

# Item 164 : Infections à herpès virus du sujet immunocompétent.

Plan		
A. <b>HERPÈS CUTANÉO-MUQUEUX</b> B. <b>VARICELLE</b> C. <b>ZONA</b>		
Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer un herpès cutané et muqueux, une varicelle, un zona chez le sujet immunocompétent - Connaître la conduite à tenir devant un herpès cutané et muqueux, une varicelle, un zona et leurs complications les plus fréquentes. - Connaître les risques en cas d'infection chez la femme enceinte, le nouveau-né, le sujet atopique.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / PMZ
- <b>ANAES 2001</b> : herpès - <b>SPILF 1998</b> : infections à VZV - Polycopié National Dermatologie 2008 - items <b>84-1 84-2</b> - Polycopié National Maladies Infectieuses 2012 - <b>item 84</b>	- Lésion vésiculeuse « en bouquet » - Polycyclique / érosive / douloureuse - PI: gingivo-stomatite/ vulvo-vaginite - Récurrence: oro-facial / génital - Cytodiagnostic de Tzanck sur frottis - PI 1/2: aciclovir PO 200mg x5/j 10J - Rec /2: aciclovir PO 200mg x5/j 5J - Tt préventif ssi ≥ 6 récurrences/an - Varicelle = vésicule / macule / croûte - Varicelle simple = pas d'anti-viral - Eruption vésiculeuse en hémi-ceinture - Prévention APZ ssi > 50ans et < 72h - Valaciclovir 1g x3/J PO pendant 7J	- Facteur déclenchant - Notion de contagé - Rechercher l'autre localisation - HSV2 = bilan IST / éducation - AUCUN ex. si typique/sain - Récurrence HSV1: pas de Tt - PI varicelle - MHD / pas d'AINS ni de talc - Eviction scolaire - Zona < 50ans = VIH - Ex. ophtalmo / pommade

## A. HERPÈS CUTANÉO-MUQUEUX

- Généralités

### Définitions

- **Famille des Herpes Viridae**: HSV 1 et 2 / VZV / CMV / EBV
- **Récurrence**: réactivation symptomatique chez un patient déjà infecté par ce type viral
- **Excrétion virale asymptomatique**: détection du virus positive mais patient asymptomatique
- **Réactivation**: alternance de période de réplication (= excrétion ou récurrence) et de latence
- **Infection initiale non primaire**: infection avec HSV1 ou 2 chez un patient déjà infecté par l'autre

### Epidémiologie

- !! Herpès = maladie virale la plus fréquente / transmission strictement **inter-humaine**
- **HSV 1**: 60% de la population / T° orale > oro-génitale (20%) / 1ères années de vie
- **HSV 2**: 20% de la population / 2e IST la + fréquente / T° sexuelle >> orogénitale (5%) / 1ers rapports (15-25ans)
  - **FdR d'infection à HSV 2**: F / 1ers rapports précoces / partenaires multiples / VIH

### Physiopathologie

- **Primo-infection**
  - Multiplication au point d'inoculation (c. épithéliales: PI symptomatique)
  - Puis diffusion centripète par voie nerveuse (+/- sanguine) → ganglion rachidien
- **Phase de latence**
  - HSV dans ganglion: trigéminé (HSV1) ou sacré (HSV2)
  - Virus non pathogène (asymptomatique) mais inaccessible aux anti-viraux
- **Réactivation**
  - Réactivation / multiplication / migration centrifuge vers la peau = symptomatique

- **Rechercher facteur déclenchant (PMZ)**
  - Asthénie / stress / règles
  - Infection intercurrente (ex: HSV1 dans PFLA: cf [item 86](#))
  - Immuno-dépression: **VIH** / diabète / hémopathie / corticothérapie
  - Facteurs environnementaux: exposition UV / froid
  - Traumatisme / Chirurgie régionale

