

Texte rédigé par
Marie-Sophie Brochet,
B. Pharm., M. Sc.,
CHU Sainte-Justine.

Texte original soumis
le 28 avril 2005.

Texte final remis
le 13 mai 2005.

Révision :
Marc Boucher, MD,
FRCSC, CHU
Sainte-Justine.

L'herpès pendant la grossesse et l'allaitement et chez le nouveau-né : prévention et traitement

L'herpès génital est une infection transmissible sexuellement fréquente. Au Canada, le virus *Herpès simplex* (HSV) toucherait une personne sur cinq¹. Chez la femme, son incidence augmente lorsqu'elle est en âge de procréer, particulièrement à l'adolescence et chez les jeunes adultes¹.

Cette recrudescence serait attribuable au manque d'information parmi la population générale ainsi qu'aux relations sexuelles, particulièrement orogénitales, de plus en plus précoces. La primo-infection chez la femme enceinte est donc de moins en moins fréquente du fait de relations précoces et de grossesses plus tardives. Deux pour cent des femmes enceintes auront une séroconversion à HSV durant la grossesse bien que la majorité d'entre elles demeurent asymptomatiques². L'infection à HSV n'est pas sans conséquence. Elle peut se présenter sous forme de lésions vésiculeuses et érythémateuses, et elle peut devenir invalidante. Lorsque transmis au nouveau-né, l'herpès peut causer des séquelles neurologiques irréversibles³. Dans cet article, nous verrons les différents traitements de l'herpès pendant la grossesse et l'allaitement, et nous aborderons les méthodes de prévention de la transmission verticale ainsi que le traitement du nourrisson.

Pathophysiologie

Il existe deux sérotypes de HSV, soit le type 1 (HSV-1) et le type 2 (HSV-2). Les deux types de virus peuvent causer l'herpès génital¹. Les manifestations cliniques de l'herpès génital sont les mêmes chez la femme enceinte et non enceinte. Nous les résumerons donc brièvement.

L'infection initiale primaire se manifeste chez une patiente qui n'est pas porteuse d'anticorps HSV (1 ou 2). L'atteinte peut se présenter sous la forme de symp-

tômes systémiques de type viral. Au niveau génital, on note la présence, bilatérale, de plusieurs vésicules évoluant vers des ulcères douloureux, accompagnés d'adénopathies^{1,3}. L'infection initiale non primaire constitue une première manifestation d'herpès génital chez une personne possédant déjà des anticorps (généralement HSV-1). Sur le plan clinique, les symptômes systémiques sont rares et les lésions moins nombreuses.

L'infection initiale est suivie d'une période de latence d'une durée variable (lorsque le virus se loge au niveau des racines du ganglion sensitif), laquelle peut être entrecoupée d'épisodes de récurrences (90 % causées par HSV-2)¹. Bien que celles-ci soient souvent asymptomatiques, l'excrétion virale demeure, ce qui fait de tout individu infecté une source de contagion⁴.

Impact de la grossesse sur la symptomatologie de l'herpès

La contamination peut survenir à tout moment pendant la grossesse. Une étude a été effectuée sur 7046 patientes à risque d'acquérir l'infection à HSV pendant la grossesse. Parmi les 94 femmes ayant eu une séroconversion pendant la grossesse, 30 % l'ont eue au premier trimestre, 30 % au deuxième trimestre et 40 % au troisième trimestre². L'issue de la grossesse diffère selon le moment de la séroconversion. Bien que le risque varie selon l'histoire médicale de la patiente, les récurrences d'herpès génital semblent plus

Cas clinique

Brigitte, enceinte de neuf semaines, vient vous voir à la pharmacie avec une ordonnance de famciclovir (Famvir^{MD}) 250 mg po trois fois par jour pour 10 jours, pour un premier épisode d'herpès génital. Elle s'inquiète des effets que peuvent avoir l'infection et la prise de ce médicament sur son bébé. C'est sa première grossesse, elle ne présente pas d'autre problème de santé et prend pour seul médicament de l'acide folique 0,4 mg po une fois par jour.



