



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Herpès

Suspicion de lésion d'herpès génital chez une patiente enceinte sans antécédent connu d'herpès génital. Recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF)

Management of pregnant women with first episode of genital herpes. Guidelines for clinical practice from the French college of gynecologists and obstetricians (CNGOF)

N. Sananès ^{a,*,b}

^a Service de gynécologie obstétrique, hôpitaux universitaires de Strasbourg, avenue Molière, BP 426, 67091 Strasbourg cedex, France

^b Unité Inserm UMR-S 1121 « Biomatériaux et Bioingénierie », 11, rue Humann, 67000 Strasbourg, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :
Herpès génital
Épisode initial
Grossesse
Post-partum
Traitement
Mode d'accouchement

Keywords:
Genital herpes
First episode
Pregnancy
Postpartum
Treatment
Mode of delivery

RÉSUMÉ

Objectif. – Émettre des recommandations quant à la prise en charge d'un épisode initial d'herpès génital pendant la grossesse et dans le post-partum immédiat.

Méthodes. – Consultation des bases de données *MedLine* et *Cochrane Library* et des recommandations des principales savantes.

Résultats. – En cas d'épisode initial d'herpès génital pendant la grossesse, il est recommandé d'initier un traitement antiviral par aciclovir (200 mg × 5 par jour) ou valaciclovir (1000 mg × 2 par jour) pendant 5 à 10 jours (grade C). Il est recommandé de proposer à la patiente une sérologie VIH si cela n'a pas été fait précédemment (grade B). Chez les femmes ayant présenté un épisode initial d'herpès génital pendant la grossesse, il est recommandé de mettre en place une prophylaxie antivirale à partir de 36 semaines d'aménorrhée par aciclovir (400 mg × 3 par jour) ou valaciclovir (500 mg × 2 par jour) (grade B). Il est recommandé de réaliser une césarienne en cas de suspicion d'épisode initial d'herpès génital au moment du travail (grade B) ou de rupture de la poche des eaux à terme (accord professionnel), ou en cas d'épisode initial d'herpès génital survenu moins de 6 semaines avant l'accouchement (accord professionnel). En cas d'épisode initial d'herpès génital découvert dans le post-partum, il est nécessaire de prévenir le pédiatre (accord professionnel). La patiente pourra être traitée selon le schéma décrit ci-dessus.

Conclusion. – Il est recommandé de réaliser une césarienne en cas d'épisode initial d'herpès génital dans les 6 semaines précédant l'accouchement.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objective. – To provide guidelines for the management of first episode genital herpes during pregnancy and in the immediate postpartum period.

Methods. – *MedLine* and *Cochrane Library* databases search and review of the main foreign guidelines.

Results. – In case of first episode genital herpes during pregnancy, antiviral treatment with acyclovir (200 mg 5 times daily) or valacyclovir (1000 mg twice daily) for 5 to 10 days is recommended (grade C). The patient should be tested for HIV if not previously done (grade B). Daily suppressive antiviral treatment with acyclovir (400 mg 3 times daily) or valacyclovir (500 mg twice daily) is recommended

* Correspondance.

Adresse e-mail : nicolas.sananes@chru-strasbourg.fr.

from 36 weeks for women who have had a first episode genital herpes during pregnancy (grade B). A cesarean section should be performed in case of suspicion of first episode genital herpes at the onset of labor (grade B) or premature rupture of the membranes at term (professional consensus), or in case of first episode genital herpes less than 6 weeks before delivery (professional consensus). In the event of first episode genital herpes highlighted in the postpartum period, the neonatologist should be informed (professional consensus). The patient may be treated according to the scheme described above.

Conclusion. – A cesarean section should be performed in case of first episode genital herpes less than 6 weeks before delivery.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Une infection herpétique génitale se manifeste classiquement par des lésions vésiculaires sur un fond érythémateux et évoluant vers des ulcérations. Les manifestations cliniques sont en réalité très variables et peuvent même passer inaperçues [1].

Une lésion génitale d'allure herpétique sans antécédent connu d'herpès génital peut correspondre à une primo-infection herpétique, mais également à une infection initiale non primaire, ou encore à une récurrence lorsque la primo-infection voire de précédents épisodes de récurrence sont passés inaperçus [1,2]. Une série de 23 patientes enceintes présentant un tableau clinique évocateur de premier épisode d'herpès génital a été rapportée par Hensleigh et al. en 1997 [3]. La réalisation de cultures et de tests sérologiques a révélé que parmi ces patientes, une seule (4 %) avait véritablement une primo-infection herpétique, tandis que 3 (13 %) patientes avaient en réalité une infection initiale non primaire et 19 (83 %) une récurrence (NP4).