## - Diagnostic

### Examen clinique

- **Lésion élémentaire (3) +++**
  - **vésicules** se regroupant « en bouquet »
  - **érosions** à contours **polycycliques** +/- ulcération
  - **douloureuse** et oedémateuse
  - **!! NPO**: tout herpès doit faire rechercher les deux localisations (**PMZ**)
- **Primo-infections**
  - à HSV 1 = **gingivo-stomatite herpétique**
    - **Asymptomatique** dans 90% des cas
    - **Terrain**: enfant 1 à 4 ans
    - **Forme typique = gingivo-stomatite herpétique aiguë**
      - = angine vésiculeuse herpétique (cf [item 77](#))
      - Début brutal / fièvre 38-39°C / ADP cervicales douloureuses / malaise / haleine fétide
      - Vésicules en bouquets péri-buccaux sur fond érythémateux
      - Erosions polycycliques buccales recouvertes d'un enduit blanchâtre
      - Evolution = guérison sous traitement en 1-2 semaines
  - à HSV 2 (et 1) = **vulvo-vaginite herpétique**
    - **Asymptomatique** dans 90% des cas / **!! HSV1** dans 30% des cas en fait...
    - **Terrain**: femme jeune entre 15-25ans +/- facteurs de risques (cf supra)
    - **Forme typique chez la femme = vulvo-vaginite aiguë**
      - Début brutal / fièvre / ADP inguinales sensibles / dysurie (cf neurotrophe)
      - Lésions vésiculeuses / érosions arrondies polycycliques vers l'anus
      - Muqueuse valvulaire oedematiée / très douloureuse
      - Evolution = guérison sous traitement en 2-3 semaines
- **Récurrences**
  - **Remarques**
    - Les récurrences ne touchent en réalité que 20-30% des porteurs d'HSV
    - Surviennent toujours au même endroit chez un même individu
    - Toujours rechercher un **facteur déclenchant** devant une récurrence (**PMZ**)
  - à HSV 1 = **herpès oro-facial**
    - Localisation = labiale +++ / buccale (= stomatite)
    - Prodromes: brûlures / picotement pendant quelques heures
    - **Pas de signes généraux / pas de fièvre / pas d'ADP cervicales** (≠ PI !)
    - Bouquet de vésicules en tête d'épingles sur macule érythémateuse
    - Puis dessèchement et croûte en 48h
    - Evolution = guérison spontanée en 1 semaine
  - à HSV 2 = **herpès génital**
    - Localisation = muqueuse génitale et fesses
    - Prodromes: prurit / brûlures / paresthésies pendant 24-48h
    - **Pas de signes généraux / pas de fièvre / pas d'ADP inguinale** (≠ PI !)
    - Bouquet de vésicules sur muqueuse-périnée puis érosion et croûte
    - Evolution = guérison sous Tt en 1 semaine

### Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
  - **Indications (2)**
    - **Primo-infection**: confirmation virologique si PI **génitale** chez la **femme en âge de procréer (compte tenu du risque d'herpès néonatal)** +++
    - **Cas particuliers**: femme enceinte / ID / nouveau-né / Sd de Kaposi-Juliusberg / forme viscérale ou atypique

- Récurrence typique chez sujet sain: AUCUN examen, diagnostic clinique (PMZ)
- Modalités: **prélèvement local sur lame pour**
  - Recherche d'antigène (++)
    - par ELISA ou par IFD / rapide (2-3h) et simple / Se = 90%
  - Cultures virales (++)
    - Reste l'examen de référence mais coût et délai long: 2 à 3J
  - Cytodiagnostic de Tzanck
    - En cas d'urgence / rapide (30min) mais peu sensible (60%)
    - Recherche cellules ballonnées par effet cytopathogène du HSV
- !! Ne sont **pas** indiqués
  - PCR: **aucun** intérêt dans le cadre des herpès cutanéomuqueux (≠ méningite)
  - Sérologie: peu d'intérêt / inconstante si récurrence
- Pour évaluation du terrain = bilan IST
  - Indication: systématique devant toute PI ou récurrence d'**herpès génital** (PMZ)
  - Comprend:
    - VIH: avec accord du patient / renouveler à 3M
    - VHB (!! délai entre contagion et positivité)
    - VDRL-TPHA (syphilis): renouveler à 1M
    - Chlamydia = PCR 1er jet d'urine
    - Gonocoque = examen bactériologique sur prélèvement local

