

# Item 84 : Infections à herpès virus de l'enfant et de l'adulte immunocompétents : varicelle et zona

---

---

**Collège National des Enseignants de Dermatologie**

**Date de création du document    2010-2011**

## Table des matières

<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>3</b>
<b>I Diagnostic et évolution .....</b>	<b>5</b>
<b>I.1 Varicelle .....</b>	<b>5</b>
<b>I.1.1 Forme typique bénigne .....</b>	<b>5</b>
<b>I.1.2 Formes compliquées et/ou graves.....</b>	<b>8</b>
<b>I.1.2.1 Surinfections cutanées .....</b>	<b>8</b>
<b>I.1.2.2 Pneumopathie varicelleuse .....</b>	<b>8</b>
<b>I.1.2.3 Manifestations neurologiques .....</b>	<b>8</b>
<b>I.1.2.4 Formes profuses et graves .....</b>	<b>9</b>
<b>I.2 Zona.....</b>	<b>11</b>
<b>I.2.1 Arguments cliniques du diagnostic .....</b>	<b>11</b>
<b>I.2.1.1 Lésions vésiculeuses .....</b>	<b>11</b>
<b>I.2.1.2 Unilatéralité et caractère métamérique des lésions .....</b>	<b>11</b>
<b>I.2.1.3 Douleurs radiculaires.....</b>	<b>11</b>
<b>I.2.1.4 Topographie.....</b>	<b>11</b>
<b>I.2.1.5 Autres signes d'accompagnement de l'éruption .....</b>	<b>13</b>
<b>I.2.2 Formes graves et/ou compliquées.....</b>	<b>13</b>
<b>I.2.2.1 Chez les immunodéprimés.....</b>	<b>14</b>
<b>I.2.2.2 Chez le sujet âgé .....</b>	<b>14</b>
<b>II Diagnostic différentiel .....</b>	<b>15</b>
<b>III Diagnostic biologique .....</b>	<b>15</b>
<b>IV Traitement .....</b>	<b>15</b>
<b>IV.1 Varicelle .....</b>	<b>16</b>
<b>IV.1.1 Varicelle bénigne de l'enfant .....</b>	<b>16</b>
<b>IV.1.2 Varicelles graves ou compliquées.....</b>	<b>16</b>
<b>IV.1.3 Vaccination.....</b>	<b>17</b>
<b>IV.2 Zona.....</b>	<b>18</b>

<b>IV.2.1</b>	<b>Traitement local.....</b>	<b>18</b>
<b>IV.2.2</b>	<b>Traitement antiviral systémique .....</b>	<b>18</b>
<b>IV.2.2.1</b>	<b>Chez les sujets immunocompétents .....</b>	<b>18</b>
<b>IV.2.2.2</b>	<b>Chez les immunodéprimés.....</b>	<b>18</b>
<b>IV.2.3</b>	<b>Traitements spécifiques du zona ophtalmique .....</b>	<b>18</b>
<b>IV.2.4</b>	<b>Traitement des douleurs associées .....</b>	<b>18</b>
<b>Points Essentiels .....</b>		<b>19</b>

## **OBJECTIFS**

ENC :

- Diagnostiquer et traiter une poussée d'herpès cutané et muqueux.
- Diagnostiquer et traiter une varicelle et en connaître les complications.
- Diagnostiquer et traiter un zona dans ses différentes localisations.
- Préciser les complications de la maladie herpétique chez la femme enceinte, le nouveau-né et l'atopique.

SPECIFIQUE :

- Varicelle : diagnostiquer et traiter une varicelle et en connaître les complications ; préciser les complications chez la femme enceinte, le nouveau-né.
- Zona : diagnostiquer et traiter un zona dans ses différentes localisations ; préciser les complications chez la femme enceinte, le nouveau-né.

### **Une conférence de consensus sur varicelle a été faite en 1998**

Varicelle et zona sont dus au virus zona-varicelle (VZV), virus à ADN appartenant au groupe des *Herpesviridae* de contamination strictement interhumaine.

*La varicelle correspond à la primo-infection et le zona à une récurrence localisée.*

## Épidémiologie

La varicelle est la plus contagieuse des maladies éruptives. La majorité des cas (90 %) survient entre 1 et 14 ans, avec un maximum entre 5 et 9 ans. La varicelle chez l'enfant immunocompétent est habituellement bénigne.

