



Groupe Infections Mère Enfant



La grossesse, une situation à risque de varicelle grave. Quelle stratégie préventive ?

Le point de vue de l'infectiologue

Caroline Charlier-Woerther

25 Mars 2010



Varicelle et grossesse : une infection relativement rare

- **Séroprévalence pays industrialisés > 90%**
 - **>90% des femmes qui ne se rappellent pas avoir fait une varicelle sont protégées**
 - **>Séroprévalence pays Sud 80%**
- **Taux d'attaque des sujets non immuns 60-90%**
- **Contage varicelleux chez une femme non immune : 1/1000 grossesses**



Varicelle et grossesse : une infection sévère

- **Sévérité maternelle**
 - **Pneumopathie** varicelleuse
 - fréquence idem : 10-14%
 - sévère >> : jusqu'à 1/3 USI, 10% DC
 - **Surtout Troisième trimestre / tabagisme**



Varicelle et grossesse : une infection sévère

- **Sévérité maternelle**
- **Transmission foetale : 2 périodes à risque**
 - **1-20SA -> Syndrome varicelle congénitale**
 - Transmission foetale (virémie maternelle > >ascendant) : 25%
 - Malformation foetale : 12% des enfants infectés

-> 1-2% des enfants de mère développant une varicelle clinique développent des malformations congénitales en l'absence de



Varicelle et grossesse : une infection sévère

- **Transmission foétale : 2 périodes à risque**
 - 1-20SA -> **Syndrome varicelle congénitale**
 - **3 dernières semaines de grossesse -> varicelle néonatale sévère**
 - En particulier J-5 / J+2 (J-10/J+10 chez les enfants fragiles : prématurés, RCIU, petits poids de naissance , ID)
- **Zona maternel**
 - **10% au cours de la vie , 1/1000 grossesses**
 - Aucun risque fœtal**



Groupe Infections Mère Enfant



Varicelle et grossesse quelle stratégie de prévention?

***VARICELLE PENDANT LA GROSSESSE :
RECOMMANDATIONS DE PRISE EN
CHARGE NECKER-ENFANTS
MALADES***

COMAI 18 Septembre 2009

Service de Gynécologie Obstétrique, Service de Néonatalogie,
Service de Maladies Infectieuses et tropicales, Service de
Microbiologie, Pharmacie, Service de Pharmacologie SVP



Varicelle et grossesse quelle stratégie de prévention?

- **Avant la grossesse**
- **Au début de la prise en charge de la grossesse**
- **Au moment d'un contage**



Avant la grossesse

- **Vaccination des femmes séronégatives ayant un projet de grossesse**

- les femmes en âge de procréer, notamment celles ayant un projet de grossesse, et sans antécédent clinique de varicelle ; un contrôle sérologique préalable peut être pratiqué ;

- les femmes n'ayant pas d'antécédent clinique de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) dans les suites d'une première grossesse.

Toute vaccination chez une jeune femme en âge de procréer doit être précédée d'un test négatif de grossesse et, selon les données de l'AMM, une contraception efficace de trois mois est recommandée après chaque dose de vaccin.

Schéma vaccinal

Deux doses avec un intervalle d'au moins un mois entre la première et la deuxième dose.



Au début de la prise en charge de la grossesse

Documentation clinique/ sérologique de l'absence d'immunité spécifique	CIV
Éviter les contacts avec les sujets notamment enfants malades pendant la grossesse	CIV
Rechercher la notion de varicelle lors des chez la mère de examens prénataux afin de proposer une vaccination post natale pour les femmes confirmées séronégatives*	CIV



Contage 1. EVALUER LE RISQUE

1. Définition d'un contact à risque :

- la transmission est de type « AIR »
- Les situations à risque sont
 - contact familial +++
 - contact dans même pièce 1H ou plus (5x – contagieux*)

CIV

2. ATCD varicelle clinique? vaccination ?

CIV

- Oui : rassurer
- Non : >90% des femmes sont séro+



Contage 1. EVALUER LE RISQUE

1. Définition d'un contact à risque :
2. ATCD varicelle clinique? vaccination ?
3. Evaluation du statut sérologique maternel
 - **Quand ? dans les 10j suivant le contage** CIV
 - Sérologie positive : immunisée
 - Sérologie négative : **Absence de protection**



Contage 2. CAT

- **Vaccination Post exposition CONTRE INDIQUEE**
 - Vaccin vivant atténué
 - « Toute vaccination chez une jeune femme en âge de procréer doit être précédée d'un test négatif de grossesse et, selon les données de l'AMM, une contraception efficace de trois mois est recommandée »



