

Directive clinique sur la prise en charge du virus de l'herpès simplex pendant la grossesse

La présente directive clinique a été analysée par le comité sur les maladies infectieuses et le comité de médecine fœto-maternelle, et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Deborah M. Money, MD, Vancouver (C.-B.)

Marc Steben, MD, Montréal (Québec)

COMITÉ SUR LES MALADIES INFECTIEUSES

Deborah Money, MD, Vancouver (C.-B.)

Marc Steben, MD, Montréal (Québec)

Thomas Wong, MD, Ottawa (Ont.)

Andrée Gruslin, MD, Ottawa (Ont.)

Mark H. Yudin, MD, Toronto (Ont.)

Howard Cohen, MD, Toronto (Ont.)

Marc Boucher, MD, Montréal (Québec)

Catherine MacKinnon, MD, Brantford (Ont.)

Caroline Paquet, RM, Trois-Rivières (Québec)

Julie Van Schalkwyk, MD, Vancouver (C.-B.)

Tous les membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

l'herpès génital et la grossesse. Par l'intermédiaire des références de ces articles, nous avons pu identifier des articles additionnels. Tous les types d'étude et tous les signalements de recommandations ont été analysés.

Valeurs : Les recommandations ont été formulées en fonction des lignes directrices élaborées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Recommandations

1. Les antécédents de la patiente quant à l'herpès génital devraient être évalués tôt au cours de la grossesse. (III-A)
2. Les femmes chez lesquelles la présence d'une infection génitale récurrente au virus de l'herpès simplex (VHS) est connue devraient être avisées des risques de transmission (au moment de l'accouchement) du VHS à leur nouveau-né. (III-A)
3. Au moment de l'accouchement, en présence de symptômes prodromiques ou d'une lésion semblant indiquer une infection au VHS, les femmes qui présentent une infection récurrente au VHS devraient se voir offrir une césarienne. (II-2A)
4. Les femmes chez lesquelles la présence d'une infection génitale récurrente au VHS est connue devraient se voir offrir un traitement suppressif à l'acyclovir ou au valacyclovir dès la 36^e semaine de gestation, et ce, afin d'atténuer le risque de lésions cliniques et d'élimination virale au moment de l'accouchement, et d'ainsi atténuer le risque de devoir subir une césarienne. (I-A)
5. Les femmes qui présentent une infection génitale primaire au virus de l'herpès au cours du troisième trimestre de la grossesse courent un risque élevé de transmettre le VHS à leur nouveau-né; par conséquent, elles devraient faire l'objet de services de counseling appropriés et se voir offrir une césarienne afin d'atténuer ce risque. (II-3B)
6. Les femmes enceintes qui ne présentent pas d'antécédents d'infection au VHS, mais qui ont connu un partenaire présentant une infection génitale au VHS, devraient (avant la grossesse ou dès que possible pendant la grossesse) faire l'objet d'un dépistage sérologique spécifique de type afin de déterminer leur risque de contracter une infection génitale au VHS pendant la grossesse. Ce dépistage devrait être répété pendant la période se situant entre la 32^e et la 34^e semaine de gestation. (III-B)

Validation : La présente directive clinique a été analysée et approuvée par le comité sur les maladies infectieuses de la SOGC.

Commanditaire : La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

J Obstet Gynaecol Can, vol. 30, n° 6, 2008, p. 520–526

Résumé

Objectif : Fournir des recommandations au sujet de la prise en charge de l'infection génitale au virus de l'herpès chez les femmes qui souhaitent une grossesse ou qui sont enceintes, ainsi qu'au sujet de la prise en charge de l'herpès génital pendant la grossesse et des stratégies visant à prévenir la transmission de l'infection au nouveau-né.

Issues : Hausse de l'efficacité de la prise en charge des complications de l'herpès génital pendant la grossesse et de la prévention de la transmission de l'herpès génital de la mère au nouveau-né.

Résultats : Des recherches ont été menées dans Medline en vue d'en tirer les articles, publiés en français ou en anglais, portant sur

Mots clés : HSV, genital herpes, pregnancy, antiviral, prevention, screening, counselling

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Tableau 1 Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	I. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs⁴³.

† Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif⁴³.

