

<https://www.infections-grossesse.com/>

Herpès et grossesse

Recommandations pour la Pratique Clinique

Pr Olivier PICONE,

Hôpital Louis Mourier, Colombes

Christelle VAULOUP-FELLOUS

Laboratoire de Virologie, Groupe Hospitalier Universitaire Paris-Sud, Faculté de médecine Paris-Sud

Pour le groupe d'experts

Dr O. Anselem, Dr L. Renesme,

Dr N. Sananes, Pr MV. Sénat, Pr L. Sentilhes

Définitions Cliniques



- Lésion génitale d'allure herpétique sans antécédent connu d'herpès génital
 - **infection initiale primaire** = une primo-infection herpétique
 - **infection initiale non primaire** (ATCD herpès orofacial)
 - **réurrence** lorsque la primo-infection voire de précédents épisodes de récurrence sont passés inaperçus.

L'infection initiale primaire est celle qui est le plus à risque pour le nouveau-né

- Lésions cliniques génitales chez une patiente ayant déjà un antécédent d'infection herpétique sur le même site : il s'agit d'une **réurrence**.

Manifestations



Incubation: 5 à 7 jours

Infection primaire: 20 à 60% symptomatiques

Vulvo-vaginite érosive aiguë fébrile +/- cervicite.

Lésions papulaires puis vésiculeuses et ulcéreuses, uni ou bilatérales, +/- adénites

13% formes atypiques: cystites, uretrites, cervicites...

Langenberg et al., NEJ 1999

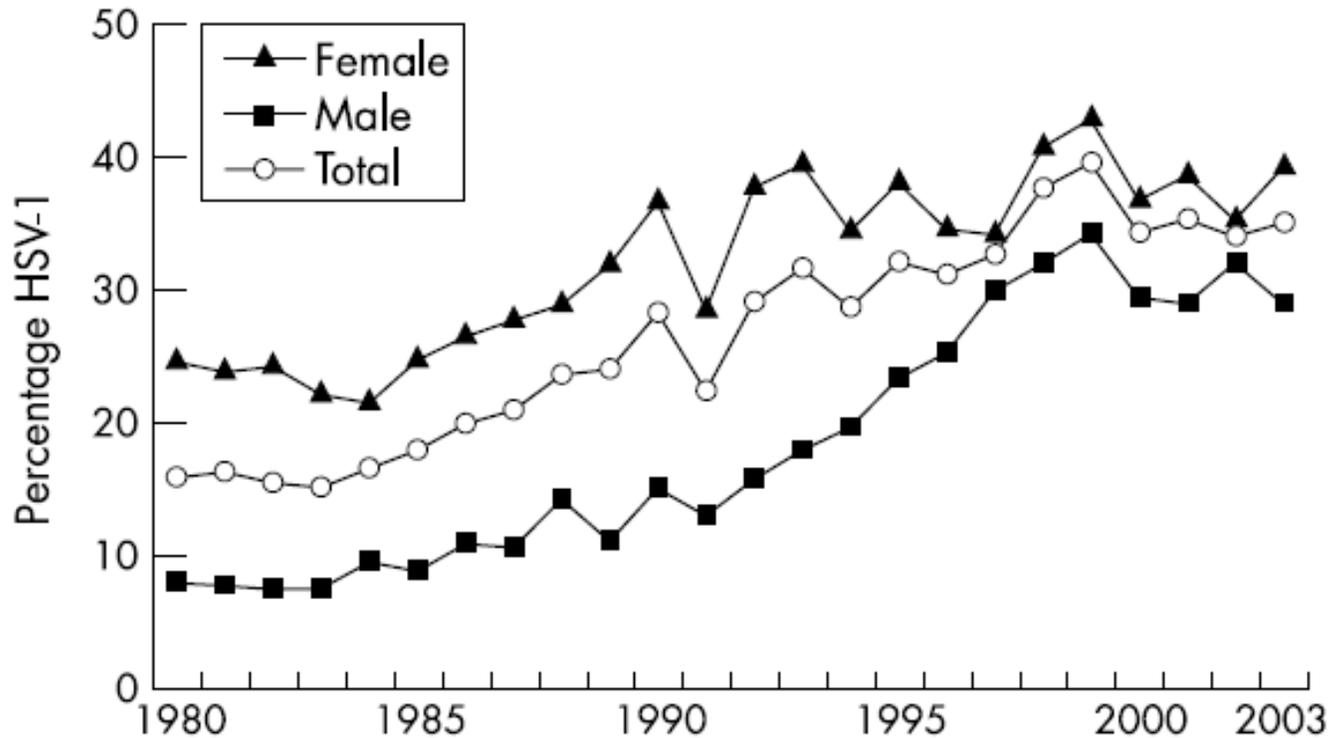
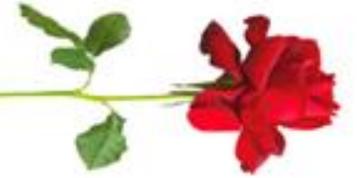
La symptomatologie peut être atypique

(NP2)

Pas de particularité de l'expression clinique pendant la grossesse

(Accord Professionnel)

Type viral responsable



Tran et al., Sex Trans Inf 2004

L'infection génitale est le plus souvent due à HSV2
La prévalence de l'infection par HSV1 augmente (NP2)

Prévalence



Soixante-dix à 80% des femmes enceintes ont un antécédent d'infection par un virus Herpès simplex et celui-ci est dans la majorité des cas de type 1 (NP2)

Prévalence de l'excrétion d'HSV lors de l'accouchement



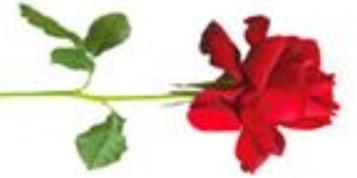
Référence	Pays	Nombre de patientes	Moment de la grossesse	Population	Technique	HSV non typé	HSV2	HSV1	si VIH+
Brown et al., 1991[15]	USA	15923	Accouchement	Absence de lésion clinique	Culture	0,35%			
LeGoff et a., 2007[22]	France	67	38SA	Absence de lésion, sérologie positive	PCR		10%	4,30%	
Frenkel et al., 1993[111]	USA	439	Accouchement	Absence de lésion, sérologie positive	Culture	0,43%			
Patterson et al., 2011[33]	USA	26 HIV+, 629 HIV-	ND	Absence de lésion, sérologie positive	PCR		9,50%		30,80%
Perti et a., 2014[34]	Afrique du Sud	132 HIV+; 255 HIV-	Accouchement	Absence de lésion, sérologie positive	PCR		11,80%		23%
Cone et al., 1994[35]	USA	100	Accouchement	Absence de lésion,	PCR	9%			

Chez les patientes HSV+, l'excrétion herpétique asymptomatique est de 4 à 10%

Le HSV2 est plus souvent retrouvé que HSV1

Le taux d'excrétion augmente chez les patientes VIH+ (de l'ordre de 20 à 30%) (NP2)

Prévalence des lésions cliniques lors de l'accouchement



Si récurrence pendant la grossesse,

en l'absence de traitement: 14,3%

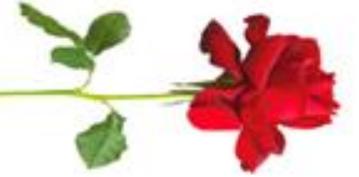
Si infection initiale:

36%

(NP4)

En l'absence de récurrence pendant la grossesse la prévalence des lésions lors de l'accouchement n'est pas connue.

