

Varicella and pregnancy: how to proceed ?

H. Taghzouti*, N. Mekkaoui*, M.B. Idrissi*, N. Mamouni*, S.Errarhay*, C. Bouchikhi*, A.Banani*

*Service de gynécologie obstétrique I du CHU HASSAN II, faculté de médecine de l'université Sidi Mohamed ben Abdellah, FES, Maroc.

Abstract : *Varicella zoster virus (VZV) is a dermo-neurotropic infection caused by a virus belonging to the herpesviridae family. Its incidence in pregnant women is low: less than 1 pregnancy/1000. The occurrence of varicella during pregnancy carries the risk of complications for the mother, fetus and newborn. This paper is based on a case study of a 23-year-old patient who consulted our clinic for a rash during a full-term pregnancy and was diagnosed with varicella. The aim of this work is to propose, on the basis of a literature review, a reasoned management of VZV infection during pregnancy.*

Keyword : varicella ; pregnancy ; vaccination

Varicelle et grossesse : quelle conduite à tenir ?

Résumé :

La varicelle (VZV) est une infection dermo-neurotrophe, due à un virus appartenant la famille des herpesviridae. Son incidence chez la femme enceinte est faible : moins de 1 grossesse/1000. La survenue de la varicelle en cours de grossesse fait encourir des risques de complications pour la mère, le fœtus et le nouveau-né. Ce travail repose sur l'étude d'un cas d'une patiente de 23ans, ayant consulté dans notre formation pour une éruption cutanée sur une grossesse à terme et dont le diagnostic de varicelle a été posé. L'objectif de ce travail est de proposer, partir d'une revue de la littérature, une prise en charge raisonnée de l'infection VZV en cours de grossesse.

Introduction

La varicelle est une maladie virale très contagieuse. Il s'agit d'une maladie infantile courante qui provoque une éruption de vésicules sur la peau et les muqueuses après une phase d'incubation. Désagréable mais bénigne chez l'enfant, elle peut s'avérer dangereuse à l'âge adulte, chez la femme enceinte et le nouveau-né.[1] La prévention de l'infection passe par la vaccination. Le vaccin vivant atténué est contre-indiqué chez la femme enceinte. La vaccination est donc recommandée pour les femmes en âge de procréer n'ayant pas d'antécédent clinique de varicelle, après un test négatif de grossesse et sous couvert d'une contraception efficace de trois mois après chaque dose de vaccin.

Cas clinique

Il s'agit de madame LK âgée de 23ans, sans antécédents pathologiques médicaux ou chirurgicaux notables. C'est une primigeste nullipare. La grossesse actuelle est estimée à 40 semaines d'aménorrhées, non suivie, de déroulement apparemment normal, ayant consulté dans notre service pour une éruption cutanée survenant 48heures avant sa consultation avec prurit dans les suites d'un contact familiale avec enfants atteints de varicelle.

L'examen général retrouve une patiente consciente, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, sature à 99% à l'air ambiant, température mesurée à 37,8°, présentant une éruption cutanée généralisée (Figure 1) faite de taches rouges avec vésicules dont quelques-unes sont remplies de liquides et d'autres sont desséchées formant des croutes. L'examen obstétrical était sans particularités.



Figure 1: éruption cutanée de varicelle faite de lésions vésiculeuses

L'échographie obstétricale a objectivé un fœtus singleton eutopie en position céphalique avec un placenta normalement inséré homogène et une quantité de liquide amniotique normale. L'échographie morphologique était sans particularités notamment pas d'anomalies squelettiques, neurologiques ou autre.

La décision était d'hospitaliser la patiente, la mettre sous antiviral avec traitement local des lésions cutanées. La patiente est restée sous surveillance obstétricale stricte du rythme cardiaque fœtal et de la vitalité fœtale.

La patiente est rentrée spontanément en travail à J5 de son hospitalisation soit 7 jours après apparition de l'éruption cutanée, avec accouchement par voie basse sans incident d'un nouveau-né de sexe masculin de 3200g.

L'examen du nouveau-né était sans particularités, notamment pas d'anomalies morphologiques ni de lésions cutanées. Il fut hospitalisé en néonatalogie pour surveillance et traitement antiviral. L'évolution était favorable sans apparition de signe de varicelle néonatale.