INTRODUCTION

Le présent document est axé sur la prévention, le diagnostic et la prise en charge de l'herpès génital pendant la grossesse et offre des recommandations pour la prévention de l'infection néonatale au VHS. Les aspects gynécologiques du VHS font l'objet d'une directive clinique de la SOGC distincte (n° 207)¹.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Au sein du monde développé, la prévalence de l'infection génitale au VHS est en hausse². Une étude canadienne a révélé que le taux rectifié selon l'âge de séropositivité pour le VHS-2 chez les femmes enceintes est de 17 %, la plage de

valeurs allant de 7,1 % à 28,1 %³. L'infection néonatale au VHS constitue toujours une terrible conséquence médicale de l'herpès génital⁴. Les données canadiennes de surveillance de l'infection néonatale au VHS indiquent un taux de 1 sur 17 000 naissances vivantes. Selon les données américaines, l'incidence de l'infection néonatale au VHS est de 1 sur 3 500 naissances vivantes⁵. Cet écart pourrait être attribuable au sous-signalage des cas légers ou passant inaperçus dans le cadre des études de surveillance.

MANIFESTATIONS DE LA MALADIE

Infections néonatale et congénitale au VHS

Par « infection néonatale au VHS », on entend l'acquisition de l'infection au moment de l'accouchement ou peu après par l'intermédiaire d'une exposition au virus se trouvant dans le tractus génital maternel. De rares cas de transmission iatrogène ou familiale après la naissance attribuables au contact avec des lésions orales ou d'autres lésions cutanées ont également été recensés. L'infection néonatale au virus de l'herpès est diagnostiquée lorsque des symptômes d'infection au VHS se manifestent plus de 48 heures à la suite de l'accouchement. Il s'avère utile d'établir une distinction entre l'infection néonatale et l'infection congénitale au VHS. Par « infection congénitale », on entend le très rare phénomène de l'acquisition fœtale du VHS *in utero*, laquelle constitue une forme d'infection TORCH.

ABRÉVIATIONS

DFIU	Décès fœtal intra-utérin
ITS	Infection transmissible sexuellement
PCR	Amplification en chaîne par polymérase
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
TAAN	Techniques d'amplification des acides nucléiques
TORCH	Toxoplasmose, autres agents, rubéole, cytomégalovirus et herpès simplex
VHS	Virus de l'herpès simplex
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Type d'infection	Moment de l'acquisition	Mode d'acquisition
Congénitale	In utero (antepartum)	Transplacentaire
Néonatale	Au moment de l'accouchement ou peu après (intrapartum)	Exposition génitale
Néonatale	Postnatal (postpartum)	Nosocomiale (contact cutané direct avec un membre du personnel ou de la famille)

Les manifestations de l'infection néonatale ou congénitale au VHS ont été classées en trois niveaux de maladie, soit

1. infection cutanée, oculaire et buccale (rarement mortelle; cependant, dans 38 %⁶ des cas, une maladie neurologique peut apparaître sous forme de séquelle);
2. maladie affectant le système nerveux central (se manifestant sous forme d'encéphalite avec ou sans infection cutanée, oculaire et buccale); et
3. maladie disséminée (forme d'infection la plus grave, laquelle compte un taux de mortalité de 90 % lorsqu'elle ne fait pas l'objet d'un traitement)⁷.

Un diagnostic d'infection néonatale au virus de l'herpès peut être établi en fonction du tableau clinique et/ou de la présence d'une mise en culture positive à partir d'un prélèvement issu du nouveau-né plus de 48 heures à la suite de l'accouchement. Dans tous les cas où l'on soupçonne la présence d'une infection néonatale ou congénitale au VHS, une consultation précoce auprès d'un pédiatre ou d'un spécialiste en maladies infectieuses pédiatriques est fortement recommandée. Un traitement antiviral par intraveineuse (acyclovir) devrait être mis en œuvre dès que possible, conformément aux lignes directrices quant à la posologie standard⁸. Certaines données indiquent que l'utilisation d'un tel traitement entraîne une baisse significative des taux de mortalité (de 58 % à 16 %) et de séquelles neurologiques⁹.

Infection maternelle au VHS

L'infection génitale au VHS est plus couramment attribuable au VHS-2; toutefois, la fréquence de l'infection primaire au VHS-1 est en hausse^{10,11} et le nombre de cas d'infection néonatale attribuable à ce type de VHS a également connu une hausse au Canada¹². La prise en charge du VHS pendant la grossesse nécessite une compréhension des manifestations cliniques de la maladie¹.

