



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Herpès

Herpès génital et grossesse : épidémiologie, manifestations de la maladie, prévention et dépistage. Recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF)

Genital herpes and pregnancy: Epidemiology, clinical manifestations, prevention and screening. Guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetrician (CNGOF)

O. Picone ^{a,*}

^a Department of Gynaecology and Obstetrics, hôpital Louis-Mourier, hôpitaux universitaires Paris Nord, 147, rue des Renouilllets, 92700 Colombes, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Herpès génital
Épidémiologie
Encéphalite
Fœtopathie
Herpès néonatal

RÉSUMÉ

Objectif. – Évaluer la prévalence et les conséquences engendrées par les infections herpétiques génitales chez la femme enceinte.

Méthodes. – Consultation de la base de données MedLine et des recommandations des sociétés savantes françaises et étrangères.

Résultats. – La symptomatologie peut être atypique (NP2). Il n'existe pas d'étude comparant la symptomatologie clinique pendant et en dehors de la grossesse. Par comparaison indirecte, il ne semble pas y avoir de particularité de l'expression clinique de l'herpès génital pendant la grossesse (Accord professionnel). Elle est le plus souvent due à HSV2 (NP2). Soixante-dix pour cent des patientes enceintes ont un antécédent d'infection par un virus Herpès simplex, sans préjuger de la localisation génitale ou labiale, et celui-ci est dans la majorité des cas de type 1 (NP2). La prévalence des lésions cliniques d'herpès à l'accouchement en cas de récurrence est de l'ordre de 16 % contre 36 % en cas d'infection initiale (NP4). Chez les patientes HSV+, l'excrétion herpétique asymptomatique est de 4 à 10 %. Le taux d'excrétion augmente chez les patientes VIH+ (20 à 30 %) (NP2). Le risque de séroconversion HSV pendant la grossesse est de 1 à 5 % (NP2), mais peut atteindre 20 % en cas de couple séro-discordant (NP2). L'interrogatoire n'est pas toujours suffisant pour connaître l'antécédent d'infection herpétique d'une patiente et de son conjoint (NP2) et l'examen clinique peu fiable (NP2). Les hépatites herpétiques et les encéphalites sont rares et potentiellement graves (NP4). Il semble exister une association entre l'infection herpétique non traitée et l'accouchement prématuré (NP3) mais pas en cas d'infection traitée (NP4). Les fœtopathies herpétiques sont exceptionnelles (NP4). Il n'y a pas d'argument pour recommander une prise en charge spécifique de diagnostic anténatal en cas d'infection herpétique pendant la grossesse (Accord professionnel). Le port du préservatif diminue le risque d'infection initiale dans une population de femme non enceinte (NP3). Il n'y a pas d'arguments pour justifier une politique de dépistage systématique pendant la grossesse (Accord professionnel).

Conclusions. – Il existe une forte discordance entre la prévalence de l'excrétion herpétique au moment de l'accouchement et la rareté des infections néonatales. Il existe un manque de données sur l'impact des infections herpétiques pendant la grossesse sur la femme et/ou le fœtus et/ou le nouveau-né en France. Les conséquences fœtales et maternelles sont potentiellement graves mais rares.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Correspondance.

Adresse e-mail : olivier.picone@aphp.fr.

A B S T R A C T

Keywords:
Genital herpes
Epidemiology
Encephalitis
Fetopathy
Neonatal herpes

Objectives. – To analyze the consequences of genital herpes infections in pregnant women.
Methods. – The PubMed database and the recommendations from the French and foreign obstetrical societies or colleges have been consulted.