Université de Montréal
Faculté de pharmacie

Chaire pharmaceutique
Famille Louis Boivin
Médicaments, grossesse et allaitement



HÔPITAL
SAINTE-JUSTINE
Pour l'amour des enfants

fréquentes chez la femme enceinte que non enceinte et elles seraient proportionnelles à l'âge gestationnel, car l'immunité cellulaire diminue à mesure que la grossesse avance^{4,5}. On rapporte également qu'une première infection qui survient chez cette population serait associée à une incidence plus élevée de récurrences à l'accouchement ainsi qu'à une présentation clinique plus grave pouvant dégénérer en encéphalite ou en hépatite herpétiques dans quelques rares cas⁶.

Impact de l'herpès sur les issues obstétricales

Bien que ce soit controversé, des auteurs rapportent qu'une primo-infection qui survient au premier trimestre augmenterait le risque d'avortement spontané⁷. De plus, on a observé des cas isolés d'anomalies (microcéphalie, microphthalmie, calcifications intracrâniennes) survenant à la suite d'une infection congénitale contractée entre 12 et 14 semaines de gestation⁵. La primo-infection, vers la fin des deuxième et troisième trimestres, augmenterait le risque de travail prématuré, de retard de croissance intra-utérine et de transmission de l'infection au fœtus⁵.

Transmission de l'herpès de la mère au nouveau-né

L'herpès néonatal est une maladie grave dont la mortalité globale sans traitement est de 50 % à 80 % et qui peut entraîner des séquelles psychomotrices lourdes chez plus de la moitié des survivants^{3,8}. Une rapide prise en charge thérapeutique permet une diminution de la mortalité des formes graves et de la morbidité globale à moins de 10 %, mais elle n'empêche pas les récurrences⁹. Cette pathologie comporte trois syndromes cliniques caractérisés par des stades de gravité croissante. Le stade initial est limité à une atteinte muqueuse et cutanée, le second se manifeste par une atteinte du système nerveux central et le stade ultime correspond à une infection disséminée associée à une mortalité de plus de 50 % même lorsqu'elle est traitée^{3,9}.

La prévalence de l'herpès néonatal dans les pays occidentaux varie, selon les études, entre 4 et 100 pour 100 000 naissances vivantes par an¹⁰. L'incidence de l'herpès néonatal augmente en présence des facteurs de risque mentionnés au tableau I. On estime que 5 % des infections néonatales s'acquièrent *in utero* par voie transplacentaire, 85 % surviennent en *intrapartum* et 10 % après la naissance^{4,11}.

Le risque de transmission au bébé lors de l'accouchement varie selon le stade de l'infection et le type d'accouchement. S'il y a accouchement vaginal lors d'une primo-infection en présence de lésions génitales, le risque sera maximal, soit de plus de 50 %, alors qu'il sera de 30 % s'il s'agit d'un épisode primaire mais asymptomatique^{5,8,9}. Lors de récurrences, un accouchement par voie vaginale engendre un risque de 4 %. En l'absence de lésions, le risque sera inférieur à 1 %. Lors d'une primo-infection, les lésions cervicales sont plus

Tableau I : Facteurs de risque de transmission néonatale de l'HSV^{3,8,11}

- Primo-infection qui survient au troisième trimestre
- Lésions multiples
- Lésions au niveau du col
- Accouchement par voie vaginale
- Rupture prolongée des membranes lors du travail (plus de six heures)
- Monitoring invasif sur le nouveau-né lors du travail (p. ex., électrodes, forceps)
- Accouchement avant 38 semaines de gestation
- Âge maternel de moins de 21 ans

nombreuses, la charge virale excrétée est plus élevée et plus prolongée. Peu ou pas d'anticorps protecteurs (anti-HSV) maternels sont transmis passivement à l'enfant si la primo-infection a lieu au troisième trimestre ou encore si l'enfant naît prématurément⁷. Il faut se rappeler que les anticorps protecteurs de type IgG transmis passivement par la mère traversent la barrière placentaire principalement au troisième trimestre³.

