres de lidocaïne

Traitement des complications

- **Algies post-zostériennes (APZ)**
 - Pas d'antalgiques classiques puisque neuropathiques / anti-viraux sans effets
 - AMM: **amitriptyline** (Laroxyl®, AD tricyclique) / **gabapentine** (Neurontin®)
 - Alternatives hors AMM: carbamazépine (Tégétrol®) / Rivotril® / Lyrica®...
 - Les échecs sont fréquents pour le traitement des douleurs post-zostériennes
 - Même en cas de bénéfice sur les douleurs, les traitements sont parfois mal vécus par les patients (effets secondaires à type de constipation, rétention aigue d'urine, somnolence ...)
 - Nouvelles pistes : traitements locaux à base de patch de lidocaïne (Versatis® : effet bénéfique démontré et très bien toléré) ou capsaïcine (meilleure durée d'action, environ 3 mois mais uniquement en centre spécialisés car utilisés à haute dose)

Surveillance

- **Clinique**: évolution favorable d'un zona intercostal / APZ

Quels sont les 3 moyens pour confirmer une primo-infection herpétique chez la femme ?

- Culture virale
- Recherche d'antigène par IF ou ELISA
- Cytodiagnostic de Tzanck

Quels sont les 6 facteurs de risque d'infection à HSV 2 ?

- Sexe féminin
- Précocité du premier RS
- Nombre de partenaires sexuels
- Atcd d'IST
- Infection par le VIH
- Bas niveau socio-économique

Devant des chutes à répétition et refus de la marche, chez une enfant de 3 ans dont le frère a présenté une varicelle, quel est le diagnostic à évoquer ?

- Ataxie cérébelleuse (cérébellite) varicelleuse

Quelles sont les 2 thérapeutiques ayant l'AMM dans le traitement des algies post-zostériennes ?

- Amitriptyline (Laroxyl): AD tricyclique
- Gabapentine (Neurontin): Anti-épileptique