Chez l'adulte, même immunocompétent, la varicelle comporte un risque de mortalité, lié essentiellement à la pneumopathie varicelleuse, plus important après 50 ans. On constate actuellement une élévation de l'âge moyen de la varicelle (par augmentation des cas chez l'adulte) avec majoration des formes graves et de la mortalité.

Les varicelles par contamination *intrafamiliale* et en *collectivité* sont plus sévères (contamination plus massive ?). Les varicelles des *immunodéprimés* sont graves et plus fréquentes du fait des progrès des thérapeutiques immunosuppressives et des greffes d'organes. L'infection par le VIH ne semble pas aggraver le pronostic de la varicelle mais est associée à des formes d'évolution prolongée.

L'incidence du zona augmente après 50 ans pour atteindre son maximum au-delà de 75 ans (1,4/100 personne/année, 20 % de la population étant touchée). Le zona est rare dans l'enfance. Chez l'adulte jeune, il doit faire rechercher une infection par le VIH.

## Physiopathologie

Après *contamination respiratoire*, la *durée de la période d'incubation* est de 14 jours (+++). Puis par dissémination hémotogène le VZV atteint la peau et les muqueuses qui constituent les organes cibles. Il se réplique dans les *kératinocytes*, dont il provoque la ballonnisation. Cet *effet cytopathique* caractéristique des *Herpesviridae* est responsable de la formation des *vésicules intraépidermiques*, typiques de l'éruption.

Les anticorps apparaissent au 5<sup>e</sup> jour et sont à leur maximum au 20<sup>e</sup> jour. Ce sont cependant la réponse immune cellulaire et la production d'interféron qui limitent l'infection. En cas de déficit du système immunitaire, le VZV peut être responsable de formes graves atteignant poumons, foie et système nerveux central.

La varicelle est immunisante, mais malgré la persistance des anticorps pendant plusieurs années, le VZV reste à l'état latent dans les ganglions sensitifs des nerfs crâniens et rachidiens.

Le zona est une récurrence localisée par rupture de l'état de latence virale due à des modifications de la pathogénicité du virus et/ou de l'immunité cellulaire. Le

« vieillissement » du système immunitaire explique la plus grande fréquence du zona chez les sujets âgés.

Le faible pouvoir immunisant des varicelles survenant *in utero* ou chez le petit nourrisson encore protégé par les anticorps maternels explique la survenue de zona chez l'enfant. En général, le zona ne survient qu'une fois dans la vie. Un zona peut être contaminant et donner une varicelle chez un sujet contact non immunisé. Une varicelle ne donne pas de zona chez un sujet contact.

## I DIAGNOSTIC ET EVOLUTION

---

Le diagnostic positif est avant tout clinique.

La lésion dermatologique élémentaire de la varicelle et du zona est une vésicule. Elle n'est pas toujours évidente et doit être recherchée avec soin.

### I.1 VARICELLE

#### I.1.1 Forme typique bénigne

Les arguments du diagnostic sont :

- l'âge de survenue : enfant d'âge scolaire, n'ayant pas déjà eu la varicelle et non vacciné ;
- les signes d'accompagnement : fébricule (38-38,5°C) et malaise général, inconstants et modérés ;
- l'aspect de l'éruption : elle se présente au début sous forme de macules rosées, en nombre variable, vite surmontées d'une vésicule en « goutte de rosée » très évocatrice (Figure 1). Dès le lendemain, le liquide se trouble, la vésicule s'ombilique (ce qui est également très typique), et dans les 3 jours, elle se dessèche, formant une croûte qui tombe en une semaine, laissant une tache hypopigmentée transitoire, parfois une cicatrice atrophique. Le rôle favorisant du grattage sur les cicatrices est controversé. Sur les muqueuses buccale et génitale, la varicelle se présente sous forme d'érosions arrondies, de quelques millimètres de diamètre, bien séparées les unes des autres (Figure 2) ;
- plusieurs poussées de vésicules se succèdent : l'éruption comporte donc des éléments d'âge différent (Figure 3) ;

- la topographie de l'éruption : elle atteint d'abord le cuir chevelu, en particulier la région de la nuque, puis le tronc et les muqueuses, puis s'étend aux membres avec respect des régions palmo-plantaires, et enfin au visage ;
- la notion de contagé : 14 jours auparavant (+++).

