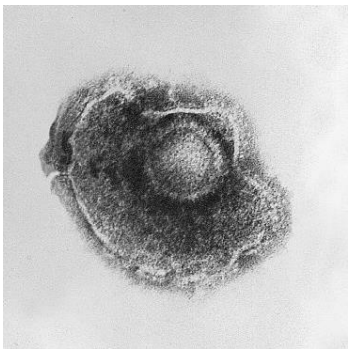
28
VIRUS DE LA VARICELLE ET DU ZONA (VZV)



CARTE D'IDENTITÉ

Cf. fiche « Généralités sur les herpèsvirus »

TRANSMISSION

Virus le plus contagieux de la famille des Herpesviridae

Voie aérienne, par inhalation de gouttelettes respiratoires ou à partir du contenu des vésicules cutanées de varicelle et de zona (par contact direct ou par aérosol) ; Contagiosité : quelques jours avant l'éruption (excrétion pharyngée) jusqu'à la fin de l'éruption

Transmission *in utero* en phase virémique.

EPIDÉMIOLOGIE

La varicelle est une maladie infantile fréquente. 90% des adolescents et 95% des adultes sont immunisés. Environ 700 000 cas/an de varicelle en France dont plus de 90% chez l'enfant de moins 10 ans. 3000 hospitalisations/ an

Epidémies au printemps et à l'automne en zone tempérée. Transmissibilité plus faible et plus tardive en zone tropicale (séroprévalence 40 à 60% chez les adultes).

Incidence du zona 2,8 à 4 cas pour 1000 habitants. 25% des cas surviennent chez les adultes > 50 ans.

PRÉVENTION

Vaccin vivant atténué ; Contre-indication : immunodépression ou grossesse et leur entourage. Recommandé chez les adolescents, les femmes en âge de procréer et les professionnels de santé sans antériorité de varicelle (sérologie négative) (vaccin contre la varicelle et chez les individus âgés de 65 à 74 ans (vaccin contre le zona)

Contage varicelleux chez la femme enceinte séronégative ou chez l'immunodéprimé : immunoglobulines hyperimmunes anti-VZV (VZIG) le plus tôt possible dans les 10 jours post-contage.

Varicelle néonatale : acyclovir IV administré à la mère et l'enfant dès la naissance, associé aux immunoglobulines hyperimmunes anti-VZV (VZIG)

Zona : Traitement précoce par acyclovir peut diminuer la survenue des douleurs post-zostériennes

PHYSIOPATHOLOGIE

Cf. fiche « Généralités sur les herpèsvirus »

La varicelle est l'expression clinique de la primo-infection. Pénétration du virus par voie muqueuse, passage lymphatique (première virémie) puis diffusion vers la peau (virémies secondaires multiples) et éruption vésiculeuse touchant l'ensemble de la peau et des muqueuses évoluant en plusieurs phases. Puis phase de latence virale (persistance à vie) dans les corps neuronaux des ganglions nerveux sensitifs.

Les réactivations du VZV à partir d'un ganglion sensitif sont de deux types, périphérique (zona) ou centrales (neurologiques) parfois associées :

- **Zona** résultant de la migration *rétrograde* du virus le long des axones d'un ganglion sensitif suivie d'une réplication virale au niveau du derme et de l'épiderme endommageant les terminaisons neuronales provoquant douleur et éruption localisée dans le territoire du ganglion sensitif. A distance du zona peuvent persister des douleurs neurogènes chroniques dites douleurs post zostériennes. Les principaux facteurs de risque du zona sont l'âge et l'altération de l'immunité à médiation cellulaire (greffe, infection par le VIH,

chimiothérapie anticancéreuse, immunothérapie pour maladie auto-immune). Les facteurs de risque de douleurs post-zostériennes sont l'intensité de la douleur du zona, le retard à la prise en charge thérapeutique;

- **Formes neurologiques** résultant de la migration *antérograde centripète* vers le système nerveux central.

SIGNES CLINIQUES

Varicelle de l'immunocompétent :

- Incubation 14 jours
- Prodromes (fièvre, céphalées, douleurs abdominales)
- Exanthème débutant au cuir chevelu, sur la face ou le tronc s'étendant à tout le corps : macules érythémateuses évoluant en vésicules à liquide clair qui se troublent, s'ombiliquent et se dessèchent formant des croûtes
- L'éruption évolue sur 7 jours en plusieurs vagues successives espacées de quelques jours correspondant aux virémies secondaires, avec coexistence d'éléments d'âges différents. Elle s'accompagne d'un prurit intense et d'une fièvre modérée (38,5°C). La maladie se termine par la chute des croûtes laissant parfois des cicatrices.