Discussion

La varicelle, primo, infection provoquée par le virus de la varicelle et du Zona est une maladie éruptive généralement bénigne dans l'enfance. Se survenant au cours d'une grossesse peut comporter des risques pour la mère, le fœtus et le nouveau-né [1].

Une vaccination contre cette infection reposant sur l'administration d'un virus vivant atténué de la varicelle est disponible au Maroc depuis 1998 [2]. Le vaccin disponible actuellement au Maroc, Varivax®, est composé de virus atténués produits sur cellules diploïdes humaines à partir de la souche OKA. Le schéma vaccinal recommandé consiste en deux doses espacées de 4 à 8 semaines. Les effets indésirables les plus communément rapportés sont des réactions au point d'injection (douleur, rougeur), de la fièvre et des éruptions... [3]

L'immunité pour le VZV est acquise chez 90 % des femmes en âge de procréer aux États-Unis et 94,8 % en Allemagne. Le risque de varicelle en cours de grossesse est de 0,7 pour 1 000 grossesses. Cela laisse supposer pour la France environ 700 cas de varicelle per gravidique par an. Dans les pays en voie de développement et chez les immigrés récents, l'immunité pour la varicelle est moindre et le risque d'infection accru. [4]

La transmission se fait par l'intermédiaire d'un contact direct entre individus. La période d'incubation dure en moyenne 15 jours. Le sujet infecté est contaminant 2 jours avant l'éruption et jusqu'à cicatrisation des lésions cutanées.

La gravité de la varicelle gravidique réside dans la survenue possible de la pneumopathie varicelleuse, complication la plus fréquente et sévère de la varicelle de l'adulte. Sa fréquence chez l'adulte sain est difficile à apprécier. Elle a été estimée entre 13 à 16 % avec seulement 2 % de formes à traduction clinique. Lors d'atteintes pulmonaires, la mortalité est d'environ 10%. [5]

La fréquence des fausses couches spontanées n'est pas particulièrement augmentée par rapport à celle de populations témoins. Des cas de mort in utero ont été rapportés notamment dans les pneumopathies. Il a rarement été possible d'établir une preuve biologique de la responsabilité virale. Enfin, le taux d'accouchement prématuré est augmenté dans les varicelles avant 20 SA. Cette augmentation se retrouve dans les formes sévères avec atteinte pulmonaire. [6]

Les effets fœtaux de la varicelle peuvent se manifester sous la forme d'un syndrome de varicelle congénitale ou d'une varicelle néonatale. L'apparition de la varicelle chez la mère pendant la première moitié de la grossesse pourrait causer des déformations ou des malformations congénitales par infection transplacentaire. Parmi ces manifestations, on trouve la chorio-rétinite, l'atrophie du cortex cérébral, l'hydronéphrose et des anomalies cutanées et osseuses de la jambe, lesquelles prennent souvent la forme d'anomalies réductionnelles partielles des membres. [7]

L'exposition de l'enfant au virus tout juste avant l'accouchement ou pendant ce dernier constitue une menace grave pour le nouveau-né, lequel peut en venir à connaître une infection néonatale fulminante. Rarement, ces nouveau-nés peuvent en venir à présenter une maladie disséminée des systèmes nerveux central et viscéral, laquelle est fréquemment mortelle. L'infection néonatale se manifeste principalement lorsque les symptômes de l'infection maternelle surviennent de moins de cinq jours avant l'accouchement à deux jours par la suite. Cette période est en corrélation avec l'apparition de l'IgG maternelle et est donc trop courte pour fournir une immunisation passive transplacentaire au fœtus et au nouveau-né. [8,9]