**Figure 1 : Varicelle au début : vésicules en « gouttes de rosée »**



**Figure 2 : Varicelle : érosions buccales**



**Figure 3 : Varicelle établie : lésions d'âge différent, inflammatoires, ombiliquées ou croûteuses**



L'évolution de cette forme bénigne est rapidement favorable sans complications.

## I.1.2 Formes compliquées et/ou graves

### I.1.2.1 Surinfections cutanées

Elles se voient essentiellement chez l'enfant et sont dues au staphylocoque doré ou au streptocoque.

L'impétiginisation, complication bénigne, se traduit par des placards croûteux, mélicériques, qui se superposent à l'éruption pouvant faire croire à tort à un impétigo primitif.

Les surinfections plus graves sont exceptionnelles :

- épidermolyse staphylococcique, (ou syndrome SSSS : *Staphylococcal Scalded Skin Syndrome*), éruption scarlatiniforme puis desquamative par sécrétion d'une toxine staphylococcique exfoliante ;
- dermo-hypodermite et fasciite nécrosante streptococcique, très graves, nécessitant une prise en charge médicochirurgicale urgente ;
- dissémination bactérienne (septicémie, arthrites).

### I.1.2.2 Pneumopathie varicelleuse

Elle est rare (5 %), essentiellement observée chez l'adulte.

Elle survient 1 à 6 jours après l'éruption. Elle se manifeste par une toux avec dyspnée, fièvre, hémoptysies et parfois détresse respiratoire aiguë. La radiographie pulmonaire montre des opacités micro- et macronodulaires multiples.

Le tabagisme et la grossesse constituent des facteurs de risque et de gravité.

La pneumopathie varicelleuse est responsable de 30 % des décès enregistrés au cours de la varicelle de l'adulte.

La pneumopathie varicelleuse peut aussi se voir au cours de la varicelle néonatale et chez le petit nourrisson (principale cause de décès avant 6 mois).

### I.1.2.3 Manifestations neurologiques

On distingue :

- les convulsions liées à l'hyperthermie chez le petit enfant ;
- les complications spécifiques (ataxie cérébelleuse régressive sans séquelles, rarement encéphalite de pronostic défavorable, méningite lymphocytaire, myélite, polyradiculonévrite). Les formes les plus graves concernent plus particulièrement



les immunodéprimés, mais peuvent se rencontrer aussi chez les immunocompétents surtout adultes et nouveau-nés ainsi que chez l'enfant ;

- le syndrome de Reye, associant une encéphalopathie, mortelle dans 80 % des cas, et une stéatose hépatique et même polyviscérale, peut survenir de façon exceptionnelle au cours de la varicelle de l'enfant : il est lié à la prise d'aspirine, qui est formellement contre-indiquée au cours de la varicelle.

#### I.1.2.4 Formes profuses et graves

L'éruption peut être profuse, ulcéro-nécrotique, hémorragique (Figure 4), accompagnée de signes généraux graves. Peuvent survenir : purpura fulminans avec choc et coagulation intravasculaire disséminée, thrombopénie, hépatite, myocardite, glomérulonéphrite...

**Figure 4 : Varicelle profuse de l'adulte à vésicules hémorragiques**



*Les varicelles graves sont essentiellement liées au terrain.*

## **Immunocompétents**

Les complications pulmonaires se voient plus chez l'adulte que chez l'enfant. Elles sont cependant rares (5 % environ).

## **Immunodéprimés**

Qu'il s'agisse de *déficits immunitaires congénitaux ou acquis*, ces sujets présentent plus fréquemment des formes graves, ulcéro-hémorragiques, profuses, ou compliquées d'atteinte viscérale (pulmonaire notamment).

Les sujets à risque sont surtout les patients traités par immunosuppresseurs (en particulier lymphoprolifération maligne, les greffés de moelle ou transplantés d'organe).

Le risque de forme grave existe aussi chez les sujets recevant une corticothérapie générale. L'infection par le VIH ne semble pas aggraver le pronostic mais prolonger l'évolution (formes chroniques et atypiques).

## **Femme enceinte**

Chez la femme enceinte, outre le risque de pneumopathie comme chez tout adulte, il existe un *risque de transmission à l'enfant*. Cinq pour cent de femmes enceintes ne sont pas immunisées contre le VZV mais la survenue d'une varicelle pendant leur grossesse est rare (prévalence : 5 à 7/10 000 grossesses).