Plusieurs études ont montré que le recours à la césarienne avant le début du travail et avant la rupture des membranes peut diminuer l'exposition du fœtus au virus de l'herpès présent au niveau génital^{8,12}. Toutefois, ces études étaient de petite envergure, non contrôlées et ne différenciaient pas les primo-infections des épisodes de récurrences. Ces séries de cas montrent tout de même que la césarienne a un effet protecteur, mais qu'elle n'élimine pas totalement la transmission puisque 30 % des nouveau-nés infectés à la naissance sont nés par césarienne¹³. De plus, 80 % des cas d'herpès néonatal sont nés de mères asymptomatiques au moment de l'accouchement¹¹.

La transmission virale peut également se faire par le biais d'un autre membre de la famille porteur de lésions herpétiques ou être nosocomiale, soit à partir d'un membre de l'équipe soignante, soit directement par un autre nouveau-né infecté, soit par l'intermédiaire du matériel (stéthoscope, biberon)¹⁰. De bonnes conditions d'hygiène sont donc fondamentales dans la prévention de la contamination postnatale.

Traitement de l'herpès chez la femme enceinte

Innocuité des antiviraux chez la femme enceinte

Les données d'innocuité des trois antiviraux généralement utilisés pour traiter une infection à HSV figurent au tableau II.

L'acyclovir est l'antiviral le plus étudié en grossesse^{12,14-16}. Cet agent ne s'accumule pas avec le temps au niveau du placenta ni dans la circulation fœtale¹⁴. Les concentrations plasmatiques semblent être comparables à celles retrouvées chez les femmes non enceintes. Dans plusieurs séries de cas, aucun lien n'a pu être établi entre l'exposition à l'acyclovir aux deuxième et troisième trimestres et des effets néfastes

On estime que 5 % des infections néonatales s'acquièrent *in utero* par voie transplacentaire, 85 % surviennent en *intrapartum* et 10 % après la naissance.

pour le fœtus¹².

Bien que le valacyclovir se métabolise presque entièrement en acyclovir lors du premier passage hépatique, donc bien avant de traverser le placenta, il demeure encore peu étudié en grossesse. Kimberlin et coll. ont été les premiers à constater que la pharmacocinétique de cet agent était semblable, que la femme soit enceinte ou non¹⁷. Leur étude comparant le valacyclovir et l'acyclovir en fin de grossesse a montré que le valacyclovir a une meilleure biodisponibilité, avec des taux sériques supérieurs. Le registre du fabricant ne révèle pas d'augmentation du risque de malformation majeure, quoique l'échantillon soit insuffisant pour exclure tous les risques¹⁸.

Le famciclovir est une prodrogue du penciclovir. Une seule étude de surveillance rapporte son administration peu fréquente en grossesse¹². Le fabricant du famciclovir tient un registre d'exposition peu concluant¹⁹. Ainsi, en attendant d'avoir plus de données, son utilisation ne sera pas recommandée chez la femme enceinte.

Traitement de la primo-infection et des épisodes récurrents

Le traitement des épisodes actifs d'herpès génital vise à prévenir les complications obstétricales et la transmission au fœtus ou au nouveau-né. On le recommande donc d'emblée lors de la primo-infection ou d'épisodes récurrents symptomatiques survenant au cours de la grossesse. L'acyclovir est actuellement considéré

comme le traitement de choix³. Les praticiens recommandent de plus en plus le valacyclovir, étant donné la facilité de sa prise.