Manifestations cliniques de l'herpès génital

L'infection au VHS peut être décrite de deux façons :

1. stade de l'infection : premier épisode d'infection cliniquement reconnu ou récurrence;
2. état immunitaire précédent : primaire ou non primaire (infection se manifestant habituellement au sein d'un autre site).

L'infection primaire survient lorsqu'une patiente entre en contact avec le VHS-1 ou le VHS-2 sans y avoir été exposée auparavant (c.-à-d. séronégative pour les anticorps du VHS-1 et du VHS-2).

Le premier épisode non primaire est le premier épisode cliniquement reconnu; cependant, la patiente compte des anticorps du VHS-1 ou du VHS-2 issus d'une exposition précédente.

L'infection **récurrente** est l'infection patente chez une patiente comptant des anticorps du virus en question.

Premier épisode d'infection cliniquement reconnu

La détermination de la nature du premier épisode cliniquement reconnu s'avère importante pour le counseling pendant la grossesse. Les implications pour la mère et le fœtus / nouveau-né diffèrent en fonction de la nature de l'infection : primaire, premier épisode / non primaire ou première constatation d'une maladie récurrente.

Parmi les manifestations cliniques typiques, on trouve les lésions vésiculaires, unilatérales ou bilatérales, comptant une base érythémateuse, situées dans la région du dermatome sacré (habituellement S2, S3) et qui peuvent, ainsi, se trouver sur la peau génitale ou les régions adjacentes. Elles se transforment souvent en pustules, puis en ulcérations, pour enfin (si elles se trouvent sur de la peau kératinisée) prendre la forme de lésions croûtées¹³. Bien qu'il s'agisse là du tableau classique, les tableaux atypiques sont courants, y compris l'érythème mineur, les fissures, le prurit et la douleur s'accompagnant de symptômes décelables minimaux. Fait à noter, bien que certaines patientes n'en viennent jamais à présenter des manifestations cliniques, il est possible de constater chez elles une élimination épisodique du virus.

L'herpès génital, qu'il soit attribuable au VHS-1 ou au VHS-2, peut également être acquis par des patientes ayant déjà présenté une infection orale attribuable à l'autre type de VHS. Par exemple, il est possible qu'une patiente présentant une infection au VHS-1 dans la région orolabiale en vienne à présenter une infection au VHS-2 dans la région génitale.

Infection récurrente

Le tableau clinique de l'infection récurrente est variable, allant d'une élimination virale asymptomatique qui passe entièrement inaperçue sur le plan clinique à des récurrences cliniques manifestes.

Élimination asymptomatique

L'élimination asymptomatique du VHS-2 et du VHS-1 est possible, et ce, tant en ce qui concerne la région orale que la région génitale. Il a été établi qu'en l'absence de symptômes, le VHS-2 peut être détecté dans le tractus génital (par mise en culture virale) pendant 3 % des jours au cours de la première année à la suite de l'infection initiale; il peut être détecté pendant 1 % des jours au cours des deux années suivantes¹⁴. Certaines données décrivent l'obtention de taux plus élevés de détection d'ADN viral lorsque l'on a recours à la PCR pour évaluer l'élimination; toutefois, la relation entre cette constatation et l'inféctiosité n'est pas bien comprise. L'élimination asymptomatique est plus fréquente chez les personnes présentant une infection primaire récente, près du moment des récurrences cliniques (avant et après) et chez les personnes immunodéficientes¹⁵. La plupart des personnes infectées par l'herpès génital connaîtront une élimination sporadique et imprévisible, peu importe si elles sont symptomatiques ou non¹⁴.

Lésions évidentes sur le plan clinique

Les lésions évidentes sur le plan clinique sont précédées d'un stade prodromique dans près de 80 % des cas. Au cours de ce stade prodromique, le virus est déjà présent à la surface de la peau ou de la muqueuse. L'infection génitale au VHS-2 donne lieu à une maladie récurrente évidente sur le plan clinique plus souvent que l'infection au VHS-1¹⁶.