Trois cas de figures sont à considérer en fonction du terme de la grossesse au moment de la primo-infection à VZV :

- si la varicelle survient *avant la 20<sup>e</sup> semaine de gestation*, le risque est une fœtopathie varicelleuse. La fœtopathie varicelleuse survient surtout entre la 13<sup>e</sup> et la 20<sup>e</sup> semaine. Elle est rare (2 % d'enfants contaminés). Elle se traduit par des atteintes neurologiques, des lésions ophtalmologiques, musculo-squelettiques graves, voire une mort *in utero*. En cas de varicelle avant la 20<sup>e</sup> semaine, une surveillance en centre de diagnostic anténatal est recommandée ;
- après la 20<sup>e</sup> semaine, le danger est moindre. Si l'enfant est contaminé, il fera une varicelle *in utero* et est susceptible de présenter un zona dans les premières semaines ou premiers mois de sa vie ;
- si la varicelle survient dans les 5 jours précédant ou les 2 jours suivant l'accouchement le risque est une varicelle néonatale.

NB : la survenue d'un zona chez une femme enceinte n'expose à aucune complication particulière.

## Varicelle néonatale

La varicelle néonatale est grave. Elle réalise une véritable septicémie varicelleuse avec atteintes multiviscérales. Les complications pulmonaires et neurologiques sont fréquentes. L'évolution peut se faire vers le décès dans 30 % des cas.

### I.2 ZONA

#### I.2.1 Arguments cliniques du diagnostic

##### I.2.1.1 Lésions vésiculeuses

Des placards érythémateux précèdent les vésicules, à liquide clair, groupées en bouquets sur fond érythémateux, confluant parfois en bulles polycycliques. Après 2 ou 3 jours les vésicules se flétrissent puis se dessèchent et deviennent croûteuses ou érosives, parfois nécrotiques. Les croûtes tombent une dizaine de jours plus tard. Il peut persister des cicatrices atrophiques et hypochromiques.

##### I.2.1.2 Unilatéralité et caractère métamérique des lésions

La topographie radriculaire, unilatérale, est très évocatrice. Elle peut apporter un argument décisif au diagnostic lorsque les lésions vésiculeuses sont discrètes, absentes ou éphémères, dans les formes érythémateuses pures, ou dans celles qui ne sont observées qu'au stade croûteux.

##### I.2.1.3 Douleurs radiculaires

Unilatérales, à type de brûlure, parfois plus vives en « coup de poignard ».

Elles peuvent précéder de 3 ou 4 jours l'éruption et sont alors particulièrement trompeuses.

Elles accompagnent l'éruption et disparaissent à sa guérison.

Certaines peuvent persister bien au-delà ou apparaître plus tardivement : *algies post-zostériennes*. Elles sont souvent intenses, voire lancinantes et surtout très prolongées. Elles sont principalement observées chez le sujet âgé.

##### I.2.1.4 Topographie

Le zona peut survenir dans n'importe quel territoire.

La réactivation du VZV a lieu le plus souvent dans les ganglions nerveux rachidiens. Le zona intercostal ou dorsolombaire (éruption en demi-ceinture) est le plus fréquent (50 % des cas) mais il peut atteindre tout territoire sensitif cutané (Figure 5 et Figure 6).

**Figure 5 : Zona abdominal : (L1) lésions initiales**



**Figure 6 : Zona abdominal : en quelques jours, extension des lésions qui débordent le territoire de L1**



La localisation aux ganglions nerveux crâniens est moins fréquente, avec surtout l'atteinte du ganglion de Gasser responsable d'une éruption dans les divers territoires du trijumeau (Figure 7).

**Figure 7 : Zona ophtalmique du territoire du trijumeau (V1)**



Dans le zona ophtalmique, c'est le nerf ophtalmique de Willis qui est intéressé (V1). Il y a risque d'atteinte oculaire s'il existe une éruption nasinaire et de la cloison témoignant de l'atteinte du rameau nasal interne.

S'il s'agit du ganglion géniculé, c'est le nerf de Wrisberg, branche sensitive du facial dont le territoire cutané se réduit à la zone de Ramsay-Hunt (conduit auditif externe et conque de l'oreille) qui est intéressé. À l'éruption discrète dans ce territoire s'associent une vive otalgie, une adénopathie prétragienne, une anesthésie des 2/3 antérieurs de l'hémilangue et parfois une paralysie faciale et des troubles cochléo-vestibulaires.