Contage : 2. CAT

- **Vaccination accidentelle : PLUTÔT
RASSURER**

- Éruption modérée bénigne < 10% (PEC = varicelle)
- **Registre : 5 années de recueil : 59 grossesses**

T1:

pas de varicelle congénitale, 5 malformations sur
56 naissances vivantes sans schéma spécifique

Contage . National des immunoglobulines spécifiques Varitect®

- **Efficacité chez l'enfant ID < 96H après le contage** :
 - Réduit d'au moins 40% l'incidence de la varicelle
- **Efficacité chez la femme enceinte**
 - Enders 1994 Lancet 1373 femmes
 - >97 expositions prénatales traitées : 0 infection congénitale foetale
 - Données produit Varizig® 57 femmes

Table 5- Results of study VZ-006 in prevention of or reduction of severity of varicella infections in at-risk pregnant women.

Primary Endpoints	VariZIG™		VZIG
	IM (n=17)	IV (N=21)	IM N=19
Incidence of Varicella Infections	5 (29%)	6 (29%)	8 (42%)



Contage 2.CAT

- **EN CAS DE CONTACT À RISQUE CHEZ UNE FEMME NON IMMUNE MISE EN ROUTE D'UNE PROPHYLAXIE**

Contage < 96H : Immunoglobulines spécifiques (VIG) :

1 ml (25 UI) /kg IV à une vitesse initiale de 0,1 ml/kg/h pendant 10 minutes. Si le médicament est bien toléré la vitesse d'administration peut être augmentée jusqu'à un maximum de 1 ml/kg/h.

CIII

Contage >96H : Antiviraux : valaciclovir 1g x 3/J pendant 15jours

CIV



Aciclovir et valaciclovir

- Largement utilisés au cours de la grossesse
- Registre GSK grossesses fermé :

Molécule	Grossesses	Grossesses T1	CCL
Aciclovir	1129	712	pas d'excès d'embryofoetopathie
Valaciclovir	56	12	

- Passage transplacentaire = 15-20% sur données ex vivo *
- **ACV catégorie C FDA, VCV catégorie B**
FDA

*Gilstrap AJOG 1994



Varicelle et grossesse quelle prévention?

- **Chiffres clefs**

- 90% femmes immunes
- Taux de transmission 60-90%
- 1 grossesse sur 1000
- 1 tableau malformatif congénital / 100 varicelles maternelles en l'absence de PEC

- **Prévention anténatale : vaccination**

- **Prévention post exposition :**

- 1. Evaluer

- Contact à risque
- Sérologie

- 2. traitement préventif (COMAI)

- Si < 96H : Varitect®
- Si > 96H : Zelitrex®



Varicelle maternelle

<p>Isolement de type « AIR » : Pour la patiente : masque chirurgical, gants, SHA Pour les soignants séropositifs pour la varicelle : gants, SHA Pour les soignants séronégatifs pour la varicelle : limiter au maximum les contacts avec la patiente, masque chirurgical, gants, SHA</p> <p>Hospitalisation en infectiologie si signes de gravité</p> <ul style="list-style-type: none">• Signes fonctionnels respiratoires,• Signes neurologiques,• Rash dense ou hémorragique,• Comorbidité	CIII
<p>Traitement de la mère</p> <ul style="list-style-type: none">• Valaciclovir Zelitrex PO 1g x 3/j 7j,• Au moindre SDG hospitalisation, aciclovir IV 10mg/kg/8H 7-10j	CIII
<p>Varicelle < 20SA</p> <ul style="list-style-type: none">• Risque de TMF = 2%• Diagnostic prénatal uniquement en présence de lésions échographiques	



varicelle maternelle en périnartum

Hospitaliser en néonatalogie Isolement de type « AIR » : Pour la patiente : masque chirurgical, gants, SHA Pour les soignants séropositifs pour la varicelle : gants, SHA Pour les soignants séronégatifs pour la varicelle : limiter au maximum les contacts avec la patiente, masque chirurgical, gants, SHA	CIV
Traitement de la mère présentant une éruption varicelleuse ou un zona par antiviral cf supra.	CIII
Traitement du nouveau-né le plus précocément possible <ul style="list-style-type: none">• Immunoglobulines spécifiques : 1 ml (25 UI) /kg IV à une vitesse initiale de 0,1 ml/kg/h pendant 10 minutes. Si le médicament est bien toléré la vitesse d'administration peut être augmentée jusqu'à un maximum de 1 ml/kg/h.• Traitement antiviral Aciclovir IV 10mg/kg/8H 10-15j uniquement en cas de varicelle clinique de l'enfant	CIII
Allaitement possible sauf si lésions croûteuses sur le sein	CIII
Penser à vacciner la mère en post partum	