Prévalence des complications maternelles



2 principales complications:

Hépatite herpétique

Meningo encéphalite herpétique

Les hépatites sont rares et potentiellement graves (NP4)

Il faut y penser devant toute cytolyse hépatique inexpliquée pendant la grossesse
(Accord professionnel)

Devant tout tableau évocateur d'encéphalite fébrile, l'encéphalite herpétique doit être évoqué et un traitement antiviral démarré le plus tôt possible
(Accord professionnel)

Complications obstétricales



Il n'y a pas de lien établi entre l'infection herpétique et les fausses couches (NP3)

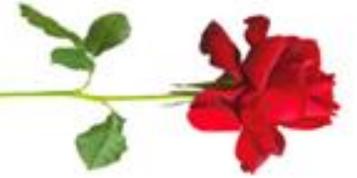
Il semble exister une association entre l'infection herpétique non traitée et l'accouchement prématuré (NP3)

Les fœtopathies herpétiques sont exceptionnelles et peuvent être dues à des infections primaires comme non primaires, à HSV 1 ou 2, en présence ou non de symptômes maternels (NP4)

Il n'y a pas d'argument pour recommander une prise en charge spécifique de diagnostic anténatal en cas d'infection herpétique pendant la grossesse

(Accord Professionnel)

Prévention



Le port du préservatif diminue le risque d'infection initiale chez la femme non enceinte
(NP3)

En cas de couple discordant (F-, H+) le port du préservatif au troisième trimestre peut être
proposé au couple en l'absence de lésion clinique (Grade C)

En cas de lésion clinique il est recommandé de ne pas avoir de rapports sexuels y compris
bucco-génitaux, particulièrement à l'approche du terme

(Accord Professionnel)

Dépistage



Modèles socio économiques aux USA: résultats discordants

Rouse et al., Am J Obstet Gynecol 2000

Baker et al., Am J Obstet Gynecol 2004

Cleary et al., BJOG 2005

Thung et al., Am J Obstet Gynecol 2005

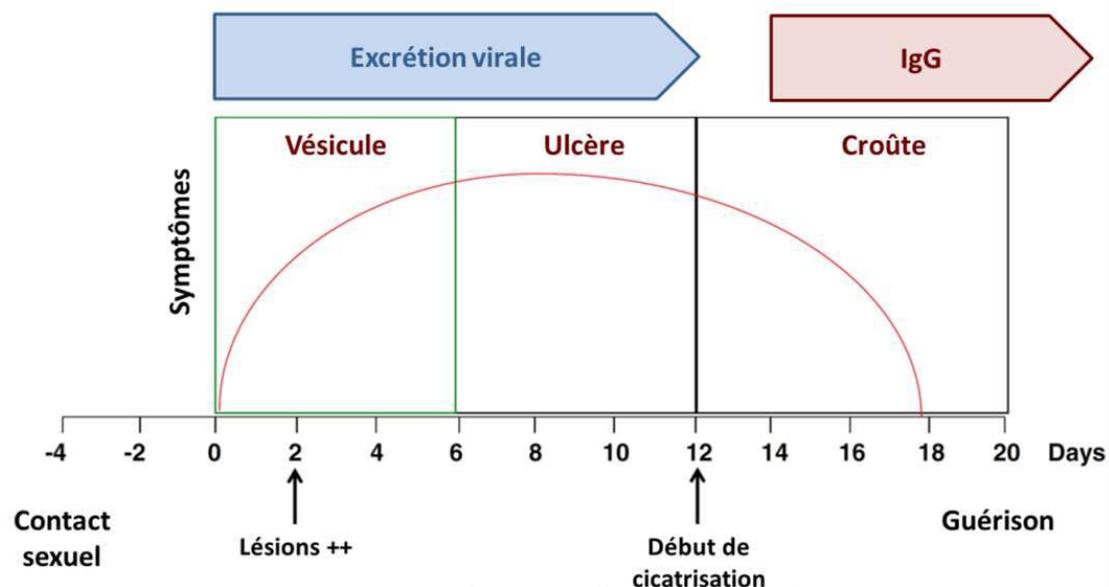
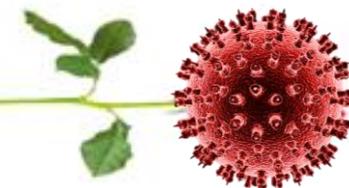
Basés sur l'hypothèse d'un dépistage exhaustif, y compris du conjoint, ce qui n'est pas possible en pratique.

Discordance entre la fréquence de la séropositivité et de l'excrétion et la rareté des Herpès néonataux.

Les sociétés savantes étrangères ne se prononcent pas ou peu.

Il n'y a pas d'arguments suffisants pour justifier une politique de dépistage systématique ou d'interrogatoire systématique du conjoint pendant la grossesse
(Accord professionnel)

Outils diagnostiques



Diagnostic direct

- Isolement viral: culture
- Détection d'antigènes viraux
- **Détection génome viral +++++**

Diagnostic indirect

- Détection des IgG et des IgM

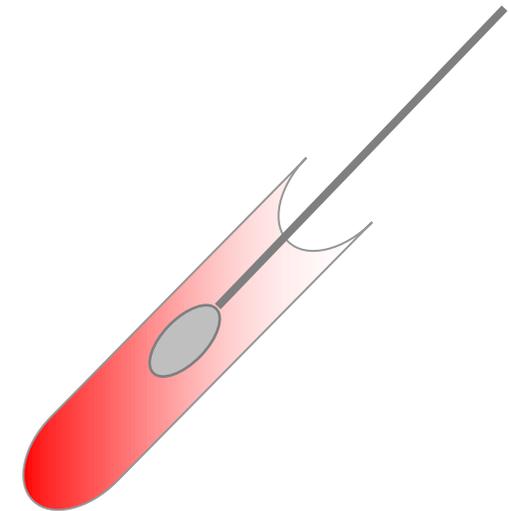
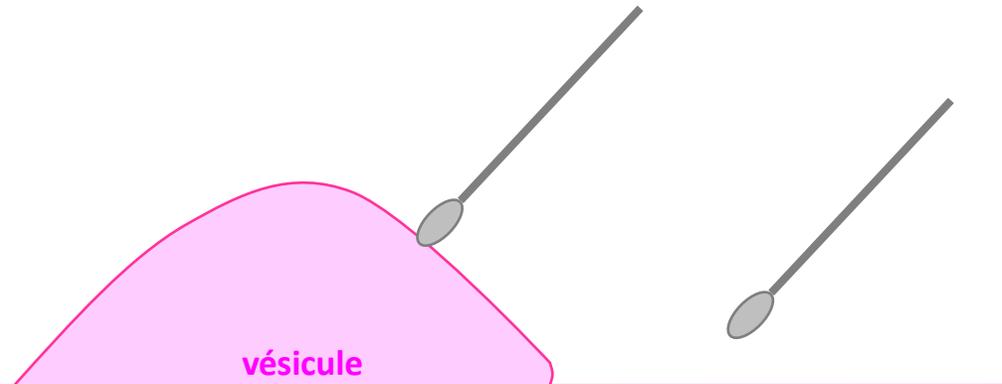
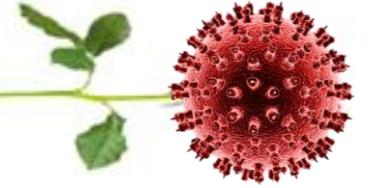
● Privilégier la PCR sur les lésions : sensibilité 95-98% (Accord professionnel)

Lésion typique et présentation clinique habituelle : pas nécessaire

Lésion atypique ou de présentation clinique inhabituelle

● IgG HSV1 et HSV2 spécifiques de type en cas de 1^{er} épisode d'herpès génital en cours de grossesse ou à l'accouchement

Le prélèvement

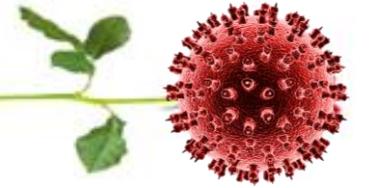


Appuyer avec l'écouvillon jusqu'à percer la vésicule

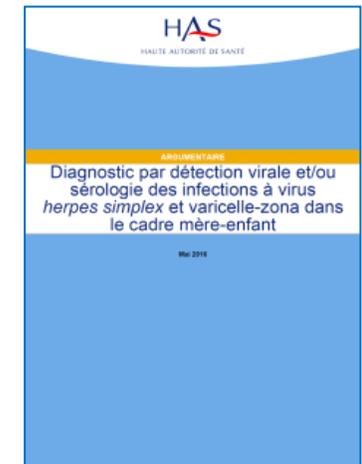
Frotter le plancher et les berges de la vésicule

Exprimer l'écouvillon dans un milieu de transport

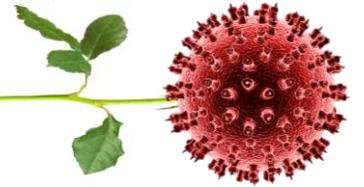
Recherche directe des HSV



- Culture : sensibilité 25-80% (récurrence – primo-infection)
- **Privilégier la PCR!!! : sensibilité 95-98%** (Accord professionnel)
- *Spécificité équivalente = 100%*
- PCR non inscrite à la nomenclature (\neq culture)



Sérologie IgG



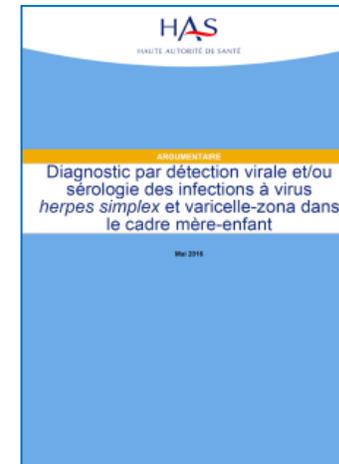
Statut sérologique vis-à-vis des HSV-1 et HSV-2 (grade B)