Traitement suppressif en fin de grossesse

Quelques études randomisées ont évalué la prophylaxie avec l'acyclovir en fin de grossesse²⁰⁻²⁵. Malgré leur faible puissance statistique, la prise d'acyclovir à partir de la 36^e semaine de gestation semble montrer une réduction du nombre de récurrences au moment de l'accouchement et de césariennes chez des femmes ayant eu une primo-infection ou une récurrence de lésions herpétiques génitales durant leur grossesse. Une étude rapporte toutefois la persistance de l'excrétion asymptomatique du HSV à l'accouchement chez des patientes recevant cette prophylaxie²³. Une méta-analyse de 5 études compilant 799 grossesses confirme l'avantage de traiter les femmes ayant présenté un premier épisode d'HSV pendant la grossesse actuelle et celles à risque de récurrence lors de l'accouchement (p. ex., récurrence fréquente pendant la grossesse)²⁶.

Une étude randomisée effectuée sur la prophylaxie par le valacyclovir montre également une réduction des récurrences à l'accouchement²⁷. Bien que la population étudiée soit limitée, la facilité de sa prise ainsi que son métabolisme presque complet en acyclovir avant son passage transplacentaire en font un favori pour plusieurs praticiens. On n'a pas encore évalué le famciclovir pour cette indication. Il ne devrait donc pas être recommandé.

D'autres études sont nécessaires afin de statuer sur le régime posologique optimal, la sécurité du traitement pour le fœtus (risque théorique de neutropénie et de néphrotoxicité chez les bébés exposés *in utero*), la réduction du risque d'infection néonatale, ainsi que les bénéfices d'un tel traitement chez des femmes ayant une histoire de séroconversion moins récente (> 8-10 ans) ou n'ayant pas eu de récurrences pendant la grossesse.

Tel que mentionné plus haut, l'herpès néonatal s'acquiert principalement lors de l'accouchement. Ainsi, lorsqu'une patiente avec une histoire d'herpès génital entre en travail, l'absence de lésions réduit le risque de contamination ainsi que le recours à la césarienne. Les recommandations actuelles ne statuent pas sur le recours à un traitement suppressif chez toutes les patientes avec des antécédents d'HSV. Toutefois, dans un document qui paraîtra prochainement, compte tenu de l'impact d'une infection néonatale ainsi que des conséquences d'une césarienne, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada suggère un traitement suppressif à partir de la 36^e semaine de gestation chez les patientes qui ont eu un épisode d'herpès dans le passé. L'acyclovir et le valacyclovir sont les antiviraux que privilégient les praticiens pour cette indication.

Tableau II : Données d'innocuité des antiviraux chez la femme enceinte au premier trimestre

Types d'études	Nombre d'expositions	Commentaires
Acyclovir Registre du fabricant (prospectif) ¹⁵ Étude de surveillance ¹² Étude de surveillance ¹⁶	756 478 90	Pas d'augmentation du risque de malformations ni d'avortements spontanés. Molécule de choix, à tous les trimestres de la grossesse, pour traiter une primo-infection ou une récurrence symptomatique.
Valacyclovir Registre du fabricant (prospectif) ¹⁸	28	Ne semble pas tératogène mais données limitées. Métabolisé à plus de 99 % en acyclovir lors du premier passage hépatique. Traitement de deuxième recours lorsqu'on soupçonne un problème d'observance.
Famciclovir Registre du fabricant (prospectif et rétrospectif) ¹⁹	25	Le risque de malformations congénitales est probablement faible, mais les données sont insuffisantes pour exclure tous les risques. Utilisation à éviter en attendant d'avoir plus de données.

Prévention de la transmission du partenaire à la mère

Lorsque le partenaire a des antécédents d'HSV, mais que la patiente n'en a pas, on devrait faire une sérologie chez cette dernière⁸. Si elle est négative, certains praticiens recommandent d'administrer un traitement suppressif au partenaire, et ce, tout au long de la grossesse afin d'éviter une infection pendant cette période. Les auteurs recommandent également à ces patientes d'utiliser un condom ou d'éviter toute relation sexuelle (dont les relations orogénitales) idéalement pendant toute la grossesse ou au moins à partir du troisième trimestre de grossesse⁸.