### Formes compliquées

- Syndrome de Kaposi Juliusberg (pustulose varioliforme)
  - = surinfection par HSV pendant une poussée de dermatite atopique (cf [item 114](#))
  - Clinique
    - Signes généraux: fièvre élevée / AEG marquée
    - Eruption vésiculo-pustuleuse « explosive »
      - vésicules confluentes / évoluant vers la nécrose
      - débute au visage puis extension rapide / rarement viscérale (SdG !!)
- Herpès de la femme enceinte
  - = risque de complications ++ (cf [item 20](#))
  - Si PI en début de grossesse (T° in utero) → fausse couche spontanée tardive / **pas d'embryofoetopathie**
  - Si récurrence ou PI en per-partum → risque d'herpès néo-natal (cf. infra)
- Herpès néo-natal
  - Contamination
    - Per partum +++ (lors du passage de la filière génitale)
    - Rarement in utero ou post-partum par contact avec herpès labial
  - Suspicion clinique
    - !! Herpès néo-natal: toujours symptomatique et souvent **grave**
    - Forme cutanéomuqueuse: lésions cutanées typiques +/- généralisées
    - Forme neurologique: méningo-encéphalite / M = 15% / séquelles possibles
    - Forme systémique: forme la plus grave / atteinte multi-viscérale / M: 60-80%
  - Confirmation paraclinique: **prélèvements**
    - Chez l'enfant: PCR HSV sang (virémie) et LCR + prélèvement local (vésicule)
    - Chez la mère: sérologie maternelle + prélèvement vaginal (Ag-culture)
- Formes topographiques
  - Herpès oculaire: kérato-conjonctivite unilatérale / auto-inoculation ++
  - Herpès digital: faux panaris herpétique / chez personnel soignant ++ (dentiste)
- Erythème polymorphe (cf [item 116](#))
  - Récurrence herpès orofacial = 1ère cause d'érythème polymorphe
  - Clinique
    - Lésions cutanées annulaires en **cocarde** / sensation de brûlure
    - Topographie: symétrique / zones d'extension / **extrémités** (mains / pieds ++)
    - Lésions muqueuses rares (**érosions** buccales ou génitales) (≠ Stevens-Johnson)

### - Traitement

#### Prise en charge

- Ambulatoire si forme typique et terrain sain

- Hospitalisation si: Kaposi-Juliusberg / herpès néonatal / femme enceinte / ID

#### Tt curatif = anti-viral

- Infection à HSV1
  - **Primo-infection**: aciclovir PO 200mg x5/j pendant **10 jours**
  - **Récurrence**: AUCUN +++ (PMZ)
- Infection à HSV2
  - **Primo-infection**: valaciclovir 500mg x2/j PO pendant **10 jours** (ou aciclovir 200mg x5)
  - **Récurrence**: valaciclovir 500mg x2/j PO pendant **5 jours** (non systématique mais à débiter le plus rapidement possible si prescrit !)

#### Tt symptomatique

- Si PI à HSV1 (gingivo-stomatite herpétique aiguë)
  - Antalgique-antipyrétique / alimentation semi-liquide
  - Antiseptique = bains de bouche 3x/j
- Si PI à HSV2 (vulvo-vaginite aiguë)
  - Antalgique-antipyrétique (paracétamol) +++
  - Antiseptique = toilette avec solution moussante 2x/j

#### Tt préventif

- Indication
  - Identique dans herpès oro-facial et génital +++
  - si et seulement si > **6 récurrences/an** (chez patient non-ID)
- Modalités
  - Valaciclovir (Zelitrex®) 500mg 1cp/j PO pendant 6 à 12M
  - (ou aciclovir 400mg x2 PO pendant 6-12M)

