



Varicelle – Grossesse – Nouveau-né¹

La plupart des femmes en âge de procréer sont immunisées (90 %) contre le virus varicelle-zona (VZV). Dans ce cas l'enfant ne risque rien, même en cas de zona maternel. L'incidence de la varicelle est de 1 à 7/10 000 grossesses. La morbidité est accrue chez la femme enceinte, surtout au 3^{ème} trimestre : la pneumonie n'est pas plus fréquente (20 %), mais plus grave (mortalité : 15 à 40 % selon la prise en charge).

Le passage du virus par voie trans-placentaire au moment des virémies est possible pendant toute la grossesse, mais les conséquences pour l'enfant dépendent de l'âge de la grossesse.

En post-natal, l'enfant peut être contaminé par son entourage : la mère, le personnel de la maternité, l'entourage familial et les visites. La contamination se fait soit par voie aérienne par inoculation des gouttelettes sur les muqueuses et les conjonctives soit au contact des lésions cutanéomuqueuses du malade, que ce soit une varicelle ou un zona.

L'incubation dure 10 à 21 jours (moyenne 14 jours) : elle peut être retardée à 30 jours si l'individu a reçu des immunoglobulines. Le contagio débute 72 heures avant l'éruption et perdure jusqu'à dessiccation complète des lésions.

I – CONTAGE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

- Si la mère rapporte un antécédent de varicelle : pas de risque.
- Sinon : sérologie VZV en urgence.
- **Mère non immunisée : Ig spécifiques, VARITECT®**, le plus tôt possible après le contagio, au mieux **dans les 96 heures** (pourrait se faire jusque J10).
 - Est donné sur ATU à transmettre à l'AFSSAPS
 - Perfusion de 1 ml/kg en IV lente (débutée à 0,1 ml/kg/heure pendant 10 mn et si bonne tolérance, continuer à 1 ml/kg/heure).
 - Flacon de 5 ml (125 UI) prêt à l'emploi (attention prix 240 euros/flacon), disponible (**à compléter par chaque établissement**) :
 - **NB** : le but est de diminuer la morbidité maternelle, la réduction du risque de varicelle congénitale n'est pas certaine.
- **Si Ig non faites à temps : discuter**, au 3^{ème} trimestre, d'un traitement par **aciclovir** per os 7 jours. Certains recommandent le valaciclovir (ZELITREX®) qui aurait une meilleure bio disponibilité (50 % versus 20), même si, officiellement, il est contre-indiqué pendant la grossesse.
- Si le contagio de la mère a lieu entre **21 et 6 jours** avant la naissance, **isolement** de la mère et de l'enfant en maternité.

¹ Proposé par le Dr B. SANTERNE – Pôle Femme Mère Enfant – CHRU Reims

II – VARICELLE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

1. Varicelle aux 1^{er} et 2^{ème} trimestres (avant 25 SA)

- Risques : **embryo-foetopathie-varicelleuse** (lésions cutanées, oculaires, musculo-squelettiques, neurologiques), RCIU, avortement.
- Au 1^{er} trimestre : risque de 0,4 % à 0,55 %
- Au 2^{ème} trimestre : risque de 1,4 à 2 % (risque maximal autour de la 20^{ème} semaine).
- Si varicelle **compliquée** chez la mère (notamment pulmonaire) traitement par **aciclovir intra-veineux** 15 mg/kg x 3 par jour pendant 8 jours.
- En cas de varicelle non compliquée, un traitement oral par aciclovir peut être proposé
- Surveillance échographique mensuelle.
- IRM : 32 SA si anomalies échographiques
- A la naissance : ETF, examen ophtalmologique, plus ou moins autres examens selon la clinique (radiographie de squelette, ponction lombaire ...)

2. Varicelle entre 25 SA et 20 jours avant la naissance

- Risque de 1 % pour l'enfant de faire **un zona** les premières années de vie.
- **Aciclovir intra-veineux** chez la mère si varicelle **compliquée**.
- Possibilité de traiter la mère par aciclovir ou valaciclovir oral si on considère que la morbidité maternelle augmente au cours du 3^{ème} trimestre.

3. Varicelle entre 20 jours et 5 jours avant la naissance

- Risque de varicelle **néonatale précoce (25 %)** mais en général **bénigne**.
- Essayer de retarder l'accouchement (voir tocolyse).
- **Aciclovir IV** chez la mère pendant 8 jours.
- **Isolement** mère et enfant en maternité.
- Surveillance de l'enfant.