#### **I.2.1.5 Autres signes d'accompagnement de l'éruption**

Il existe un syndrome infectieux discret (38 à 38,5°C), une adénopathie dans le territoire de l'éruption.

#### **I.2.2 Formes graves et/ou compliquées**

Elles se rencontrent surtout sur certains terrains.

### I.2.2.1 Chez les immunodéprimés

L'éruption prend un aspect ulcéro-hémorragique (Figure 8), nécrotique.

**Figure 8 : Zona : vésicules hémorragiques**



Exceptionnellement le zona est bilatéral ou touche de façon étagée plusieurs métamères.

Le zona généralisé (appelé parfois improprement zona-varicelle) est caractérisé par une éruption zoniforme dans un métamère, suivie de l'apparition de vésicules varicelliformes, bien séparées les unes des autres et disséminées sur tout le corps en dehors du dermatome initialement atteint.

Dans ces formes graves surviennent parfois des complications viscérales, pulmonaires, hépatiques, encéphaliques.

### I.2.2.2 Chez le sujet âgé

Les complications oculaires du zona ophthalmique sont beaucoup plus fréquentes après 50 ans.

L'atteinte cornéenne et l'uvéite antérieure sont les plus fréquentes.

Les kératites précoces sont superficielles et régressives alors que les kératites stromales et les kératites neurotrophiques, liées à l'anesthésie cornéenne sont durables.

L'uvéite est lentement régressive.

Les paupières, la conjonctive, la sclère, l'épisclère et la rétine peuvent aussi être intéressées.

Aiguës ou chroniques, précoces ou tardives ces atteintes oculaires nécessitent une prise en charge spécialisée. Elles peuvent dans les cas les plus graves aboutir à la perte fonctionnelle de l'œil.

Les *algies post-zostériennes*, souvent associées à une hypoesthésie du territoire atteint, sont des douleurs neuropathiques de désafférentation, distinctes des douleurs de la phase initiale. Leur incidence augmente avec l'âge, 50 % des cas à 50 ans, 70 % des cas au-delà de 70 ans. Ces douleurs lancinantes, à type de brûlures qui peuvent durer des années retentissent sévèrement sur la qualité de vie.

## II DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

---

Le diagnostic est clinique. La varicelle peut être confondue au début avec un prurigo vésiculo-bulleux et en cas de surinfection avec un impétigo primitif.

Un zona peu étendu pourrait prêter à discussion avec un herpès simplex (notion de récurrences au même site) ou avec un eczéma dans les formes peu vésiculeuses. Avant le stade vésiculeux, certains zones de la face peuvent mimer un érysipèle (stade érythémato-œdémateux).

## III DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

---

Le diagnostic biologique n'est habituellement pas nécessaire car le diagnostic clinique est facile.

En cas de doute, on peut réaliser un prélèvement du liquide de vésicule pour rechercher le VZV par immunofluorescence ou par culture. La PCR est une méthode rapide, spécifique et très sensible permettant de détecter de très faibles quantités d'ADN viral dans le liquide de vésicule et dans les cellules mononuclées du sang périphérique en période de virémie. Toutes ces techniques sont réservées à des laboratoires spécialisés, en général hospitaliers.

Ces examens sont essentiellement réservés aux formes atypiques et lorsque le terrain nécessite un diagnostic de certitude (immunodéprimés, femme enceinte).

Les autres examens (cytodiagnostic, biopsie, sérologie) n'ont pas d'intérêt pratique.

## IV TRAITEMENT

---

Les antiviraux sont l'aciclovir et des molécules apparentées, inhibant l'ADN-polymérase virale, enzyme assurant la réplication de l'ADN. Ce sont des *virostatiques* qui n'agissent que sur des populations virales en réplication active. Une conférence de consensus (1998) en a précisé les indications qui débordent actuellement celles de l'AMM.

## **IV.1 VARICELLE**

### **IV.1.1 Varicelle bénigne de l'enfant**

Sur le plan local, il faut se contenter d'une ou deux douches quotidiennes, pas trop chaudes, avec un savon dermatologique non détergent. Des badigeons de chlorhexidine en solution aqueuse sont utilisés pour prévenir la surinfection. L'utilisation de pommades, crèmes, gel, talc doit être évitée (risque de macération et de surinfection). Des ongles courts et propres limitent les lésions de grattage et la surinfection.