● Sérologies indifférenciées ou **spécifique de type**

● Sensibilité 87-100%

HSV2 > HSV1

● Spécificité 91-93%

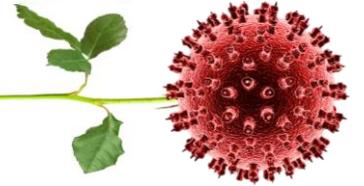


● Délai d'apparition \approx 2 semaines

● Intérêt en cas de première manifestation d'herpès génital au cours de la grossesse (Accord professionnel)

● Aucun intérêt en cas de lésion récurrente

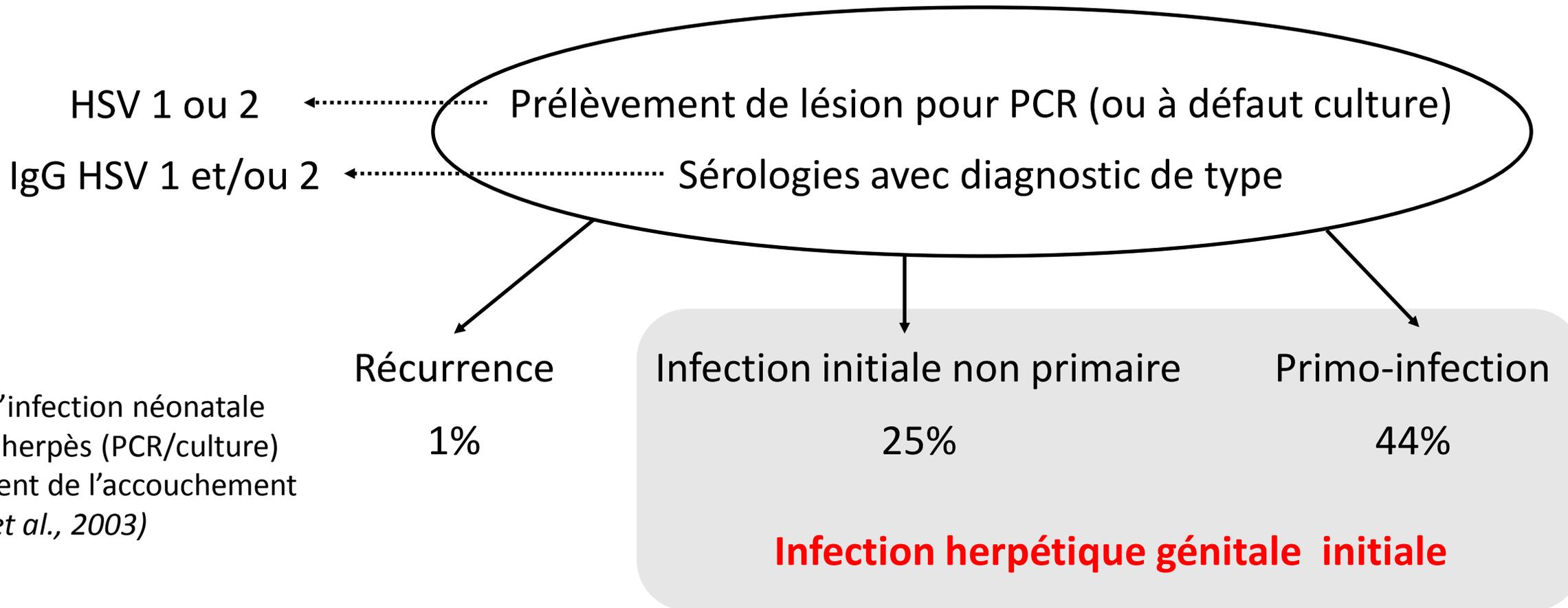
Sérologie IgM



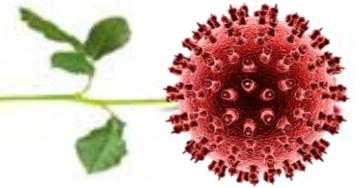
- Non spécifique de type
- Peuvent être absentes lors des primo-infection (50 à 75 % des cas) soit une VPP de 70 %
- Présence fréquente lors de récurrences d'herpès génital ou oral (30% des cas)
- Présence chez 20 % des patients asymptomatiques

Aucun intérêt en pratique dans le diagnostic de l'herpès génital et l'herpès néo-natal (grade C)

Suspicion de lésion d'herpès génital chez une patiente enceinte sans antécédent connu d'herpès génital

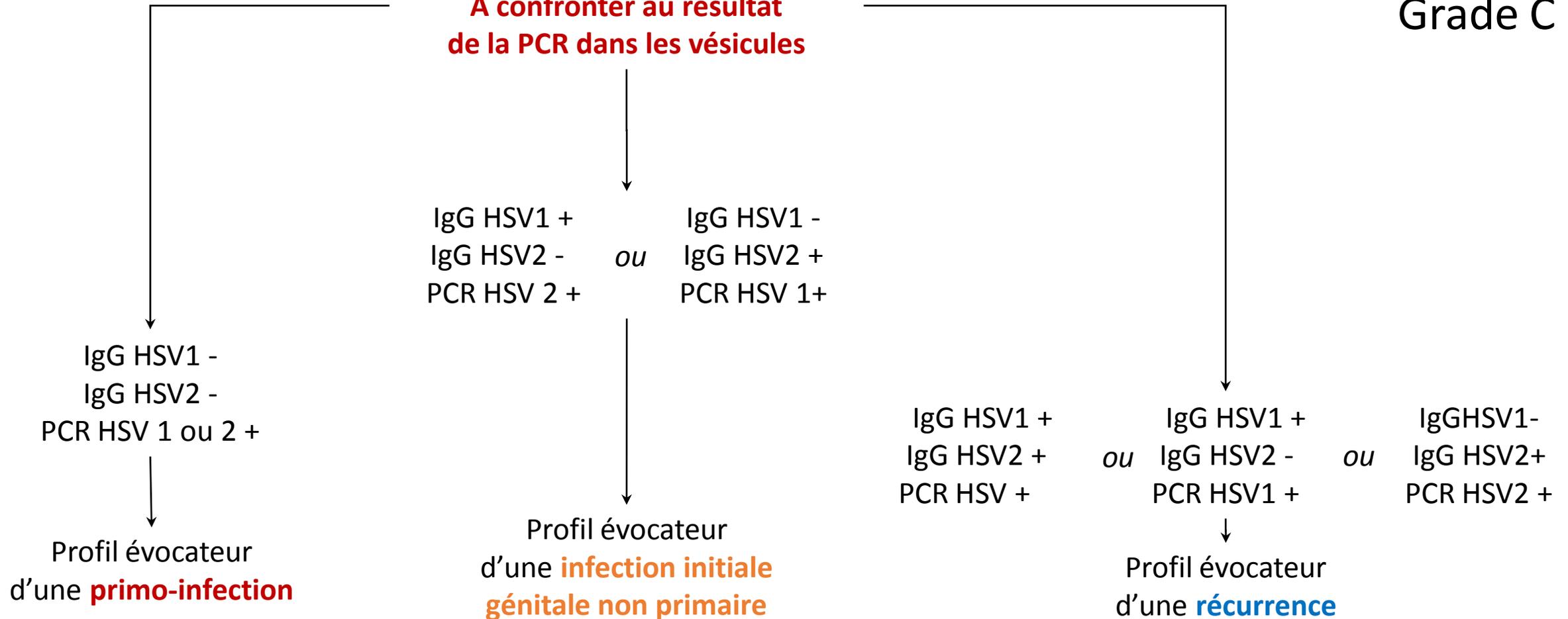


Interprétation des examens virologiques en cas de lésion génitale évocatrice d'HSV mais absence d'ATCD



Grade C

Sérum précoce <15j
À confronter au résultat
de la PCR dans les vésicules



Prise en charge initiale d'un premier épisode d'herpès génital pendant la grossesse



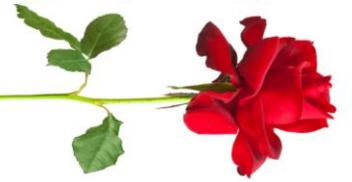
- Il est recommandé d'initier un traitement antiviral en cas d'épisode initial d'herpès génital pendant la grossesse (Grade C).
- Les données concernant l'innocuité de l'aciclovir sur le fœtus sont plus nombreuses mais le valaciclovir peut également être prescrit en raison de la simplicité de son utilisation (Accord professionnel).
- Le traitement consiste en de l'aciclovir per os à raison d'un comprimé de 200 mg cinq fois par jour, ou alors du valaciclovir à raison de deux comprimés de 500 mg deux fois par jour, pendant 5 à 10 jours en fonction de l'état clinique (Grade C).