IMPLICATIONS DE L'INFECTION GÉNITALE AU VHS PENDANT LA GROSSESSE

Infection primaire pendant la grossesse

Le risque d'infection néonatale semble atteindre son apogée lorsque l'infection primaire maternelle survient au cours du troisième trimestre. Dans une telle situation, la mère contracte l'infection mais s'avère incapable de terminer la séroconversion en IgG avant l'accouchement; le fœtus naît donc en l'absence d'IgG passives protectrices provenant de la mère. Dans un tel cas, le risque d'infection néonatale au virus de l'herpès se situe entre 30 % et 50 %^{17,18}.

Certaines études ont laissé entendre que l'infection primaire survenant au cours du premier ou du deuxième trimestre entraînait une hausse des taux d'avortement spontané et/ou de prématurité et de retard de croissance intra-utérin¹⁹⁻²¹. Cependant, des séries plus récentes ne sont pas parvenues à confirmer ces résultats¹⁷. Dans de rares cas, une transmission transplacentaire donnant lieu à une infection congénitale (*in utero*) est constatée, cette infection s'avérant habituellement très grave. Parmi les manifestations fœtales, on trouve la microcéphalie, l'hépatosplénomégalie, le RCIU et le DFIU.

Prise en charge de l'infection primaire maternelle au VHS

La prise en charge au moyen d'antiviraux, y compris pendant le premier trimestre de la grossesse, peut s'avérer appropriée lorsque les symptômes maternels sont graves. Nous disposons de données suffisantes pour soutenir l'innocuité de l'acyclovir tout au long de la grossesse, particulièrement en présence de raisons péremptoires motivant la mise en œuvre d'un traitement pour la mère²².

La sérologie spécifique de type du VHS pendant la grossesse pourrait, en théorie, être utilisée pour déterminer si une femme enceinte court le risque de contracter le VHS. Cependant, l'avantage de cette stratégie visant à prévenir la maladie néonatale n'a pas été prouvé. Lorsque l'on fait face à un couple présentant une discordance en ce qui concerne le VHS (lorsque la patiente enceinte est séronégative et que son partenaire est séropositif), il faudrait leur offrir des conseils visant à atténuer le risque d'acquisition d'une infection primaire au VHS pendant la grossesse. La pratique de l'abstinence, en ce qui a trait aux contacts tant oraux-anogénitaux qu'anogénitaux-anogénitaux, constitue la stratégie la plus efficace pour prévenir l'acquisition du VHS. Les données recueillies auprès de patientes non enceintes soutiennent l'utilisation d'un traitement antiviral suppressif pour atténuer le risque d'une transmission sexuelle²³. En extrapolant les données, la suppression antivirale pourrait être offerte au partenaire présentant une infection génitale au VHS (conjointement avec l'utilisation de condoms), et ce, afin d'atténuer le risque de transmission à la partenaire enceinte.

Mode d'accouchement chez les femmes présentant une infection primaire au VHS

Bien que l'infection primaire au VHS de type 1 ou de type 2 pendant le troisième trimestre de la grossesse présente le risque le plus élevé (30 %–50 %) en ce qui concerne le fœtus, nous ne disposons que de très peu de données pour en orienter la prise en charge. Lorsque l'on fait face à ces cas inhabituels, il est recommandé de procéder à une césarienne de convenance. Lorsque le premier épisode de VHS cliniquement reconnu survient au cours du troisième trimestre ou à un moment précédant de peu l'accouchement et que l'état sérologique ne peut être déterminé, il s'avère approprié de prendre en charge la patiente comme si celle-ci présentait une infection primaire. Les mises en culture néonatales visant à dépister la présence du VHS devraient être effectuées à la suite de l'accouchement et le nouveau-né devrait faire l'objet d'un examen rigoureux cherchant à déceler la présence de symptômes d'une infection au VHS. Le fournisseur de soins prénatals devrait s'assurer que la personne qui

prodigue des soins au nouveau-né sensibilise les parents aux symptômes potentiels de l'infection néonatale au VHS.

Infection récurrente maternelle au VHS pendant la grossesse

Les femmes enceintes qui présentent une infection au virus de l'herpès simplex dont l'acquisition remonte à avant la grossesse compteront des anticorps IgG de l'herpès simplex et les transmettront au fœtus par le placenta. Vraisemblablement en raison de la présence d'anticorps protecteurs passifs, il est rare qu'un nouveau-né présente une infection au virus de l'herpès attribuable à la présence d'une infection récurrente au VHS chez la mère. Cependant, en présence d'une lésion herpétique génitale au moment de l'accouchement vaginal, il est estimé que le risque d'infection néonatale se situe entre 2 % et 5 %^{24,25}. Les patientes présentant une infection récurrente et ne présentant pas de lésions manifestes au moment de l'accouchement courent toujours un faible risque de connaître une élimination asymptomatique (environ 1 %); ainsi, il est possible de calculer que le risque d'infection néonatale se situe entre 0,02 % et 0,05 %^{25,26}.