Results. – The symptomatology of herpes genital rash is often atypical (NP2) and not different during pregnancy (Professional consensus). It is most often due to HSV2 (NP2). Seventy percent of pregnant patients have a history of infection with Herpes simplex virus, without reference to genital or labial localization, and this is in most cases type 1 (NP2). The prevalence of clinical herpes lesions at birth in the event of recurrence is about 16% compared with 36% in the case of initial infection (NP4). In HSV+ patients, asymptomatic herpetic excretion is 4 to 10%. The rate of excretion increases in HIV+ patients (20 to 30%) (NP2). The risk of HSV seroconversion during pregnancy is 1 to 5% (NP2), but can reach 20% in case of sero-discordant couple (NP2). Questioning is not always sufficient to determine the history of herpes infection of a patient and her partner (NP2) and the clinical examination is not always reliable (NP2). Herpetic hepatitis and encephalitis are rare and potentially severe (NP4). These diagnoses should be discussed during pregnancy and antiviral therapy should be started as soon as possible (Professional consensus). There is no established link between herpes infection and miscarriages (NP3). There appears to be an association between untreated herpes infection and premature delivery (NP3) but not in the case of treated infections (NP4). Herpetic fetopathies are exceptional (NP4). There is no argument for recommending specific prenatal diagnosis for herpes infection during pregnancy (Professional consensus). Condom use reduces the risk of initial infection in women who are not pregnant (NP3). There is no evidence to justify routine screening during pregnancy (Professional consensus).

Conclusion. – There is a strong discrepancy between the prevalence of herpetic excretion at the time of delivery and the scarcity of neonatal infections. There is a lack of data on the impact of herpes infections during pregnancy in France. Fetal and maternal consequences are potentially serious but rare.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

L'herpès génital pendant la grossesse pose régulièrement des problèmes de prise en charge aux équipes soignantes. Afin de répondre aux différentes questions posées dans le cadre de recommandations pour la pratique clinique (RPC), il apparaît important d'analyser les différentes conséquences que peuvent engendrer les infections herpétiques génitales chez la femme enceinte. Pour cela, nous présentons une analyse des données épidémiologiques publiées. Les conséquences pédiatriques seront traitées par ailleurs [1]. À partir de ces données, les stratégies de dépistage et de prévention de l'acquisition de l'herpès par la femme enceinte sont discutées.

1. Méthode

La recherche bibliographique a été effectuée à l'aide des bases de données informatiques Medline sur une période allant de 1973 à 2017. Les termes de recherche ont été combinés de la façon suivante : (herpesvirus OR HSV OR herpes) AND (genital OR genitalis) AND (primo-infection OR primary) AND pregnancy.

Seules ont été retenues les publications de langues anglaise et française. Celles-ci ont été classées par niveau de preuve : méta-analyses, essais contrôlés randomisés, essais contrôlés non randomisés, études de cohortes, études cas-témoins. Plusieurs revues de synthèse sur le sujet ont été consultées. La recherche informatisée a été complétée par une recherche manuelle des références des articles sélectionnés.

Les recommandations des sociétés savantes suivantes ont également été consultées : Haute Autorité de santé (HAS) – 2001 [2], Société française de dermatologie (SFD) – 2016 [3], Centers for Disease Control and prevention (CDC) – 2015 [4], Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) – 2007 et 2014 [5,6], American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) – 2004 [7] et 2007 [8], Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) – 2008 [9] et 2009 [10], Australian Society for Infectious Diseases (ASID) – 2014 [11], International Union Against Sexually Transmitted Infections [12–14].

2. Définitions générales

On ne parlera dans ce chapitre comme dans l'ensemble des recommandations que des infections herpétiques génitales.

Les différents épisodes de l'histoire d'une infection herpétique sont définis virologiquement et cliniquement.

Virologiquement, la séroconversion correspond à la présence d'immunoglobulines G (IgG) chez une patiente n'en ayant pas auparavant.

Les primo-infections (infections primaires) et les infections non primaires sont définies comme suit :

- primo-infection (infection primaire) [15] :
 - premier épisode d'infection herpétique (HSV1 ou HSV2) chez une patiente n'ayant jamais eu d'herpès, quelle que soit la localisation ;
- infection non primaire [15] :
 - premier épisode d'infection HSV1 chez une patiente ayant eu une infection HSV2,
 - premier épisode d'infection HSV2 chez une patiente ayant eu une infection HSV1.

Il existe une différence entre les épisodes d'excrétion virale et de récurrence :

- excrétion virale asymptomatique : détection d'HSV1 ou HSV2 en l'absence de signes fonctionnels ou de lésions visibles par le patient ou le médecin ;
- récurrence : périodes de réplication clinique virale chez une patiente ayant déjà eu des épisodes précédemment [15].

3. Définitions cliniques

En pratique clinique, le praticien est confronté à deux situations qui seront développées dans ces recommandations pour la pratique clinique (Fig. 1) :

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926310>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926310>

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