Prise en charge à distance d'un premier épisode d'herpès génital pendant la grossesse

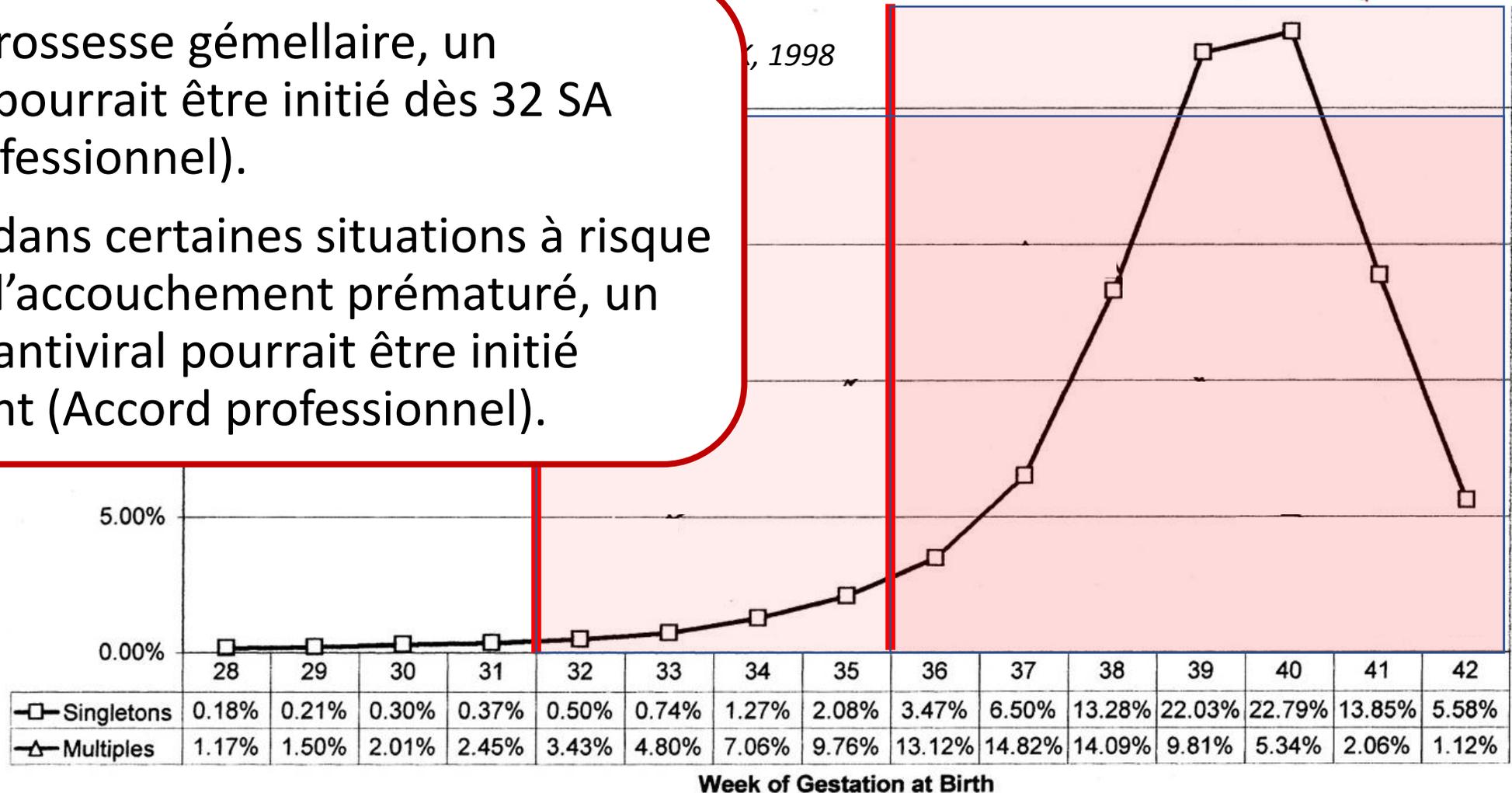


- Si épisode initial d'herpès génital pendant la grossesse,
Pas de bénéfice démontré du traitement prophylactique pour réduire le risque d'herpès néonatal,
Cependant **il est recommandé** de mettre en place une prophylaxie antivirale à partir de 36 semaines d'aménorrhée et jusqu'à l'accouchement, afin de réduire le risque de césarienne pour lésion herpétique (Grade B).
- Ce traitement consiste en de l'aciclovir per os à raison de deux comprimés de 200 mg trois fois par jour ou du valaciclovir 500 mg deux fois par jour.

Prise en charge à distance d'un premier épisode d'herpès génital pendant la grossesse



- En cas de grossesse gémellaire, un traitement pourrait être initié dès 32 SA (Accord professionnel).
- De même, dans certaines situations à risque important d'accouchement prématuré, un traitement antiviral pourrait être initié précocement (Accord professionnel).



Mode d'accouchement en cas de premier épisode d'herpès génital pendant la grossesse



● Période la plus à risque :

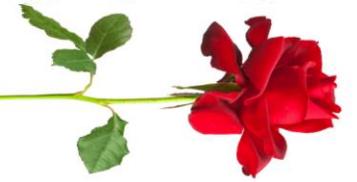
- À proximité de l'accouchement car risque d'excrétion virale et pas de séroconversion maternelle protectrice pour le NN (NP2)
- Séroconversion le plus svt < 6 sem (NP3)

● Intérêt de la césarienne :

- La césarienne permet de réduire le risque d'infection néonatale (NP2)
- Ne supprime pas complètement ce risque non plus (NP2)...

- Il est recommandé de réaliser une césarienne en cas de suspicion ou d'épisode initial d'herpès génital confirmé au moment du travail (Grade B).
- Il est recommandé de réaliser une césarienne en cas d'épisode initial d'herpès génital moins de 6 semaines avant l'accouchement (Accord professionnel).

Mode d'accouchement en cas de premier épisode d'herpès génital pendant la grossesse



En cas de rupture de la poche des eaux... risque d'infection ascendante ???

● À terme :

- Une seule étude, limites méthodologiques +++
- Nahmias 1971

● Avant terme :

- Seulement 2 cas rapportés...
- Situations très variées...

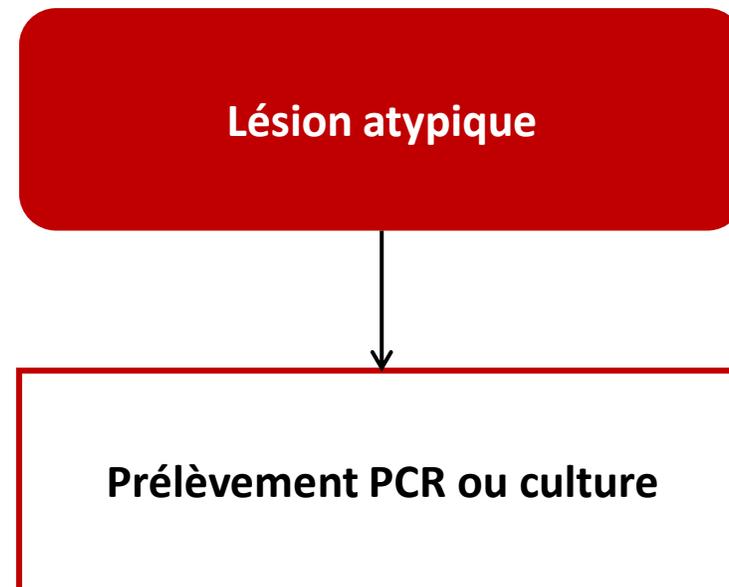
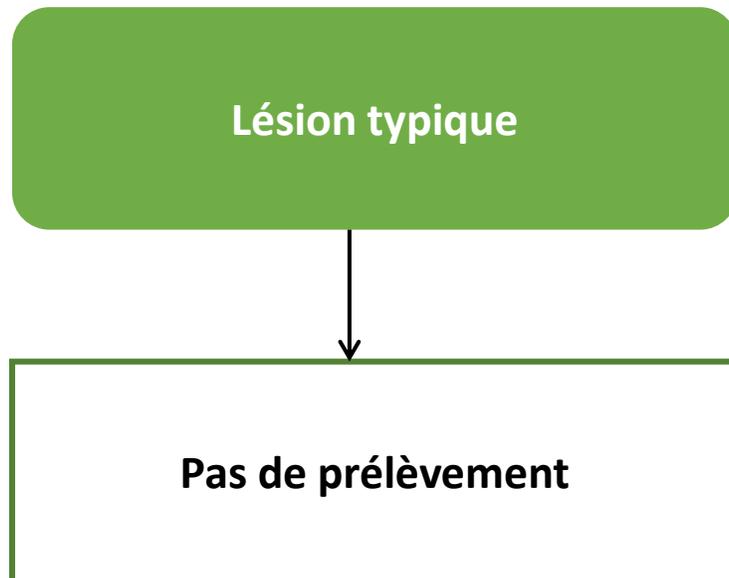
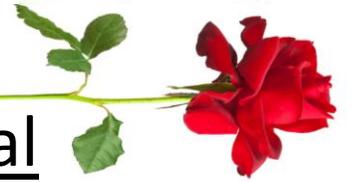
- Il est recommandé de réaliser une césarienne en cas de suspicion ou d'épisode initial d'herpès génital confirmé et de RSM à terme, si possible dans les 4 h, mais également en cas de rupture prolongée (Accord professionnel)
- En cas de rupture prématurée des membranes, prise en charge multidisciplinaire prenant en compte l'âge gestationnel (Accord professionnel).

