

Des arbitres scientifiques (en l'occurrence, le comité des maladies infectieuses de la SOGC) ont procédé à l'analyse de la présente directive clinique en mars 2015. Ils ont donné leur aval à la poursuite de son utilisation pour l'instant.

# N° 208-Directive clinique sur la prise en charge du virus de l'herpès simplex pendant la grossesse

La présente directive clinique a été analysée par le comité sur les maladies infectieuses\* et le comité de médecine fœto-maternelle, et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Deborah M. Money, MD, Vancouver (C.-B.)

Marc Steben, MD, Montréal (Québec)

\*Les membres du Comité sur les maladies infectieuses: Deborah Money, MD, Vancouver, C.-B.; Marc Steben, MD, Montréal, Québec; Thomas Wong, MD, Ottawa, Ont.; Andrée Gruslin, MD, Ottawa, Ont.; Mark H. Yudin, MD, Toronto, Ont.; Howard Cohen, MD, Toronto, Ont.; Marc Boucher, MD, Montréal, Québec; Catherine MacKinnon, MD, Brantford, Ont.; Caroline Paquet, RM, Trois Rivières, Québec; Julie Van Schalkwyk, MD, Vancouver, C.-B. Tous les membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

**Mots clés :** HSV, genital herpes, pregnancy, antiviral, prevention, screening, counselling

Corresponding Author. Dr. Deborah Money, Faculty of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, BC.

[deborah.money@ubc.ca](mailto:deborah.money@ubc.ca)

## Résumé

**Objectif :** Fournir des recommandations au sujet de la prise en charge de l'infection génitale au virus de l'herpès chez les femmes qui souhaitent une grossesse ou qui sont enceintes, ainsi qu'au sujet de la prise en charge de l'herpès génital pendant la grossesse et des stratégies visant à prévenir la transmission de l'infection au nouveau-né.

**Issues :** Hausse de l'efficacité de la prise en charge des complications de l'herpès génital pendant la grossesse et de la prévention de la transmission de l'herpès génital de la mère au nouveau-né.

**Résultats :** Des recherches ont été menées dans Medline en vue d'en tirer les articles, publiés en français ou en anglais, portant sur l'herpès génital et la grossesse. Par l'intermédiaire des références de ces articles, nous avons pu identifier des articles additionnels. Tous les types d'étude et tous les signalements de recommandations ont été analysés.

**Valeurs :** Les recommandations ont été formulées en fonction des lignes directrices élaborées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

## Recommandations

1. Les antécédents de la patiente quant à l'herpès génital devraient être évalués tôt au cours de la grossesse (III-A).
2. Les femmes chez lesquelles la présence d'une infection génitale récurrente au virus de l'herpès simplex (VHS) est connue devraient être avisées des risques de transmission (au moment de l'accouchement) du VHS à leur nouveau-né (III-A).
3. Au moment de l'accouchement, en présence de symptômes prodromiques ou d'une lésion semblant indiquer une infection au VHS, les femmes qui présentent une infection récurrente au VHS devraient se voir offrir une césarienne (II-2A).

J Obstet Gynaecol Can 2017;39(8):e192–e198

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.04.017>

Copyright © 2017 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Ce document fait état des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de ces modifications. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans une permission écrite de l'éditeur.

Les femmes ont le droit et le devoir de prendre des décisions éclairées en matière de soins, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins. Pour faciliter ces décisions, il faut offrir aux femmes des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes qui soient adaptés à leur culture et à leurs besoins. Il faut chercher à connaître les valeurs, les croyances et les besoins des femmes et de leur famille, et respecter leur choix final en ce qui concerne les soins et les traitements.

**Tableau 1. Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs**

Niveaux de résultats <sup>a</sup>	Catégories de recommandations <sup>b</sup>
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
	I. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

<sup>a</sup>La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs<sup>1</sup>.

<sup>b</sup>Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif<sup>1</sup>.

- Les femmes chez lesquelles la présence d'une infection génitale récurrente au VHS est connue devraient se voir offrir un traitement suppressif à l'acyclovir ou au valacyclovir dès la 36<sup>e</sup> semaine de gestation, et ce, afin d'atténuer le risque de lésions cliniques et d'élimination virale au moment de l'accouchement, et d'ainsi atténuer le risque de devoir subir une césarienne (I-A).
- Les femmes qui présentent une infection génitale primaire au virus de l'herpès au cours du troisième trimestre de la grossesse courent un risque élevé de transmettre le VHS à leur nouveau-né; par conséquent, elles devraient faire l'objet de services de counseling appropriés et se voir offrir une césarienne afin d'atténuer ce risque (II-3B).

- Les femmes enceintes qui ne présentent pas d'antécédents d'infection au VHS, mais qui ont connu un partenaire présentant une infection génitale au VHS, devraient (avant la grossesse ou dès que possible pendant la grossesse) faire l'objet d'un dépistage sérologique spécifique de type afin de déterminer leur risque de contracter une infection génitale au VHS pendant la grossesse. Ce dépistage devrait être répété pendant la période se situant entre la 32<sup>e</sup> et la 34<sup>e</sup> semaine de gestation (III-B).

**Validation :** La présente directive clinique a été analysée et approuvée par le comité sur les maladies infectieuses de la SOGC.

**Commanditaire :** La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

## ABRÉVIATIONS

DFIU	Décès foetal intra-utérin
ITS	Infection transmissible sexuellement
PCR	Amplification en chaîne par polymérase
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
TAAN	Techniques d'amplification des acides nucléiques
TORCH	Toxoplasmose, autres agents, rubéole, cytomégalovirus et herpès simple
VHS	Virus de l'herpès simple
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696295>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696295>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)