#### Mesures associées

- Devant toute récurrence
  - Recherche et éviction du facteur déclenchant +++
  - **Information** et éducation du patient (évolution..)
  - Prise en charge psychologique si facteur déclenchant psychogène
  - **Pas de contact avec enfant ayant une dermatite atopique +++ (PMZ)**
- Si herpès génital = mesures associées aux IST (5) (PMZ)
  - **Sérologies** [VIH / VHB / VDRL-TPHA] + gonocoque-chlamydia
  - Rapports sexuels protégés jusqu'à cicatrisation (2-3S) (**préservatif**)
  - Dépistage +/- Tt de tous les **partenaires** +++
  - **Education** du patient sur les IST
  - Proposer vaccination contre le **VHB**

#### Tt des formes compliquées

- Syndrome de Kaposi-Juliusberg
  - Hospitalisation / urgence thérapeutique / VVP
  - **Anti-viral en parentéral**:
    - Aciclovir en IV pendant 3j puis relais PO
    - pour une durée totale de 10-15 jours
- Herpès de la femme enceinte
  - **Tt antiviral**
    - **si primo-infection génitale herpétique**
      - Tt curatif: aciclovir 200mg x5/J PO pendant **10 jours** (idem hors grossesse)
      - puis aciclovir prophylactique à partir de **36SA** et jusqu'à l'accouchement
    - **si récurrence génitale herpétique**
      - Tt curatif: aciclovir 200mg x5/J PO pendant 5J (idem hors grossesse)
      - **!! PAS** de Tt prophylactique au cours du dernier mois recommandé (**ANAES 2001**)
  - **Césarienne**
    - Indiquée de façon formelle si lésions présentes au cours du travail
    - « A discuter » si primo-infection < 1 mois ou récurrence < 1 semaine
    - Non indiquée si primo-infection > 1 mois ou récurrence > 1 semaine
- Herpès néonatal
  - Urgence thérapeutique / hospitalisation en néonatalogie
  - **Tt curatif antiviral**
    - **Forme cutanéomuqueuse**: aciclovir en IV pendant 2 semaines
    - **Forme systémique ou neuro**: aciclovir en IV pendant 3 semaines

#### Surveillance

- **Clinique**: disparition de l'éruption en 1 semaine sous traitement anti-viral

## B. VARICELLE

### - Généralités

#### Définition

- Varicelle = primo-infection au virus VZV (famille des herpes viridae)

#### Epidémiologie

- La plus fréquente des éruptions de l'enfant / 90% de la population séropositive à 15ans
- Touche les enfants entre 2 et 10ans (!! protection par les Ac maternels avant 6 mois)

#### Physiopathologie

- Contamination inter-humaine directe: par voie aérienne (salive)
- Contagiosité +++: dès 2-3j **avant** l'éruption / persiste tant qu'il y a des croûtes
- Diffusion nerveuse et sanguine: atteinte peau +++ par rapport aux autres organes
- Immunité post-varicelle: protège contre une 2<sup>nd</sup>e varicelle (mais pas contre un zona)

### - Diagnostic

#### Examen clinique (forme typique = varicelle de l'enfant)

- Interrogatoire
  - Terrain: enfant entre **2 et 10ans** / pas d'actd de varicelle
  - Anamnèse: !! durée d'**incubation de 14 jours** / notion de **contage**
  - Phase d'**invasion**: 1-2j / souvent inaperçue / fébricule
- Examen physique (phase d'état)
  - Lésions élémentaires (3+1)
    - **Vésicules** translucides (« goutte de rosée ») **ombiliquées**
    - **Macules** érythémateuses très prurigineuses
    - **Croûtes** brunâtres: tombent à ~ 8J (!! contagieux tant que croûtes)
    - !! co-existence de lésions **d'âges différents**: cf poussées successives
  - Topographie = **généralisée et descendante**
    - Débute au cuir chevelu (nuque) / à la face
    - Puis extension: tronc / membres / OGE
    - Respecte en général les paumes / plantes
- Evolution
  - 2 à 3 poussées en 5-10 jours
  - Guérison spontanée en **10-15 jours**