Dans le cas des femmes qui connaissent des poussées récurrentes pendant la grossesse, la mise en œuvre d'un traitement antiviral n'est pas recommandée avant la 36^e semaine de gestation; cependant, lorsque les manifestations sont très graves et/ou inacceptables aux yeux de la patiente, le traitement peut être personnalisé.

Les données publiées issues d'essais comparatifs randomisés indiquent que l'utilisation d'antiviraux suppressifs à partir de la 36^e semaine de gestation atténue le risque d'élimination virale et de lésions herpétiques cliniques, ainsi que la nécessité de procéder à une césarienne au moment du travail²⁷. De plus, aucun des nouveau-nés ayant fait l'objet de ces études n'a contracté une infection néonatale au virus de l'herpès; cependant, la taille de l'échantillon ne permet pas d'exclure la présence d'un faible taux d'échec^{18,28-31}. Les posologies utilisées dans le cadre de ces études étaient les suivantes : acyclovir, à raison de 400 mg, administré par voie orale trois fois par jour, ou acyclovir, à raison de 200 mg, administré quatre fois par jour, et ce, de la 36^e semaine de gestation jusqu'à l'accouchement. De plus, des données plus récentes soutiennent l'utilisation de valacyclovir, à raison de 500 mg, administré par voie orale deux fois par jour, pour la suppression de l'herpès génital au cours des dernières semaines de la grossesse^{32,33}. Le valacyclovir est l'ester valine de l'acyclovir et se dégrade en acyclovir dans la circulation sanguine; ainsi, les données sur l'innocuité de l'acyclovir peuvent être extrapolées au valacyclovir. Une étude récente a démontré la rentabilité de la suppression au moyen de l'acyclovir chez les femmes enceintes³⁴. L'utilisation

d'acyclovir pendant la grossesse n'a pas été associée à quelque complication de la grossesse ou effet indésirable fœtal / néonatal systématique que ce soit, exception faite de la neutropénie transitoire (selon les données issues du *Acyclovir Pregnancy Registry*)^{22,35,36}. Nous ne disposons que de peu de données sur l'utilisation du famciclovir pendant la grossesse. En l'absence de données cliniques plus exhaustives en ce qui a trait à l'innocuité, l'acyclovir ou le valacyclovir seraient à privilégier lorsque le recours à des antiviraux contre le VHS s'avère indiqué pendant la grossesse.

Lorsque l'on prévoit un accouchement préterme chez une patiente qui présente une infection génitale récurrente au virus de l'herpès, l'utilisation d'antiviraux suppressifs peut être envisagée de façon précoce (à un âge gestationnel moins avancé). Lorsque la suppression antivirale ne permet pas de prévenir l'apparition d'une lésion au moment du travail, la prise en charge devrait être la même que lorsqu'une lésion apparaît en l'absence d'un traitement antiviral : il est alors recommandé de procéder à une césarienne.

Mode d'accouchement chez les femmes présentant une infection génitale récurrente au VHS

Il est maintenant clair que les mises en culture maternelles anténatales en série ne permettent pas de prédire l'apparition d'une infection néonatale au virus de l'herpès; cette façon de faire n'est donc pas indiquée^{37,38}.

La césarienne est recommandée en présence d'un prodrome ou d'une lésion herpétique au moment de l'accouchement. Cette recommandation tient, même lorsque les lésions se situent loin de la région vulvaire (comme sur les fesses ou les cuisses), et ce, en raison du risque d'une élimination virale cervicale ou vaginale concomitante^{39,40}. Pour la prévention de l'herpès néonatal, la césarienne devrait idéalement être effectuée dans les quatre heures suivant la rupture des membranes⁴¹. Lorsque l'accouchement est imminent, il est peu probable que la césarienne offre quelque avantage que ce soit. L'effet protecteur de la césarienne n'a pas été prouvé dans le contexte d'une rupture prolongée des membranes en présence d'un herpès génital actif.

