

Question 19

Elle est enceinte et son enfant a la varicelle

La demande

« Docteur, mon fils aîné a la varicelle depuis hier. Est-ce dangereux pour mon bébé ? Je suis enceinte de quatre mois et demi. »

Le préambule

Le risque fœtal ne concerne que les femmes qui ne sont pas immunisées pour le VZV et qui développeront elles-mêmes une varicelle. En cas de varicelle maternelle, le risque fœtal dépend du terme de la grossesse.

Avant 20 semaines, le risque malformatif existe et on parle alors de varicelle congénitale. Au-delà, il n'existe plus de risque, sauf au voisinage du terme d'accouchement. On parle alors de varicelle néonatale. Dans l'une ou l'autre de ces situations, le médecin prend avis auprès d'un spécialiste, mais il n'adresse jamais sa patiente à la maternité (en raison de sa contagiosité possible dans un milieu de femmes enceintes). Dans les autres cas, il rassure la patiente.

La première consultation

Le médecin fait l'interrogatoire et un examen clinique complet.

Si la patiente a déjà fait une varicelle dans l'enfance (ou si elle a déjà présenté un zona), il n'y a aucun risque pour cette grossesse.

Si la patiente n'est pas immunisée contre le VZV, il faut redouter la varicelle chez la femme enceinte qui peut parfois être grave, avec la survenue d'une pneumopathie varicelleuse ou d'une encéphalite. Lorsque la varicelle survient chez un adulte, le risque d'observer une forme grave avec atteinte pulmonaire et neurologique est plus beaucoup important qu'en pédiatrie. Et le fait d'être une femme enceinte majore encore le risque de varicelle grave.

Si la patiente ne se souvient pas d'avoir fait une varicelle ou un zona l'information sera vérifiée sur son carnet de santé. Si l'information n'est pas disponible sur le carnet de santé il faut prélever une sérologie VZV en urgence (recherche d'IgG spécifique). Pour ce faire, il est nécessaire de prendre un avis auprès d'un centre spécialiste sans adresser la patiente à la maternité en raison du risque contagieux pour les autres femmes enceintes.

Le point de vue du gynécologue

L'incidence de la primo-infection varicelleuse est en régression du fait de l'importance de l'immunisation. Elle est estimée entre 0,05 et 0,07 % pendant la grossesse, soit moins de 500 cas par an. L'agent causal est le virus de la varicelle et du zona (VZV).

La contamination est interhumaine par voie respiratoire ou par contact des lésions dermatologiques (varicelleuses ou de zona). L'incubation est en moyenne de 15 jours (10 à 21 jours). La contagiosité de 2 à 3 jours avant l'éruption et 5 jours après et tant que les lésions dermatologiques sont présentes.

L'immunité est caractérisée par la présence d'IgG qui signent l'antécédent de contage varicelleux.

Il y a possibilité de réactivation éventuelle sous forme de zona, mais le zona maternel est sans risque pour le fœtus.

Diagnostic

La clinique est évocatrice : éruption avec évolution en quatre phases (macule, papule, vésicule puis croûte), débutant sur le tronc et la face.

La sérologie n'est pas nécessaire sur une clinique évidente ; elle n'a d'intérêt que devant un contage pour affirmer la séropositivité et l'absence de risque.

Les IgG, IgM et IgA apparaissent 2 à 5 jours après le début de l'éruption ; ils atteignent leur taux maximal en 2 à 3 semaines.

Risques fœtaux

Infection maternelle avant 20 SA

Elle donne des lésions rares, 8 % de contamination fœtale, peu spécifiques (peau, cerveau, œil, membres). La fréquence de ces atteintes est peu différente de celle de la population générale (1,1 % en moyenne) : c'est la varicelle congénitale.

Le diagnostic prénatal est échographique : les lésions sont multiviscérales et peu spécifiques, conduisant à l'amniocentèse avec mise en évidence du virus par culture cellulaire ou PCR à partir du liquide amniotique. Par ordre décroissant de fréquence, les signes fœtaux sont les suivants : atteinte cutanée, atteinte neurologique avec microcéphalie, atteinte oculaire avec les classiques microphthalmies (assez spécifiques de la varicelle), atteinte musculo-squelettique (par exemple, agénésie d'un membre), retard de croissance.

Un résultat négatif élimine l'infection fœtale et il est alors possible de rassurer la patiente.

En cas d'atteinte varicelleuse fœtale, une demande d'interruption médicale de grossesse formulée par le couple sera examinée par le CPDPN. On accédera ou non à cette demande en fonction du bilan pronostique réalisé par l'équipe spécialisée.