#### Examens complémentaires

- Indications
  - **Forme typique sur terrain sain**: AUCUN +++ (**PMZ**)
  - **Indications (3)**: varicelle de l'adulte atypique / ID / femme enceinte (< 20SA)
- Modalités
  - Prélèvement pour recherche d'Ag par IFD / cultures cellulaires
  - Cytodiagnostic de Tzanck sur frottis des lésions / PCR

#### Formes cliniques

- **Varicelle du nouveau-né**
  - = éruption diffuse ulcéro-nécrotique / gravité +++
- **Varicelle de l'adulte**
  - Tableau plus marqué: fièvre élevée / AEG
  - Eruption cutanée profuse / rechercher complication: **pneumopathie**
- **Varicelle de l'adulte immuno-déprimé**
  - **Varicelle grave hémorragique = nécrotico-hémorragique + viscérale**
    - Terrain: hémopathie (lymphome) / transplantés ++ / corticoïdes ou IS
    - Signes généraux: syndrome infectieux sévère / AEG
    - Signes cutanés: éruption diffuse avec vésicules hémorragiques et nécrotiques
    - Rechercher atteinte viscérale: ME / pneumopathie / hépatite
  - **Varicelle chronique du sidéen**
    - Terrain: patient SIDA avec Tt prolongé par aciclovir
    - Signes cutanés: lésions nodulaires ulcérées +/- croûteuses

**Diagnostiques différentiels**

- Chez l'enfant: prurigo strophulus (lésion de grattage)
- Chez l'adulte immunodéprimé: herpès ou zona généralisé

**- Complications****Surinfection bactérienne cutanée (par SGA ++)**

- Impétiginisation +++ : surinfection des lésions de grattage: cf [item 87](#)
- Autres: abcès / fasciite nécrosante streptococcique / cellulite (dermo-hypodermite) / ostéo-arthrite / **arthrite septique / épidermolyse staphylococcique**
- +/- séquelles de grattage: cicatrices parfois définitives

**Pneumonie varicelleuse**

- !! Principale complication de la varicelle chez l'adulte (5% des cas)
- Terrain: adulte / entre J2 et J6 / mais possible chez l'enfant aussi / FdR : tabac et grossesse
- Clinique: fièvre élevée / toux / dyspnée
- Paraclinique: syndrome interstitiel à la radio thorax (= pneumopathie atypique)
- Evolution: en général favorable mais risque de surinfection ou décompensation

**Complications neurologiques**

- Ataxie cérébelleuse aiguë +++: enfant 2-4ans / régression spontanée sans séquelle à J15
- Méningo-encéphalite varicelleuse: plus rare (au contraire de la ME herpétique ++)
- Syndrome de Reye
  - Encéphalopathie (encéphalite aiguë) associée à une stéatose hépatique
  - Due à une infection virale (varicelle / grippe / herpès) + **aspirine**
  - Rare mais justifie l'interdiction d'aspirine pendant la phase d'état

**Autres complications**

- Chez la femme enceinte: embryofœtopathie (ssi < 20SA) / hépatite cytolytique
- A distance: les principales complications sont les **cicatrices** +++ / définitives

**- Traitement****Prise en charge**

- En ambulatoire si varicelle bénigne de l'enfant ou de l'adulte
- Hospitalisation en urgence si forme grave de l'adulte ou ID

**Education des parents / mesures hygiéniques (PMZ)**

- Pas d'auto-médication (3) +++
  - Interdiction de l'**aspirine** (cf Reye) et des **AINS** (cf surinfection)
  - Interdiction des **topiques** (pommades / talc...): favorisent la macération
- Lutte contre les surinfections
  - Hygiène des ongles: propres et coupés courts
  - Si impétiginisation: ABT générale par pénicilline M (cloxacilline) PO 10 jours

**Tt symptomatique (3)**

- Antiseptique local: 2x/j sur lésions (savonnage à la chlorhexidine)
- Antipyrétique: paracétamol 60mg/kg/J en 4 prises PO / mesures physiques
- Anti-histaminique: si prurit important (ex: anti-H1 PO 2G: cétirizine)