En présence d'une rupture des membranes prématurée préterme (la prolongation de la grossesse s'avère alors préférable), l'utilisation d'antiviraux suppressifs est recommandée jusqu'à l'accouchement.

Dans le cadre de la prise en charge de l'accouchement chez les femmes ayant des antécédents d'infection récurrente au VHS, il est recommandé d'éviter le recours aux électrodes de cuir chevelu et les prélèvements sur le cuir chevelu fœtal⁵. L'utilisation de tout dispositif de surveillance

intra-utérine devrait faire l'objet d'une évaluation rigoureuse.

CONSIDÉRATIONS POSTPARTUM

Toute lésion herpétique apparaissant chez la mère après l'accouchement devrait donner lieu à la mise en œuvre de précautions particulières (bien se laver les mains, éviter le contact). Ces précautions s'appliquent à tous ceux qui entrent en contact étroit avec le nouveau-né.

L'allaitement n'est contre-indiqué que lorsque la patiente présente des lésions actives sur les seins.

Les questions entourant la prévention des infections sont abordées dans les lignes directrices de Santé Canada⁴².

Recommandations

1. Les antécédents de la patiente quant à l'herpès génital devraient être évalués tôt au cours de la grossesse. (III-A)
2. Les femmes chez lesquelles la présence d'une infection génitale récurrente au virus de l'herpès simplex (VHS) est connue devraient être avisées des risques de transmission (au moment de l'accouchement) du VHS à leur nouveau-né. (III-A)
3. Au moment de l'accouchement, en présence de symptômes prodromiques ou d'une lésion semblant indiquer une infection au VHS, les femmes qui présentent une infection récurrente au VHS devraient se voir offrir une césarienne. (II-2A)
4. Les femmes chez lesquelles la présence d'une infection génitale récurrente au VHS est connue devraient se voir offrir un traitement suppressif à l'acyclovir ou au valacyclovir dès la 36^e semaine de gestation, et ce, afin d'atténuer le risque de lésions cliniques et d'élimination virale au moment de l'accouchement, et d'ainsi atténuer le risque de devoir subir une césarienne. (I-A)
5. Les femmes qui présentent une infection génitale primaire au virus de l'herpès au cours du troisième trimestre de la grossesse courent un risque élevé de transmettre le VHS à leur nouveau-né; par conséquent, elles devraient faire l'objet de services de counseling appropriés et se voir offrir une césarienne afin d'atténuer ce risque. (II-3B)
6. Les femmes enceintes qui ne présentent pas d'antécédents d'infection au VHS, mais qui ont connu un partenaire présentant une infection génitale au VHS, devraient (avant la grossesse ou dès que possible pendant la grossesse) faire l'objet d'un dépistage sérologique spécifique de type afin de déterminer leur risque de contracter une infection génitale au VHS pendant la grossesse. Ce dépistage devrait être répété pendant la

période se situant entre la 32^e et la 34^e semaine de gestation. (III-B)