Épisode initial d'herpès génital

- Aciclovir 200 mg 1 cp x 5 ou valaciclovir 500 mg 2cp x 2 par jour, pendant 5 à 10 jours (Grade C)
- Sérologie VIH (Grade B) et dépistage autres IST (Accord professionnel)
- Prophylaxie antivirale à partir de 36 SA (dès 32 SA si grossesse gémellaire):
Aciclovir 200 mg 2 cp x3 ou valaciclovir 500 mg 1 cp x2 par jour (Grade B)
- Pas de PV lors de l'accouchement
- Césarienne si épisode initial d'herpès génital :
 - Au moment du travail (Grade B)
 - En cas de rupture des membranes à terme (Accord professionnel)
 - Dans les 6 semaines avant l'accouchement (Accord professionnel)
- Si découverte dans le post-partum : traiter la patiente (Grade C) et prévenir le pédiatre (Accord professionnel)

Diagnostic de récurrence

En cas de **lésion** chez une femme ayant un ATCD d'herpès génital
en cours de grossesse (Accord Professionnel)



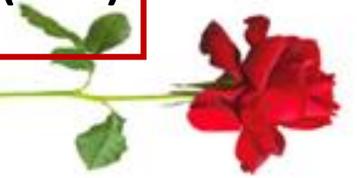
Traitement d'une récurrence en cours de grossesse



- Antiviral oral:
 - **Aciclovir** 200mgx5/j pdt 5j ou **valaciclovir** 500mgx2/j pdt 5 j
 - Réduction de l'excrétion virale et des symptômes de 1 à 2 jours (NP1)
 - Données plus nombreuses avec aciclovir que valaciclovir
- Antiviral en topique:
 - Pas de bénéfice démontré

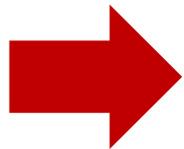
Le bénéfice étant modeste, le traitement oral peut être proposé dans les 24h suivant le début des symptômes chez une femme très invalidée par ses symptômes (Grade C)

**Pas de bénéfice démontré de la prophylaxie sur le risque d'herpès néonatal
Mais la prophylaxie réduit le risque de césarienne pour récurrence herpétique (NP2)**



Mais....

- ✓ La quasi-totalité des femmes incluses dans les ECR avaient une infection primaire ou une récurrence **en cours de grossesse**: bénéfice de la prophylaxie non démontré en l'absence de récurrence récente
- ✓ En cas de situation **à risque d'accouchement prématuré**, débiter la prophylaxie plus précocement



**En cas de récurrence en cours de grossesse ou
de récurrences antérieures à la grossesse mais fréquentes et
récentes: une prophylaxie antivirale est recommandé de 36SA
jusqu'à l'accouchement (Grade B)
aciclovir 400mgx3/ j ou valaciclovir 500mgx2/j**

Conduite à tenir en début de travail ou en cas de rupture des membranes à terme

Interrogatoire et examen minutieux vulve, périnée, filière génitale sous speculum



Lésion typique



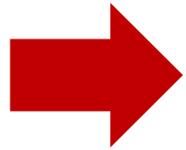
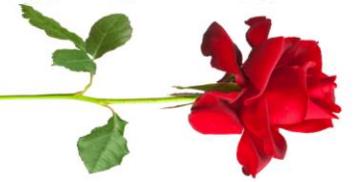
Pas de prélèvement

Lésion atypique ou prodromes



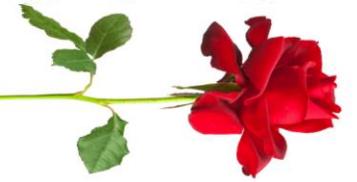
Prélèvement pour PCR
en urgence
si disponible

Conduite à tenir en début de travail ou en cas de rupture des membranes à terme



**En l'absence de lésion ou de prodrome:
Pas de prélèvement systématique en cas de RPM ou à l'entrée en travail
(Accord Professionnel)
Qu'une prophylaxie ait été reçue ou non,
Quel que soit le délai depuis la dernière récurrence**

Voie d'accouchement en cas de récurrence

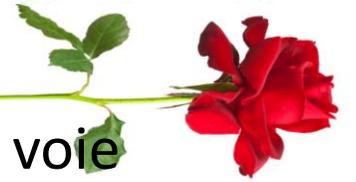


▪ En cas de césarienne,

- Le risque d'herpès n'est pas nul
- Effet d'autant plus protecteur que la césarienne est réalisée en début de travail à membranes intactes
- Une étude ancienne sur 26 femmes avec prélèvement herpès positif en début de travail, non documentés, récurrences et infections primaires: pas d'HSV néonatal en cas de césarienne <4h, données très insuffisantes pour conclure (NP4)

Le délai après une rupture des membranes au-delà duquel le bénéfice de la césarienne est discutable n'est pas connu

Voie d'accouchement en cas de récurrence



- Les données de la littérature sont insuffisantes pour recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre (Accord Professionnel)
- Une césarienne sera d'autant plus à considérer que les membranes sont intactes, et/ou en cas de prématurité et/ou de séropositivité au VIH
- Un accouchement par voie vaginale sera d'autant plus à considérer qu'il existe une rupture des membranes prolongée, après 37SA et en l'absence de séropositivité au VIH

ACOG: césarienne si lésion

SOGC: césarienne si lésion, sauf si accouchement imminent

RCOG: si lésion, VB peut être autorisée, une césarienne peut être considérée et ses risques mis en balance avec les risques très faibles d'HSV néonatal