(Images, Pr S. Hantz CHU de Limoges)

Complications : surinfections bactériennes (enfant de moins de 5 ans) ; hépatite de gravité variable, pneumopathie varicelleuse (plus fréquente chez l'adulte en particulier la femme enceinte) avec insuffisance respiratoire parfois grave

Immunodéprimé : formes graves de varicelle avec lésions hémorragiques puis nécrotiques et atteinte polyviscérale, hépatite fulminante, pneumopathie, atteinte médullaire et neurologique centrale

Varicelle congénitale et néonatale

- *Varicelle congénitale* : transmission *in utero* (hématogène transplacentaire). Avant 20 SA risque d'avortement, syndrome malformatif (1-2%) : lésions cutanées cicatricielles métamériques, hypoplasie d'un membre, lésions oculaires (cataracte choriorétinite microphtalmie), et neurologiques (microcéphalie…).
- *Varicelle néonatale* : Varicelle grave du nouveau-né en cas de varicelle maternelle dans les 21 jours avant l'accouchement et jusqu'à 7 jours après. Rare en France en raison de la séroprévalence élevée chez l'adulte, risque maximal entre J-7 et J+7 après l'accouchement, mortalité pour le nouveau-né de 30% en l'absence de traitement.

Zona

- Forme classique du zona : éruption vésiculeuse dans le territoire d'un ganglion nerveux sensitif précédée de douleurs intenses et évoluant en 15 jours vers la guérison avec ou sans cicatrices. Formes cliniques dépendant du territoire du ganglion sensitif : thoracique 50%, lombaire, sacré associé à une rétention d'urines ou des paralysies des membres inférieurs, cervical, cervico-brachial, crânien (zona ophtalmique, paralysie faciale +/- éruption). Principale complication : douleurs post zostériennes définies comme des douleurs persistant plus de trois mois après la guérison du zona.
- Zona de l'immunodéprimé : extensif, nécrotique, parfois disséminée avec virémie (zona-varicelle)
- Zona de la femme enceinte : pas de risque de transmission materno-fœtale
- Zona de la petite enfance possible en cas d'infection acquise *in utero*

Réactivation : formes neurologiques : VZV= 1ère cause infectieuse de méningo-encéphalite chez > 60 ans

- Méningites, méningoencéphalites, cérébellites, méningo-radiculites, myélite transverse aiguë avec troubles sensitifs et sphinctériens
- Atteintes oculaires, rétinites nécrosantes aiguës

DIAGNOSTIC VIROLOGIQUE

Indications :

Diagnostic clinique

Confirmation virologique utile en cas de :

- Eruption atypique (diagnostic différentiel avec HSV, monkeypox virus, entérovirus)
- Suspicion de formes grave ou de complications (encéphalite, immunodéprimés, femme enceinte)

Méthodes :

Sérologie : détection des IgG uniquement pour déterminer le statut immunitaire (chez les personnes sans antécédent de varicelle et à risque d'infection grave en cas de contage (femmes enceintes, immunodéprimés), ou candidates à la vaccination

RT-PCR

Possible dans différents échantillons en fonction de la symptomatologie (prélèvement de liquide vésiculaire, écouvillon cutanéomuqueux déchargé en milieu de transport, liquide cérébrospinal (LCS), liquide de lavage broncho-alvéolaire, prélèvement oculaire, salive).

TRAITEMENT

La majorité des infections chez l'enfant immunocompétent sont bénignes et résolutives sans traitement antiviral.

Aciclovir en première intention pour la prise en charge des infections à VZV, par voie IV pour les formes cliniques graves, ou orale (**valaciclovir** prodrogue de l'aciclovir avec une meilleure biodisponibilité). Attention : des doses plus élevées d'aciclovir que celles utilisées pour HSV sont nécessaires pour traiter les infections à VZV, d'où l'importance d'un diagnostic étiologique

Alternative (ex : mauvaise tolérance de l'aciclovir, résistance virologique) : foscarnet (utilisation IV ; néphrotoxicité).

Auteure Sophie Alain
Relecteur David Boutolleau

Légende *Rang A* *Rang B* *Rang C*

Cette fiche a été rédigée par les enseignants de bactériologie-virologie-hygiène des facultés de médecine de France
Elle est la propriété du groupe AZAY de la Société Française de Microbiologie (SFM)
Toute reproduction ou utilisation hors contexte d'enseignement académique est interdite