RÉFÉRENCES

1. Money D, Steben M. « Herpès génital : Aspects gynécologiques. Directive clinique de la SOGC n° 207, avril 2008 », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 30, 2008, p. 354–61.
2. Fleming DT, McQuillan GM, Johnson RE, Nahmias AJ, Aral SO, Lee FK et coll. « Herpes simplex virus type 2 in the United States, 1976 to 1994 », *N Engl J Med*, vol. 337, 1997, p. 1105–11.
3. Patrick DM, Dawar M, Cook DA, Krajdin M, Ng HC, Rekart ML. « Antenatal seroprevalence of herpes simplex virus type 2 (HSV-2) in Canadian women: HSV-2 prevalence increases throughout the reproductive years », *Sex Transm Dis*, vol. 28, 2001, p. 424–8.
4. Kohl S. « Neonatal herpes simplex virus infection », *Clin Perinatol*, vol. 24, 1997, p. 129–49.
5. Brown ZA, Wald A, Morrow RA, Selke S, Zeh J, Corey L. « Effect of serologic status and cesarean delivery on transmission rates of herpes simplex virus from mother to infant », *JAMA*, vol. 289, 2003, p. 203–9.
6. Whitley RJ, Corey L, Arvin A, Lakeman FD, Sumaya CV, Wright PF et coll. « Changing presentation of herpes simplex virus infection in neonates », *J Infect Dis*, vol. 158, n° 1, 1988, p. 109–16.
7. American Academy of Pediatrics. Dans : Peter G, éd. 1997 *Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases*, 24^e éd., Elk Grove Village, Ill : American Academy of Pediatrics, 1997, p. 266–76.
8. « Current Management of herpes simplex infection in pregnant women and their newborn infant. Infectious Diseases and Immunization Committee, Canadian Paediatric Society », *Paediatrics & Child Health*, vol. 11, 2006, p. 363–5.
9. Whitley RJ, Arvin A, Prober C, Burchett S, Corey L, Powell D et coll. « A controlled trial comparing vidarabine with acyclovir in neonatal herpes simplex virus infection », *N Engl J Med*, vol. 324, 1991, p. 444–9.
10. Tran T, Druce JD, Catton MC, Kelly H, Birch CJ. « Changing epidemiology of genital herpes infection in Melbourne, Australia, between 1980 and 2003 », *Sex Transm Infect*, vol. 80, 2004, p. 277–9.
11. Langenberg AG, Corey L, Ashley RL, Leong WP, Straus SE, Chiron, Emeryville, Calif, USA. « A prospective study of new infections with herpes simplex virus type 1 and 2. Chiron HSV Vaccine Study Group », *N Engl J Med*, vol. 341, 1999, p. 1432–8.
12. Wong T. « Neonatal herpes simplex infection », *Canadian Pediatric Society Surveillance Program Data*, 2002.
13. Baldwin S, Whitley RJ. « Intrauterine herpes simplex virus infection », *Teratology*, vol. 39, 1989, p. 1–10.
14. Wald A, Zeh J, Selke S, Ashley RL, Corey L. « Virologic characteristics of subclinical and symptomatic genital herpes infections », *N Engl J Med*, vol. 333, 1995, p. 770–5.
15. Baeten JM, McClelland RS, Corey L, Overbaugh J, Lavreys L, Richardson BA et coll. « Vitamin A supplementation and genital shedding of herpes simplex virus among HIV-1 infected women: a randomized clinical trial », *J Infect Dis*, vol. 189, 2004, p. 1466–71.
16. Monif GRG, Kellner KR, Donnelly WH. « Congenital herpes simplex type II infection », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 152, 1985, p. 1000–2.
17. Brown ZA, Selke S, Zeh J, Kopelman J, Maslow A, Ashley RL et coll. « The acquisition of herpes simplex virus during pregnancy », *N Engl J Med*, vol. 337, 1997, p. 509–15.
18. Scott L, Sanchez PJ, Jackson GL, Zeray F, Wendel GD Jr. « Acyclovir suppression to prevent cesarean delivery after first-episode genital herpes », *Obstet Gynecol*, vol. 87, 1996, p. 69–73.
19. Brown ZA, Benedetti J, Selke S, Ashley R, Watts DH, Corey L. « Asymptomatic maternal shedding of herpes simplex virus at the onset of