Conduite à tenir pendant le travail à terme



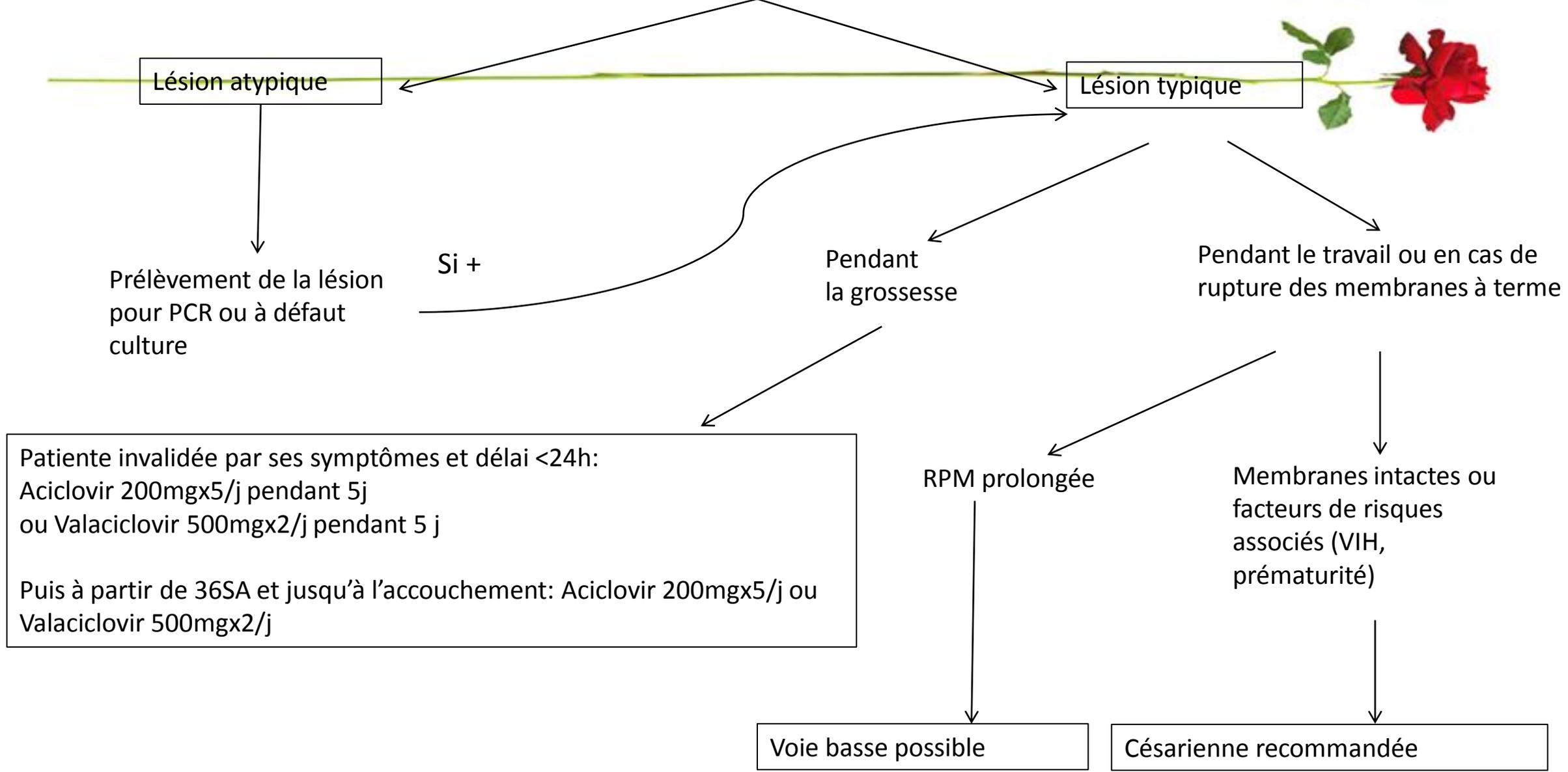
■ En l'absence de lésion

- Pas de contre-indication à: l'utilisation d'électrode de scalp, pH au scalp, extraction instrumentale, rupture artificielle des membranes (Accord Professionnel)

■ En cas de lésion

- Pas de prélèvement au scalp, pas d'électrode de scalp (Accord Professionnel)
- Extraction instrumentale possible (Accord Professionnel)
- Limiter l'amniotomie aux indications validées (Accord Professionnel)
- Traitements antiviraux en per-partum pour réduire le risque d'herpès néonatal non évalués mais efficacité pour réduire la durée de l'excrétion virale en dehors de la grossesse (NP1)

Suspicion d'herpès génital chez une femme enceinte ayant un antécédent d'herpès génital connu



Conclusion



- En cas de récurrence **en cours de grossesse** chez une femme ayant un antécédent d'herpès génital
 - Pas d'indication à réaliser un prélèvement si lésion typique
 - Traitement antiviral dans les 24h si symptômes invalidants
- En cas de récurrence **à l'accouchement**, le risque d'herpès néonatal est faible (1%)
 - Pas d'indication à réaliser un prélèvement si lésion typique
 - En faveur d'une césarienne: membranes intactes et/ou prématuré et/ou HIV+
 - En faveur d'une voie vaginale: membranes rompues prolongées, à terme, HIV-

Herpès néonatal: Epidémiologie (1)

Herpès néonatal = infection par HSV-1 ou HSV-2 chez un nouveau-né de moins de 42 jours (6 semaines)

Epidémiologie dans le monde

- Incidence globale
10/100 000 naissances vivantes
- Soit **14 000 cas annuels**
- Zone de forte endémie :
Afrique Subsaharienne, USA
- **Ratio HSV-1 / HSV-2 = 40 / 60**

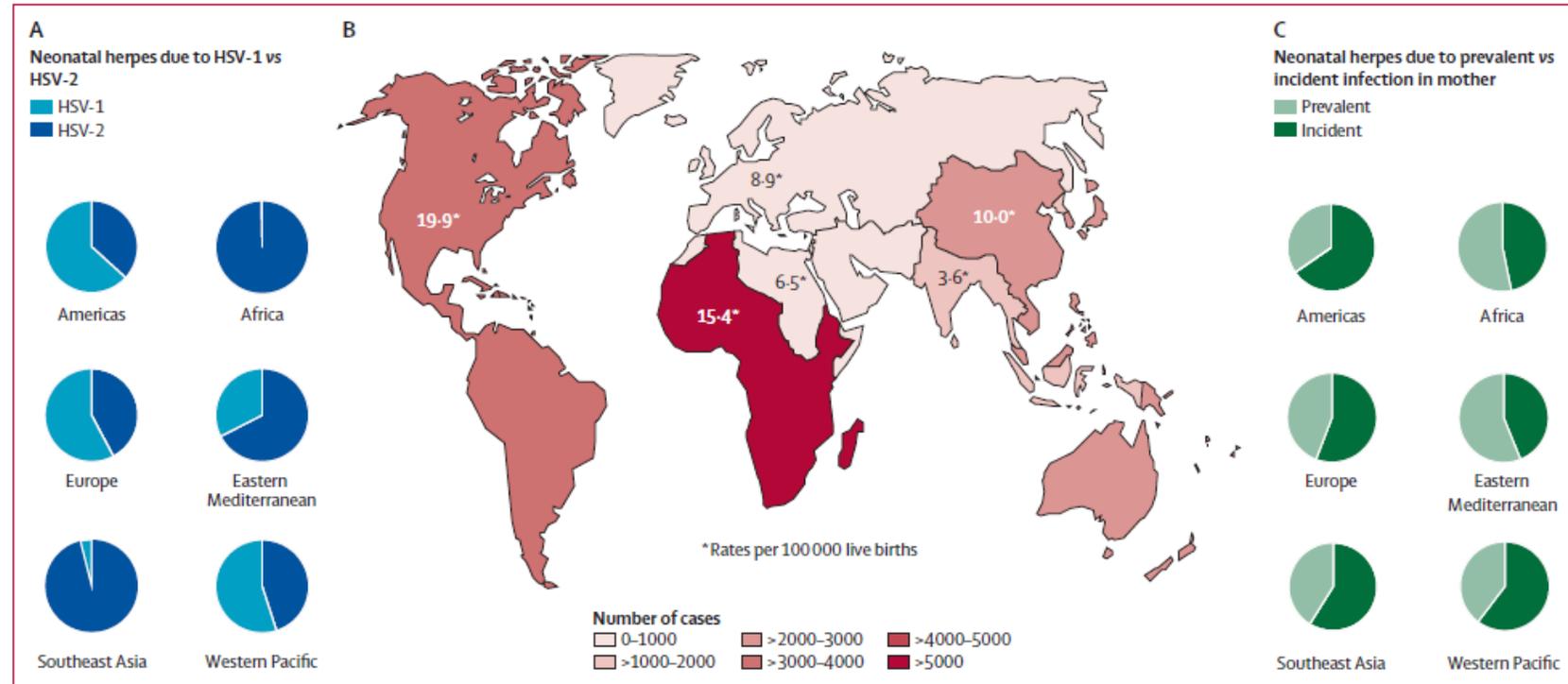
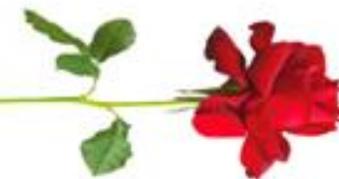


Figure 2: Estimates of the annual number of cases and rate per 100 000 livebirths of neonatal herpes during 2010-15 (B), and relative contribution of HSV-1 versus HSV-2 (A) and prevalent versus incident HSV infection in the mother (C) to the numbers of cases, by WHO region

Herpès néonatal: Epidémiologie (2)



L'herpès néonatal est **rare** (incidence 3/100 000 naissances)

Prédominance du **sérotypage HSV-1** dans les études les plus récentes

Les principaux facteurs de risque de transmission mère-enfant sont:

la primo-infection maternelle

le sérotypage HSV-1

L'impact de la prophylaxie anténatale par aciclovir ou valaciclovir sur le risque de transmission mère-enfant est inconnue

Attention en cas de prématurité : immaturité du système immunitaire et faible passage des Ac maternels

Herpès néonatal: 2 situations cliniques



N-né asymptomatique dont la mère présentait des lésions herpétiques à l'accouchement (**n-né à risque d'herpès néonatal**)

Problématique de maternité

Principale difficulté = définir les modalités de prise en charge : bilan, +/- traitement, suivi...