**Tt médicamenteux antiviral**

- Forme bénigne de l'enfant et de l'adulte: **non indiqué (PMZ)**
- Indications de l'aciclovir en IV (seulement) pendant 8-10J +++ (6)
  - Varicelle de l'immunodéprimé
  - Varicelle compliquée (pneumopathie / encéphalite)
  - Varicelle néo-natale
  - Nouveau né sans éruption mais dont la mère présente la varicelle entre 5 jours avant l'accouchement et 2 jours après
  - Varicelle grave avant 1 an
  - Varicelle de la femme enceinte dans la dernière semaine

**Tt préventif**

- Pour les contacts (fratrie): il n'y a **AUCUNE** mesure à prendre (sauf si ID)

- **Mesures d'hygiène:** éviter tout contact avec varicelleux
- **Vaccination**
  - !! non recommandée pour la population générale en France
  - **Indications**
    - Professionnels de santé séronégatifs (pas d'atcd de varicelle)
    - Séronégatif en contact avec des immunodéprimés (ex: fratrie de leucémique)
    - Tout contact avec un sujet ayant la varicelle, dans les 72 heures
    - !! contre-indiqué chez la femme enceinte (cf vaccin vivant atténué / hCG avant)

#### Mesures associées

- Pas d'éviction scolaire recommandée si sauf lésions impétiginées importantes
- **Education** des parents / consignes de surveillance
- Annotation du carnet de santé +++

#### Surveillance

- **Clinique:** croûtes / recherche pneumopathie si adulte..

## C. ZONA

### - Généralités

#### Définition

- Zona = **récurrence** du virus VZV (varicelle = primo-infection)
- !! Zona chez un sujet jeune → systématiquement rechercher **VIH (PMZ)**

#### Epidémiologie

- Incidence = 2/1000 par an en France
- **Facteurs de risque:**
  - **âge:** zona principalement chez le sujet âgé (plus de 60ans +++)
  - **immunodépression:** infection VIH / hémopathie (LLC) / Tt immunosuppresseur
  - Pathologie rachidienne: tumeur / traumatisme

#### Physiopathologie

- Zona = ganglio-radculite postérieure: réactivation du VZV quiescent dans le ganglion
- !! le zona n'est pas contagieux (≠ varicelle): ne donne pas de zona mais peut donner une **varicelle**

### - Diagnostic

#### Examen clinique

- **Forme typique = zona intercostal de l'adulte (70% des cas)**
  - **Phase pré-éruptive (3-4 jours):**
    - Signes généraux: fièvre / céphalées
    - Prodromes: douleurs à type de brûlure ou hyperesthésie / unilatérales
  - **Phase éruptive**
    - **Lésion élémentaire**
      - Placards érythémateux avec **vésicules** claires / en bouquet / douloureux
      - Evolution: croûtes (J5-15) puis cicatrices (achromiques / hypoesthésiques)
    - **Topographie systématisée +++**
      - Topographie unilatérale en **hémi-ceinture** / **radiculaire** / **métamérique**
      - !! Toute éruption vésiculeuse unilatérale doit faire suspecter un zona
- **Autres formes cliniques**
  - **Zonas des nerfs crâniens**
    - **Zona ophtalmique (du V)**
      - Atteinte du ganglion de Gasser: **nerf V** (V1: branche ophtalmique)
      - Ex. ophtalmo en urgence: mise en jeu du pronostic fonctionnel (**PMZ**)
    - **Zona géniculé (du VIIb)**
      - Atteinte du ganglion de Wrisberg: **nerf VIIbis** (branche sensitive du facial)
      - Zone de Ramsay-Hunt (tympa / CAE / conque) + **PFP** par contiguïté
  - **Zonas rachidiens non intercostaux**
    - cervicaux (CBH: myosis / ptosis / énoptalmie) / des membres / sacré
  - **Zonas chez le sujet immunodéprimé ++**

- Terrain: VIH / hémopathie / transplanté
- Eruption sévère: bulles +/- nécrose / étendues +/- généralisée (~ // varicelle)
- Si virémie: risque d'atteinte viscérale (méningo-encéphalite, pneumopathie..)