C'est l'interrogatoire [1] mais aussi et surtout les examens biologiques incluant un diagnostic spécifique de type, c'est-à-dire HSV-1 ou HSV-2 [4], qui permettront de distinguer une véritable primo-infection herpétique d'une infection initiale non primaire ou encore d'une récurrence.

Dans ce chapitre, nous traiterons de l'infection herpétique génitale initiale, qu'il s'agisse d'une primo-infection ou d'une infection initiale non primaire. D'une part, la plupart des études, en particulier celles qui sont anciennes, sont uniquement cliniques et n'incluent pas de diagnostic biologique. Par conséquent, elles ne font pas la différence entre les deux cas de figure de manière formelle. D'autre part, le risque de transmission néonatale est nettement supérieur en cas de primo-infection ou d'infection initiale non primaire qu'en cas de récurrence. Dans l'étude de Brown et al., publiée en 2003, parmi les 202 patientes chez qui l'HSV était isolé par culture et PCR au moment de l'accouchement, 4 (44 %) patientes sur 9 avec primo-infection ont accouché d'un nouveau-né infecté, contre 4 (25 %) sur 16 en cas d'infection initiale non primaire et 2 (1,3 %) sur 151 en cas de récurrence [5] (NP2). Quoiqu'il en soit, en attente des résultats de la PCR (ou de la culture) et surtout des sérologies de type, qui permettront de distinguer les différentes situations possibles, nous considérerons dans ce chapitre que la patiente se situe dans la situation la plus à risque, c'est-à-dire la primo-infection. La récurrence sera traitée dans un chapitre à part [6].

L'objectif de ce chapitre est d'étudier les enjeux de la prise en charge d'un épisode initial d'herpès génital pendant la grossesse et dans le post-partum immédiat, afin d'émettre des recommandations pour la pratique clinique.

2. Méthodes

La recherche bibliographique a été effectuée à l'aide des bases de données informatiques *Medline* et de la *Cochrane Library* sur une

période allant de 1973 à 2017. Les termes de recherche ont été soit issus d'un thesaurus (descripteurs du MESH pour *Medline*), soit tirés du titre ou du résumé (mots titres). Ils ont été combinés de la façon suivante : (herpesvirus OR HSV OR herpes) AND (genital OR genitalis) AND (primo-infection OR primary OR non-primary OR first episode) 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 été consultées et sont résumées dans le **Tableau 1** : *Centers for disease control and prevention* (CDC) – 2015 [7], Société française de dermatologie (SFD) – 2016 [8], *South Australia maternal & neonatal community of practice (SA Health)* – 2016 [9], *International union against sexually transmitted infections* (IUSTI) – 2017 [10], *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) – 2007 [11], *Society of obstetricians and gynaecologists of Canada* (SOGC) – 2008 [12], *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) – 2014 [13].

3. Résultats

Les recommandations des principales sociétés savantes en cas de premier épisode d'herpès génital pendant la grossesse sont rapportées dans le **Tableau 1**.

La **Fig. 1** résume la démarche diagnostique et la prise en charge en cas suspicion d'herpès génital chez une patiente enceinte sans antécédent d'herpès génital.

3.1. Prise en charge initiale d'un premier épisode d'herpès génital pendant la grossesse

3.1.1. Modalités et intérêt d'un traitement antiviral sur la symptomatologie locale

Il n'y a pas dans la littérature d'essai clinique randomisé publié concernant l'intérêt d'un traitement antiviral en cas d'épisode initial d'herpès génital chez la femme enceinte.

Plusieurs essais cliniques randomisés anciens, conduits chez l'homme et chez la femme, en dehors de la grossesse, ont évalué l'intérêt d'un traitement antiviral par aciclovir per os contre placebo, en cas d'épisode initial d'herpès génital [14–17] (NP3). Le traitement consistait en la prise de comprimés d'aciclovir 200 mg per os, répartis en 5 prises par jour pendant 5, 7 ou 10 jours. Ces quatre essais incluant au total 227 patients ont été repris dans une méta-analyse de la *Cochrane* [18] (NP3). Cette méta-analyse est méthodologiquement rigoureuse mais le niveau de preuve est cependant limité en raison de l'effectif réduit de la plupart des essais, leur ancienneté et l'absence de suffisamment de détails

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926312>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926312>

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