Un traitement par antiviraux par voie veineuse est indiqué, quel que soit le terme de la grossesse en cas de complication maternelle. Sa prescription en cours de grossesse est désormais possible au 3^{ème} trimestre et lors des complications. La moindre sensibilité du VZV à l'aciclovir comparée à l'herpès simplex impose l'utilisation d'une dose importante. En cas de pneumopathie maternelle, la voie veineuse s'impose (10 à 15 mg/kg toutes les 8 heures) pour atteindre des concentrations efficaces. Un traitement par aciclovir n'empêche pas forcément la défaillance ventilatoire. Cependant, un début précoce pourrait apporter un bénéfice maternel voire fœtal, dont l'évaluation précise reste à réaliser. En l'absence de complications, le traitement antiviral sera discuté en fonction du terme. Il n'existe à l'heure actuelle aucun argument épidémiologique pour penser que ces traitements diminuent le risque de transmission materno-foetale ou leur gravité même si les arguments théoriques sont importants. [10]

En cas d'éruption de fin de grossesse, il est souhaitable de traiter la femme et de retarder l'accouchement si possible. Une fois l'éruption terminée, l'enfant est protégé. De multiples publications suggèrent l'utilisation de traitement antiviral type aciclovir par voie veineuse chez les enfants nés avec un risque de varicelle néonatale sans attendre l'apparition de signes cliniques. Les doses conseillées sont de 20 mg/kg/8 heures. L'injection conjointe d'immunoglobulines spécifiques est à évaluer au cas par cas. [11]

Conclusion

En pratique, en prévision d'une grossesse, il est recommandé de vacciner contre la varicelle une femme n'ayant pas d'antécédent clinique de cette maladie, tout en évitant une conception dans le mois qui suit la vaccination. Par ailleurs, ce vaccin ne doit pas être administré à une femme enceinte.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références :

[1] G. Mac, V. Gallot, C. Vauloup-Fellous, Olivier Picone ; Varicelle pendant la grossesse : mise au point ; Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 37 (2008) - Suppl. 1 - F1-F7

[2] LAMDOUAR BOUAZZAOUI N. — Introduction à la vaccination. *De La Pédiatrie* , Edit. Nouvelles, Rabat, 1983, 165-168.

[3] Catherine Vauzelle, Elisabeth Elefant, Bénédicte Coulm, Mathilde Latour, Delphine Beghin, Benoît Marin ; Varicella vaccination, pregnancy and breastfeeding: The current situation; *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* , Available online 1 February 2024

[4] Véronique Mirlesse; Pierre Lebon (2003). La varicelle au cours de la grossesse. , 2003(353), 49–53.

[5] Harger J.H. Ernest J.M. Thurnau G.R., Moawad A. Momirova V. London M.B. Paul R. Miodovnik M. Dombrowski M. Sibai B. Van Dorsten R Risk factors and outcome of varicella*zoster virus pneumonia in pregnant women. *J. Infect. Dis.* 185 (2002) 422-427.

[6] Pastuszak A., Levy M., Schick B., Zuber C., Feldkamp M. Gladstone J., Bar-L6vy E. Jackson E. Donnenfeld A. Meschino W., Koren G. Outcome after maternal varicella infection in the first 20 weeks of pregnancy, *N. Engl. J. Med.* 330 (1994) 901-905.

[7] Shrim, Alon; Koren, Gideon; Yudin, Mark H.; Farine, Dan (2016). *Prise en charge de l'infection à la varicelle pendant la grossesse. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 38(12), S34–S40.

[8] Meyers JD. Congenital varicella in term infants: risk reconsidered. *J Infect Dis* 1974;129:215e7.

[9] Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Chickenpox in pregnancy. RCOG Green-top Guideline no. 13, September 2007. Disponible: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/guidelines>. Consulté le 26 décembre 2011.

[10] Charlier, Caroline; Le Mercier, Delphine; Salomon, Laurent J.; Ville, Yves; Kermorvant-Duchemin, Elsa; Frange, Pierre; Postaire, Martine; Lortholary, Olivier; Lecuit, Marc; Leruez-Ville, Marianne (2014). *Varicelle, zona et grossesse. La Presse Médicale*, 43(6), 665–675.

[11] Methlouthi J, Mahdhaoui N, Bellalah M, Ayache H, Nouri S, Seboui H. La varicelle périnatale: risques et prise en charge fœtale et néonatale [Perinatal varicella: fetal and neonatal risks and management]. *Pan Afr Med J.* 2017 Nov 15;28:233. French. doi: 10.11604/pamj.2017.28.233.8266. PMID: 29942406; PMCID: PMC6011011.