### Examens complémentaires

- Pour diagnostic positif
  - Forme typique et terrain sain: **AUCUN** +++
  - Indications = limitées: ID / grossesse
  - Techniques directes: cytodiagnostics de Tzanck / IFD
- Pour évaluation du terrain
  - !! **sérologie VIH**: systématique devant tout zona avant 50ans (PMZ)

### - Evolution

#### Evolution naturelle

- Bénigne et sans séquelle sous traitement / risque de complications sinon
- Persistance des cicatrices achromatiques / hypoesthésiques possibles

#### Complications

- Surinfection bactérienne = impétiginisation
  - = surinfection des lésions par staph aureus / strepto: cf [item 87](#)
- Algies post-zostériennes
  - = Douleurs paroxystiques / intolérables / insomniantes
  - Si âge élevé (>70ans) et zona ophtalmique surtout
  - !! Résistance aux antalgiques: Sd dépressif à rechercher
- Complications ophtalmologiques: en cas de zona ophtalmique
  - Précoces: conjonctivite / kératite superficielle = bon pronostic
  - Tardives (rares): iridocyclite / névrite optique / kératite paralytique = graves
- Récidives
  - Rares sauf en cas d'immunodépression (rechercher VIH si récurrence +++)
- Remarque: pas de transmission foetale durant la grossesse d'un zona maternel

### - Traitement

#### Prise en charge

- En ambulatoire si zona intercostal typique sur terrain sain
- Hospitalisation si immuno-déprimé (VIH) / zona ophtalmique
- !! NPO **isolement** du patient si hospitalisation

#### Tt curatif = anti-viral

- Si zona intercostal bénin
  - Pas d'indication pour l'aciclovir à visée curative +++
  - Mais **valaciclovir pour prévention des algies post-zostériennes**
    - si patient > **50ans** et prescription **dans les 72h**
    - Valaciclovir (Zélitrex®) 1g x3/j pendant **7 jours**
- Si zona ophtalmique
  - **Valaciclovir** (Zélitrex®) **PO** systématique 1g x3/J pendant 7 jours
  - Tt antiviral local associé: Zovirax® en **pommade** ophtalmique
- Si zona chez l'ID
  - **Aciclovir** (Zovirax®) **IV** en urgence: 10mg/kg/8j pendant **7 jours**

#### Tt symptomatique

- **Antalgiques**: !! antalgiques classiques: selon EVA: niveau 1 ou 2 (cf [item 66](#))
- **Local**: contre surinfection: lavage +/- antiseptique (chlorhexidine moussante) / antalgiques locaux : emplâtres de lidocaïne

#### Tt des complications

- **Algies post-zostériennes (APZ)**
  - Pas d'antalgiques classiques puisque neuropathiques / anti-viraux sans effets
  - AMM: **amitryptiline** (Laroxyl®, AD tricyclique) / **gabapentine** (Neurontin®)
  - Alternatives hors AMM: carbamazépine (Tégétrol®) / Rivotril® / Lyrica®...



**Surveillance**

- **Clinique:** évolution favorable d'un zona intercostal / APZ

**Synthèse pour questions fermées**

Quels sont les 3 moyens pour confirmer une primo-infection herpétique chez la femme ?

- Culture virale
- Recherche d'antigène par IF ou ELISA
- Cytodiagnostic de Tzanck

Quels sont les 6 facteurs de risque d'infection à HSV 2 ?

- Sexe féminin
- Précocité du premier RS
- Nombre de partenaires sexuels
- Atcd d'IST
- Infection par le VIH
- Bas niveau socio-économique

Devant des chutes à répétition et refus de la marche, chez une enfant de 3 ans dont le frère a présenté une varicelle, quel est le diagnostic à évoquer ?

- Ataxie cérébelleuse (cérébellite) varicelleuse

Quelles sont les 2 thérapeutiques ayant l'AMM dans le traitement des algies post-zostériennes ?

- Amitriptyline (Laroxyl): AD tricyclique
- Gabapentine (Neurontin): Anti-épileptique