4. Varicelle entre 5 jours avant la naissance et 2 jours après

- Risque de varicelle **néonatale grave (20 %)** broncho-pneumopathie, ulcérations digestives, méningo-encéphalite, hépatite (mortalité de 30 % réduite à 7 % depuis les traitements)
- **La mère : aciclovir** intra-veineux, repos strict avant la naissance.
- **L'enfant** : hospitalisation, recherche de VZV dans le pharynx.
- **VARITECT®** 1 ml /kg en iv lente (perfusion de 1 ml/kg/heure) sur ATU (conf. P.1).
- **Aciclovir 20 mg/kg x 3** pendant 8 à 10 jours en intraveineux.
- **Isolement du couple mère-enfant** en maternité **et enfant de sa mère** (masque, gants, sur blouse, éviter contact avec draps, vêtements ...) Attention, l'enfant qui a reçu des Ig peut développer la varicelle jusqu'à 30 jours, poursuivre l'isolement 30 jours.
- **Arrêt de l'allaitement**. Tirer le lait jusqu'à dessiccation complète des lésions. Pour certains si absence de lésions sur le sein, et tirage en conditions strictes d'asepsie, possibilité de donner le lait tiré à l'enfant.

5. Contage post-natal

- Si mère non immunisée : le risque de **varicelle potentiellement grave** pendant le 1^{er} mois demeure, mais est moindre que pour la situation N°4 (puisqu'il ne s'agit plus d'un contage par virémie)
- **Discuter le VARITECT®** si contage très rapproché (cette fois hors AMM). On peut proposer une vaccination dans les 3 jours qui suivent le contage si la mère n'est pas immunisée.
- **Isolement** de l'enfant de la personne contagieuse.
- Isoler l'enfant 15 jours voir 30 si il a reçu des Ig.
- Arrêt de l'allaitement temporaire si la mère est contagieuse.
- **Contage chez le prématuré de moins de 28 SA** : quel que soit le statut maternel : **VARITECT®** systématique.

6. Varicelle néonatale

- Hospitalisation
- **Aciclovir** 20 mg/kg toutes les 8 heures en intra-veineux pendant 8 jours.
- Isolement strict (Gants, surblouse, masque haute protection)

7. Vaccins

- **Vaccin vivant** atténué : autorisé à partir de l'âge d'un an
- **Contre-indication** pendant la **grossesse** mais pas pendant l'allaitement
- Recommandé :
 - Aux jeunes femmes en âge de procréer non immunisées sous contraception de 3 mois
 - Femmes non immunisées en post-partum.

REFERENCES

Candice K .Smith, Ann M .Arvin. Varicella in fetus and newborn.Seminars in fetal and neonatal medicine 14 (2009) 209-217

Tebuegge, Pantazidou , Curtis .How effective is varicella-zoster immunoglobulin in preventing chickenpox in neonates following perinatal exposure?. Arch Dis Child July 2009 Vol 94 No 7, 559-561

Andrew J.Daley, Susan Thorpe, Suzanne M.Garland. Varicella and the pregnant woman: prevention and management. Australian and New Zeland Journal of Obstetrics and Gynaecology2008;48: 26-33

G Chêne: Varicelle et grossesse. 2007 CHU Saint Etienne

Groupe de travail du Comité technique des vaccinations : Recommandations vaccinales concernant la varicelle 5 juillet 2007

J.Sarlangue, C.Labrèze, CHU Bordeaux : Varicelle foetale et néonatale.2006

Groupe des pédiatres de la région Languedoc Roussillon, Protocoles de pédiatrie en maternité 2006 : Varicelle

Teresa Murguia-de-Sierra, Monica Villa–Guillen.Varicella zoster virus antibody titers after intravenous immune globulin in neonates, and the safety of this preparation. Acta Paediatrica, 2005;94 : 790-793

Tan MP, Koren G. Reprod Toxicol.2005 Jun 22

Andreas Sauerbrei, MD, Peter Wutzler,MD.Journal of pernatology 2000; 20:548-554

Réseau périnatal de Champagne-Ardenne – Varicelle Grossesse Nouveau-né – sept 2010 – Validé CS