N-né examiné pour des symptômes évocateurs d'herpès néonatale (**n-né suspect d'herpès néonatal**)

Problématique « post » maternité (exceptionnel en maternité)

Principal difficulté = évoquer le diagnostic d'herpès néonatal

Modes de contamination et formes cliniques (1)

CONTAMINATION

In utero

Per-partum

Post-partum

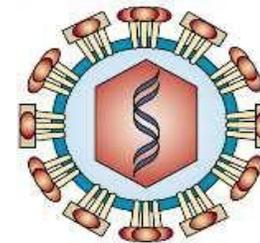
5 %

85 % ↓

10 %

Aucun antécédent d'herpès génital chez la mère dans la majorité des cas

Le diagnostic doit être évoqué devant tout tableau néonatal atypique (respiratoire, neurologique ou de saignement inexplicé) ou de sepsis résistant aux antibiotiques



45 %

FORME CLINIQUE

Forme cutanéomuqueuse

30 %

Forme neurologique

25 %

Forme disséminée

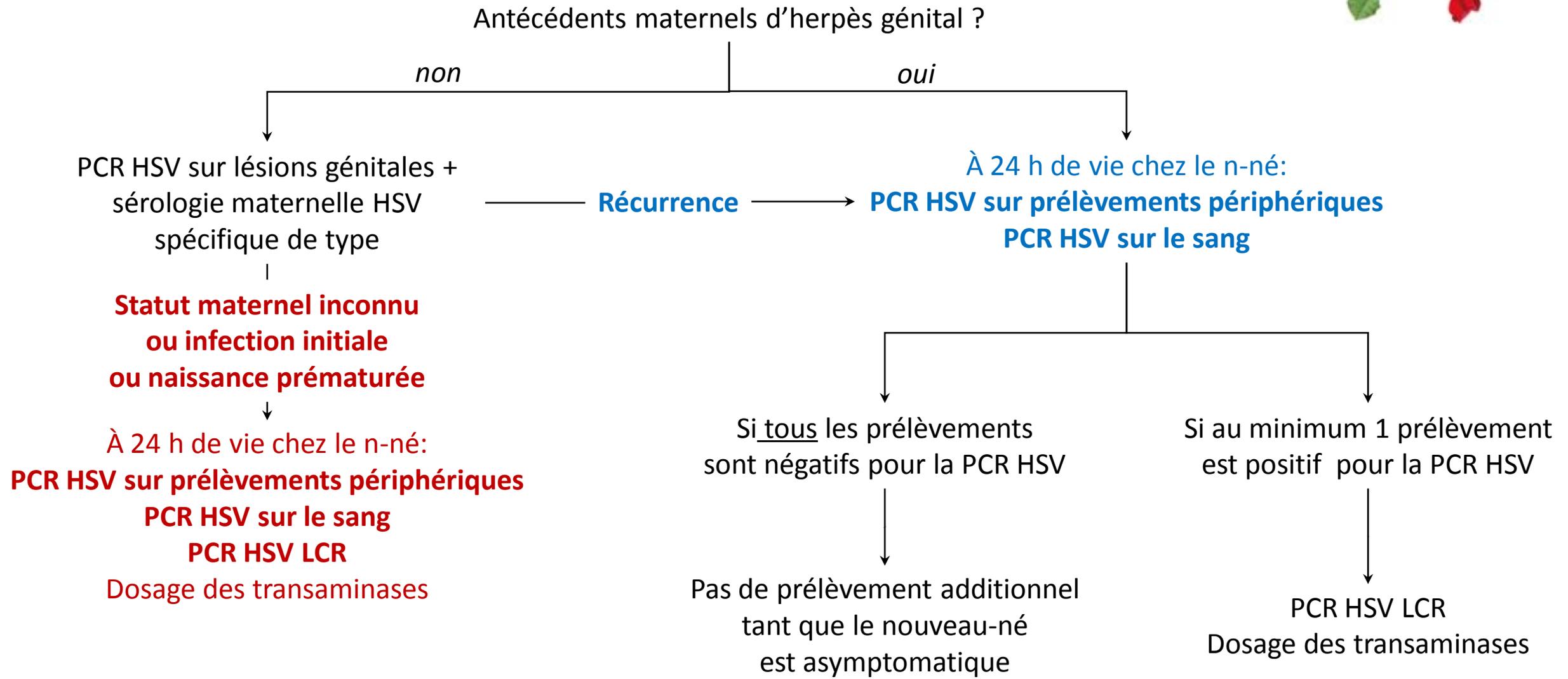
Modes de contamination et formes cliniques (2)

- Forme **localisée cutanéomuqueuse (45%) « SEM »** pour « *skin,eye,mouth* »
 - Peau, œil, bouche (POB)
 - Manifestations cliniques entre le 8^{ème} et le 12^{ème} jour de vie (vésicules cutanéomuqueuses, conjonctivites, kératites)
 - Diagnostic virologique par PCR ou à défaut, culture sur prélèvement de surface
 - Pronostic constamment favorable si acyclovir précoce
- Forme **neurologique encéphalitique (30%) « CNS disease »**
 - Convulsions, hypotonie, mouvements anormaux, léthargie, coma
 - Manifestations cliniques tardives entre 16 et 19 jours de vie
 - Diagnostic par PCR HSV-1/2 dans le LCR
 - Mortalité initiale ≈ 6%, séquelles neuro-sensorielles chez les survivants 30 %
- Forme **disséminée (25%) « disseminated disease »**
 - Sepsis néonatal, hépatite aiguë ou fulminante, choc, CIVD, pneumopathie +/- atteinte cutanée et/ou neurologique
 - Manifestations cliniques précoces dès la première semaine de vie (J5-J10)
 - Diagnostic par PCR plasmatique HSV-1/2
 - Mortalité élevée ≈ 30-50 % malgré le traitement antiviral, séquelles 20-50 % (récurrences d'herpès cutanéomuqueux)

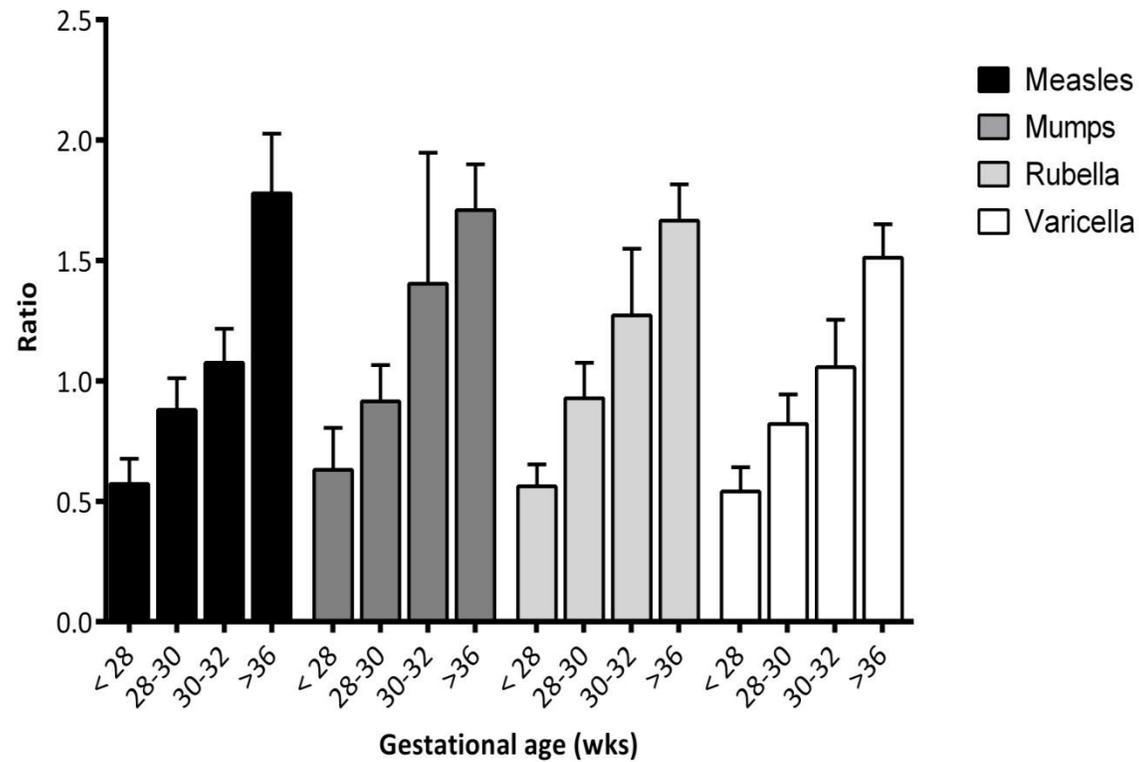
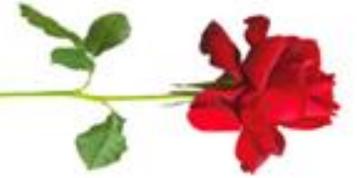


Gardella et Brown BJOG 2001

Examens virologiques du n-né **asymptomatique** né de mère ayant des lésions herpétiques au moment de l'accouchement



Transmission des anticorps maternels en fonction de l'âge gestationnel



Herpès néonatal: Prise en charge



- Chez un **NN asymptomatique à risque** d'herpès néonatal, la prise en charge dépend de l'évaluation du risque de transmission mère-enfant
 - Récurrence maternelle = risque mineur (env 1%)
 - PI ou Infection initiale non primaire = risque majeur (env 44%).
 - Cas particulier du NN prématuré = considérer comme à risque majeur quelque soit le statut maternel.