*En cas de fièvre, il faut utiliser du paracétamol, mais jamais d'aspirine (risque de syndrome de Reye), ni d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (risque de fasciite nécrosante).*

En cas de prurit on peut proposer des antihistaminiques de classe anti-H1 sédatifs (*Atarax, Polaramine...*).

En cas de surinfection cutanée, une antibiothérapie antistaphylococcique et antistreptococcique (type macrolides) doit être prescrite par voie orale.

Il n'y a pas lieu de prescrire des antiviraux.

*L'éviction des collectivités jusqu'à guérison clinique est réglementaire. Mais la contagiosité par voie aérienne étant à son maximum dans les jours qui encadrent la survenue de l'éruption, le retour à l'école ou à la crèche peut se faire dès qu'il n'y a plus de nouvelles vésicules et que les croûtes sont formées.*

### **IV.1.2 Varicelles graves ou compliquées**

La conférence de consensus a recommandé l'utilisation d'aciclovir (Zovirax) par voie veineuse dans les indications suivantes :

- femme enceinte dont la varicelle survient dans les 8 à 10 jours avant l'accouchement ;
- varicelle du nouveau-né ;
- nouveau-né avant toute éruption si la mère a débuté une varicelle 5 jours avant ou 2 jours après l'accouchement ;
- forme grave de l'enfant de moins de 1 an ;
- varicelle compliquée, en particulier pneumopathie varicelleuse ;
- immunodéprimés quelle qu'en soit la cause.

L'efficacité préventive des antiviraux sur la fœtopathie varicelleuse n'est pas prouvée. En effet il est probable que l'enfant soit contaminé par virémie (donc avant l'apparition de l'éruption maternelle). Le traitement antiviral est alors trop tardif pour être efficace.



### IV.1.3 Vaccination

Deux vaccins à virus vivant atténué sont disponibles : Varivax et Varilrix. Leur efficacité varie de 65 à 100 %. Elle dure plusieurs années mais n'est pas définitive.

Cette vaccination doit être utilisée selon les recommandations officielles (Conseil supérieur d'hygiène publique de France).

En France, la généralisation de la vaccination à tous les enfants n'a pas été recommandée en raison de la bénignité de la varicelle de l'enfant et du risque, faute d'une couverture vaccinale suffisante, de déplacer la varicelle vers l'âge adulte donc vers des formes plus graves.

La vaccination est actuellement recommandée :

- dans les 3 jours suivant l'exposition à un patient avec éruption chez les adultes immunocompétents sans antécédents de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse), le contrôle de la négativité de la sérologie est facultatif ;
- pour les professionnels de santé sans antécédents de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative :
  - à l'entrée en première année des études médicales et paramédicales,
  - ensemble du personnel de santé en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de varicelle grave (immunodéprimés, services de gynécologie-obstétrique, néonatalogie, pédiatrie, maladies infectieuses) ;
- pour tout professionnel en contact avec la petite enfance (crèches, collectivités d'enfants) sans antécédents de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative, indication non remboursée ;
- pour toute personne sans antécédents de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et en cas de varicelle avant la 20<sup>e</sup> semaine de grossesse, une surveillance en centre de diagnostic anténatal est recommandée ;
- pour une personne dont la sérologie est négative, en contact étroit avec des personnes immunodéprimées ;
- dans les 6 mois précédant une greffe d'organe solide chez les enfants candidats receveurs sans antécédents de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative, avec 2 doses à un mois d'intervalle, et en pratiquant une surveillance du taux d'anticorps après la greffe.

La vaccination est contre-indiquée chez la femme enceinte et en cas de déficit immunitaire important. Toute vaccination contre la varicelle chez une jeune femme en âge de procréer doit être précédée d'un test négatif de grossesse et réalisée chez une femme sous contraception.

## **IV.2 ZONA**

### **IV.2.1 Traitement local**

Le traitement local est le même que celui de la varicelle.

### **IV.2.2 Traitement antiviral systémique**

Chez les sujets *immunocompétents de moins de 50 ans atteints d'un zona non ophtalmique* d'intensité modérée, il est *inutile de prescrire un antiviral*. L'éviction des collectivités n'est pas nécessaire.