- labour: relationship to preterm labor », *Obstet Gynecol*, vol. 87, 1996, p. 483–8.
20. Brown ZA, Vontver LA, Benedetti J, Critchlow CW, Sells CJ, Berry S et coll. « Effects on infants of the first episode of genital herpes during pregnancy », *N Engl J Med*, vol. 317, 1987, p. 1246.
 21. Nahmias AJ, Josey WE, Naib ZM, Freeman MG, Fernandez RJ, Wheeler JH. « Perinatal risk associated with maternal genital herpes simplex virus infection », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 110, 1971, p. 825.
 22. Acyclovir Pregnancy Registry. *International final study report, 1 Jun 1984 through 30 Apr 1999*, Glaxo Wellcome Inc., 1999.
 23. Corey L, Wald A, Patel R, Sacks SL, Tying SK, Warren T et coll. « Once-daily valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes », *N Engl J Med*, vol. 350, 2004, p. 11–20.
 24. Santé Canada. *Lignes directrices canadiennes pour les MTS, édition de 1998. Infections génitales au virus de l'herpès simplex*, 1998, p. 184–92.
 25. Prober CG, Sullender WM, Yasukawa LL, Au DS, Yeager AS, Arvin AM. « Low risk of herpes simplex virus infections in neonates exposed to the virus at the time of vaginal delivery in mothers with recurrent genital herpes simplex virus infections », *N Engl J Med*, vol. 316, 1987, p. 3240–4.
 26. Brown ZA, Benedetti J, Ashley R, Burchett S, Selke S, Berry S et coll. « Neonatal herpes simplex virus infection in relation to asymptomatic maternal infection at the time of labor », *N Engl J Med*, vol. 324, 1991, p. 1247–52.
 27. Brock BV, Selke S, Benedetti J, Douglas JM Jr, Corey L. « Frequency of asymptomatic shedding of herpes simplex virus in women with genital herpes », *JAMA*, vol. 263, 1990, p. 418–20.
 28. Sheffield JS, Hollier LM, Hill JB, Stuart GS, Wendel GD. « Acyclovir prophylaxis to prevent herpes simplex virus recurrence at delivery: a systematic review », *Obstet Gynecol*, vol. 102, 2003, p. 1396–403.
 29. Randolph AG, Hartshorn RM, Washington AE. « Acyclovir prophylaxis in late pregnancy to prevent neonatal herpes: a cost-effectiveness analysis », *Obstet Gynecol*, vol. 88, 1996, p. 603–10.
 30. Fønne G, de la Fuente Fønne I, Weber T. « Neonatal herpes in Denmark 1977–1991 », *Acta Obstet Gynaecol Scand*, vol. 76, 1997, p. 355–8.
 31. Stray-Pedersen B. « Acyclovir in late pregnancy to prevent neonatal herpes simplex », *Lancet*, vol. 336, 1990, p. 756.
 32. Brocklehurst P, Kinghorn G, Carney O, Helsen K, Ross E, Ellis E et coll. « A randomised placebo controlled trial of suppressive acyclovir in late pregnancy in women with recurrent suppressive genital herpes infection », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 105, 1998, p. 275.
 33. Sheffield JS, Hill JB, Hollier LM, Laibl VR, Roberts SW, Sanchez PJ et coll. « Valacyclovir prophylaxis to prevent recurrent herpes at delivery: a randomized clinical trial », *Obstet Gynecol*, vol. 108, 2006, p. 141–7.
 34. Andrews WW, Kimberlin DF, Whitley R, Cliver S, Ramsey PS, Deeter R. « Valacyclovir therapy to reduce recurrent genital herpes in pregnant women », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 194, 2006, p. 774–81.
 35. Scott LL, Alexander J. « Cost-effectiveness of acyclovir suppression to prevent recurrent genital herpes in term pregnancy », *Am J Perinatol*, vol. 15, 1998, p. 57.
 36. Frenkel LM, Brown ZA, Bryson YJ, Corey L, Unadkat JD, Hensleigh PA et coll. « Pharmacokinetics of acyclovir in the term human pregnancy and neonate », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 164, 1991, p. 569–74.
 37. Brown ZA, Watts DH. « Antiviral therapy in pregnancy », *Clin Obstet Gynecol*, vol. 33, 1990, p. 276–89.
 38. Arvin AM, Hensleigh PA, Prober CG, Au DS, Yasukawa LL, Wittek AE et coll. « Failure of antepartum maternal cultures to predict the infant's risk of exposure to herpes simplex virus at delivery », *N Engl J Med*, vol. 315, 1986, p. 796–800.
 39. Garland SM, Lee TN, Sacks S. « Do antepartum herpes simplex virus cultures predict intrapartum shedding for pregnant women with recurrent disease? », *Infect Dis Obstet Gynecol*, vol. 7, 1999, p. 230–6.
 40. Wittek AE, Yeager AS, Au DS, Hensleigh PA. « Asymptomatic shedding of herpes simplex virus from the cervix and lesion site during pregnancy », *Am J Dis Child*, vol. 138, 1984, p. 429–42.
 41. Gibbs RS, Amstey MS, Sweet RL, Mead PB, Sever JL. « Management of genital infection in pregnancy », *Obstet Gynecol*, vol. 71, 1988, p. 779–80.
 42. « La prévention et la lutte contre les infections professionnelles dans le domaine de la santé », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, volume 28S1, mars 2002.
 43. Woolf SH, Battista RN, Anderson GM, Logan AG, Eel W. « Canadian Task force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task force on Preventive Health Care », *CMAJ*, vol. 169, 2003, p. 207–8.