Examens virologiques du n-né **symptomatique**



PCR HSV sur prélèvements périphériques

PCR HSV sur le sang

PCR HSV sur LCR

Les **prélèvements pour PCR HSV** doivent être **multiples** et réalisés le plus **précocement** possible, de préférence avant le traitement mais sans le différer

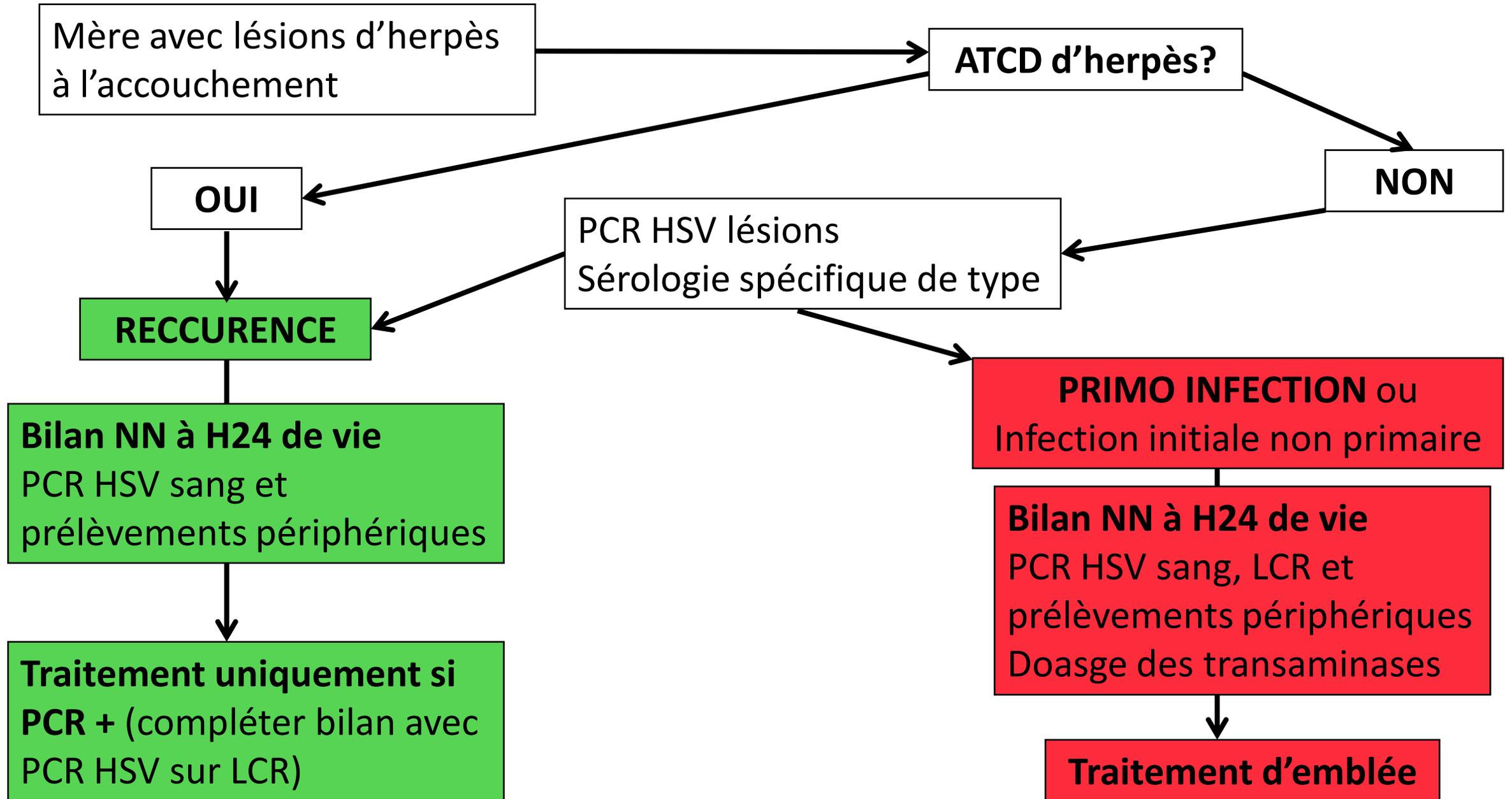
Sérologie

Herpès néonatal: Prise en charge



- Chez un **NN symptomatique** suspect d'herpès néonatal, un traitement par aciclovir IV doit être débuté sans attendre la confirmation virologique (Grade A).

Herpès néonatal: Prise en charge

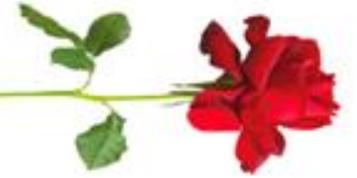


Herpès néonatal: traitement



- **Aciclovir IV à la posologie de 60mg/kg/j (Grade C).**
- **Durée selon la forme clinique (Accord professionnel):**
 - SEM : 14 jours
 - SNC ou Disséminée : 21 jours
 - En cas d'atteinte du SNC, PL avec PCR HSV sur le LCR en fin de traitement. Si PCR +, l'aciclovir doit être poursuivi (Accord professionnel).
- **Un relais par aciclovir oral (300mg/m²/j en 3x) pendant 6 mois est recommandé, quelque soit la forme clinique, pour améliorer le pronostic neurologique et diminuer le risque de récurrence (Grade B).**

Transmission post-natale



Principalement liée à HSV-1.

Contamination par contact direct entre le n-né et une lésion d'herpès

L'allaitement maternel n'est pas contre indiqué sauf en cas de lésion sur le mamelon.

Les règles de prévention de la transmission post-natal de l'HSV doivent être connues des parents et de l'entourage mais également du personnel soignant

Annexe 1. Fiche d'information destinée aux parents d'enfant à risque d'herpès néonatal (adapté d'après Francoual (1)).

Chers Parents,

Votre enfant a été examiné et a eu des examens biologiques lors de son séjour en maternité pour évaluer le risque de transmission du virus de l'herpès. Les résultats de l'examen clinique et de examens biologiques permettent une sortie à domicile.

Ce document a pour objectif de vous sensibiliser aux symptômes devant vous amener à consulter rapidement, en particulier si ils apparaissent au cours des 6 premières semaines de vie :

- Apparition de vésicule sur la peau ou dans la bouche
- Œil rouge et/ou larmoyant
- Perte de l'appétit, refus de téter
- Somnolence excessive
- Irritabilité avec pleurs incessants, sursauts
- Convulsion : secousses rythmées d'un ou plusieurs membres ou du visage, réversion des yeux vers le haut ou vers le bas.
- Fièvre (température intra rectale supérieure à 38°C)
- Jaunisse qui ne s'améliore pas ou s'aggrave
- Saignement inexpliqué (ombilic, nez, oreilles...)
- Difficultés à respirer

En cas de constat d'un ou plusieurs des signes suivant, merci de contacter immédiatement le médecin connaissant le dossier de votre enfant ou le pédiatre de votre maternité.

Liste des contacts :

- Maternité :
- Pédiatre de maternité (garde) :
- Médecin traitant :

1. Francoual C, Bouillié J, Parat S. Pédiatrie en maternité. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 2008.



Fiche d'information à remettre aux parents de nouveau-nés à risque d'herpès néonatal (CNGOF 2017)

- **Moyens de prévention de l'infection post-natale**
- **Signes d'alerte**
- **Conduite à tenir en cas de signe d'alerte**
- **Personnes à contacter (pédiatre référent de la maternité)**

Conclusion

AN INNOCENT **KISS** ON **LIPS**
CAN BE **DANGEROUS** TO YOUR **NEWBORN**

 **NEONATAL HERPES**
Neonatal herpes is a herpes infection in a newborn. It's caused by the herpes simplex virus, a highly contagious virus that can cause cold sores and genital ulcers in adults.

SYMPTOMS OF NEONATAL HERPES

 **HIGH-PITCHED CRY**

 **RESPIRATORY DISTRESS**

 **FEVER**

 **LETHARGY**

 **STOPS FEEDING**



PREVENTION = CHALLENGE

- Fréquence des **infections initiales** maternelles non documentées (fièvre inexpiquée = facteur de risque d'herpès néonatal)
- Fréquence des **contaminations post-natales**
- **Difficultés du diagnostic** d'herpès néonatal
- « *Counseling* »
- **Information des parents +++**
- **Fiche d'information**

Merci