Pour les autres indications, le traitement doit être mis en route avant la 72<sup>e</sup> heure de la phase éruptive.

#### **IV.2.2.1 Chez les sujets immunocompétents**

Devant un zona ophtalmique, quel que soit l'âge, en prévention des complications oculaires : valaciclovir *per os* (Zelitrex) 3 × 1 g/j pendant 7 jours (AMM).

Quelle que soit la localisation, chez les plus de 50 ans en prévention des algies post-zostériennes traitement *per os* valaciclovir 3 × 1 g/j pendant 7 jours (AMM). Le famciclovir (Oravir) a l'AMM, mais n'est pas commercialisé en France.

#### **IV.2.2.2 Chez les immunodéprimés**

L'aciclovir par voie veineuse à la dose de 10 mg/kg toutes les 8 heures chez l'adulte et 500 mg/m<sup>2</sup> toutes les 8 heures chez l'enfant, pendant une durée minimale de 7 à 10 jours (AMM). Le traitement immunosuppresseur, y compris la corticothérapie, ne doit pas être modifié.

### **IV.2.3 Traitements spécifiques du zona ophtalmique**

En dehors du traitement antiviral oral toujours nécessaire, on peut ajouter après avis spécialisé une pommade ophtalmologique à l'aciclovir, des corticoïdes locaux seulement pour les kératites immunologiques et les uvéites antérieures.

### **IV.2.4 Traitement des douleurs associées**

*En phase aiguë*, pour les douleurs modérées : antalgiques de classe II (paracétamol-codéine, paracétamol-dextropropoxyphène) répartis sur le nycthémère.

Si cela ne suffit pas, il faut utiliser la morphine sous forme de sulfate chez l'adulte et de chlorhydrate chez le sujet âgé en débutant par de faibles doses.

La corticothérapie générale n'est pas recommandée pour le traitement de ces douleurs.

Pour les algies post-zostériennes, l'amitriptyline (*Laroxyl*) à la dose de 12,5 à 75 mg/j chez l'adulte a fait la preuve de son efficacité (AMM).

La carbamazépine (*Tégrétol*, 400 à 1 200 mg/j) ou la gabapentine (*Neurontin*, 1 800 à 3 600 mg/j) pourraient aider à contrôler les paroxysmes hyperalgiques (hors AMM pour le *Tégrétol*, AMM pour le *Neurontin*).

Les anesthésiques locaux n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

## POINTS ESSENTIELS

---

- **Varicelle et zona sont dus au même virus VZV. La varicelle correspond à la primo-infection et le zona à une récurrence localisée.**
- **La période d'incubation de la varicelle est de 14 jours.**
- **La varicelle est une maladie très contagieuse, très fréquente et habituellement bénigne dans l'enfance. Elle ne nécessite dans ce cas que des soins locaux antiseptiques et pas de traitement antiviral systémique.**
- **Les varicelles de l'adulte, surtout après 50 ans, peuvent se compliquer de pneumopathie varicelleuse sévère, pour laquelle le tabagisme constitue un facteur de risque.**
- **La survenue d'une varicelle chez la femme enceinte comporte pour l'enfant : avant la 20e semaine un risque de fœtopathie varicelleuse sévère ; dans les jours précédant ou suivant l'accouchement un risque de varicelle néonatale très grave.**
- **La varicelle est grave chez les immunodéprimés et nécessite un traitement antiviral systématique.**
- **Le zona est plus fréquent et plus grave chez les sujets âgés. Les algies post-zostériennes sévères sont très fréquentes après 50 ans et altèrent la qualité de vie. Le zona ophtalmique avec complications oculaires graves se rencontre plus souvent à cet âge.**
- **Le zona du sujet de plus de 50 ans et le zona ophtalmique quel que soit l'âge nécessitent un traitement antiviral précoce pour prévenir les algies post-zostériennes.**
- **Les douleurs aiguës associées au zona sont fréquentes et nécessitent un traitement allant des antalgiques de classe II à la morphine. Au stade de douleurs post-zostériennes on utilise des antidépresseurs type amitriptyline et/ou de la carbamazépine ou la gabapentine.**
- **La survenue d'un zona chez un adulte jeune doit faire proposer une sérologie VIH.**