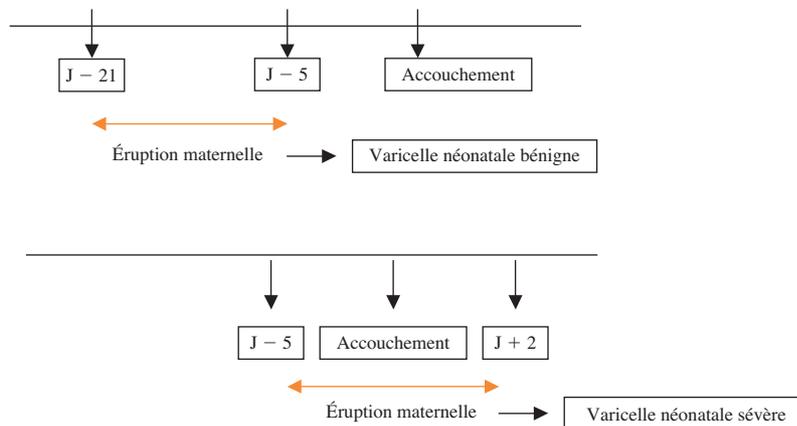


Fig. 19.1. Formes de varicelles néonatales.

Infection maternelle après 20 SA

Elle ne comporte pas de risque fœtal, sauf si elle survient à proximité de l'accouchement (varicelle néonatale). Aucune surveillance n'est nécessaire.

Varicelle néonatale

Elle correspond à l'apparition d'une éruption dans les 10 jours après la naissance.

Sa gravité dépend de la survenue de l'éruption maternelle par rapport à l'accouchement (fig. 19.1) :

- formes bénignes si la mère a transmis ses IgG au fœtus : virémie maternelle 5 à 21 jours avant l'accouchement ;
- formes sévères : virémie maternelle 4 jours avant l'accouchement ou 2 jours après car il n'y a pas de protection par les anticorps maternels. Il existe des formes avec atteinte polyviscérale ulcéronécrosante ou hémorragique dont la mortalité est non négligeable (20 à 30 %).

Conduite à tenir

Le risque de transmission fœtale est de 50 % au troisième trimestre et plus important encore à terme. Si l'éruption survient à terme moins de 5 jours avant l'accouchement, il faut tout faire pour retarder l'accouchement afin d'éviter une contamination fœtale (traitement tocolytique) et ne pas hospitaliser la patiente en maternité (mais dans un service de médecine classique) car la maladie est très contagieuse.

Devant un contage varicelleux, chez une femme asymptomatique, il convient de vérifier la notion de varicelle antérieure (fig. 19.2) et de faire la sérologie maternelle (plus de 90 % des femmes sont immunisées). Dans tous les cas, la patiente ne doit jamais être adressée à la maternité.

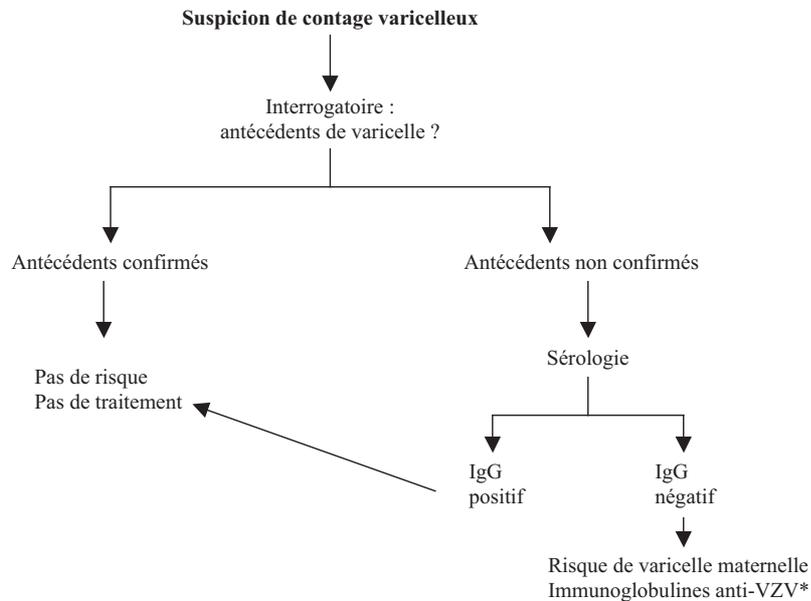


Fig. 19.2. Stratégie diagnostique face à une suspicion de contagé varicelleux.

En cas de sérologie négative, le traitement par les immunoglobulines spécifiques est proposé si le contagé date de moins de 96 heures, elles permettent de réduire l'incidence de la varicelle et de réduire le risque fœtal. Si le contagé date de plus de 96 heures on instaurera un traitement par valaciclovir (Zélitrex®) pendant 10 jours.

Si la sérologie est positive, on arrête le Zélitrex®. Si la sérologie est négative, il convient alors de poursuivre le traitement par Zélitrex® jusqu'à la période supposée de l'apparition des signes (3 semaines). Le diagnostic de varicelle est clinique après une incubation de 14 à 21 jours.

Si la patiente est symptomatique (éruption varicelleuse), il convient de démarrer immédiatement le traitement par Zélitrex® et de poursuivre celui-ci jusqu'à la disparition des croûtes cutanées (ce qui correspond à la fin de la période contagieuse).

Mots clés

Grossesse, varicelle, diagnostic anténatal.

Référence

Macé G, Gallot V, Vauloup-Fellous C, Picone O. Varicelle pendant la grossesse : mise au point. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008;37:F22-8.