Traitement de l'herpès néonatal

Les nouveau-nés infectés pendant l'accouchement présenteront généralement les symptômes entre six jours et trois semaines après la naissance, bien que dans certains cas l'infection soit évidente dès le premier jour de vie¹³. Le nouveau-né infecté ou que l'on soupçonne d'une infection à HSV doit être séparé et isolé des autres, mais pas de sa mère. Les lésions de celle-ci doivent être couvertes et ses mains régulièrement lavées. L'allaitement maternel n'est contre-indiqué qu'en cas de lésions mammaires⁴. Le traitement antiviral de choix demeure l'acyclovir. Cet antiviral permet de diminuer l'évolution de la maladie vers la forme disséminée ainsi que la mortalité lors de formes neurologiques et disséminées^{3,11,28}. Il doit être débuté à 60 mg/kg/jour (divisé en trois doses) dans les 48 premières heures d'évolution de la maladie, dès que les prélèvements viraux ont été effectués. On doit préconiser la voie intraveineuse. La durée du traitement doit être de 10 à 14 jours en cas de forme cutanée et de 21 jours en cas d'encéphalite ou d'infection disséminée³. On doit ajuster la dose d'acyclovir chez les nouveau-nés de moins de 34 semaines d'âge gestationnel. Le risque de séquelles neurologiques dépend du délai de traitement initial, ainsi que celui des récurrences. Lorsque l'atteinte est oculaire, un traitement antiviral topique, comme la trifluridine, sera ajouté au traitement systémique²⁸.

Cas clinique (suite)

Vous pouvez rassurer Brigitte sur l'usage de cet antiviral pendant l'allaitement. Les études montrent que ce médicament passe peu dans le lait et aucun effet indésirable n'a été rapporté chez les nourrissons allaités de mères qui le reçoivent.

Traitement de l'herpès chez la femme qui allaite

L'acyclovir et le valacyclovir demeurent des options de choix pendant l'allaitement. Le profil d'innocuité de l'acyclovir est bien connu en néonatalogie et en pédiatrie. Son passage dans le lait maternel a été largement évalué. Des études montrent qu'un enfant

Cas clinique (suite)

Vous avez suggéré au médecin de Brigitte de changer le traitement pour l'acyclovir 400 mg po TID pour 10 jours. Celle-ci n'a eu aucun autre épisode pendant sa grossesse. Elle a accouché à 41 semaines d'un garçon de 4 kg. Elle revient vous voir une semaine après l'accouchement avec une ordonnance de valacyclovir (Valtrex^{MD}) 500 mg po deux fois par jour pour trois jours pour un épisode récurrent d'herpès génital. Elle vous dit qu'elle a dû prendre ce médicament pendant le dernier mois de sa grossesse, en prévention pour l'accouchement. Elle se demande si elle peut allaiter.

allaité exclusivement est exposé à moins de 0,5 % de la dose maximale pédiatrique à la suite de doses orales de 200 à 800 mg cinq fois par jour^{29,30}. Dans ces études, on n'a rapporté aucun effet indésirable chez les bébés allaités.

Les données sur le passage du valacyclovir sont limitées, mais son métabolisme en acyclovir bien avant son passage dans le lait fait de cet agent une bonne option. De plus, l'étude de Sheffield et coll. estime que les bébés de mères prenant 500 mg po

Tableau III : Traitement suppressif en fin de grossesse

Études	Population exposée	Résultats et commentaires
Acyclovir <i>Études RC double insu</i> ²⁰⁻²⁶	200 mg po QID ou 400 mg po TID, à partir de 36 semaines de gestation jusqu'à l'accouchement, chez des patientes ayant présenté primo-infection ou récurrences lors de la grossesse (n = 799)	Diminution du nombre de récurrences à l'accouchement, nombre de césariennes et excrétion virale à l'accouchement Aucun herpès néonatal, pas de toxicité néonatale. Utilisation chez patiente avec antécédents d'herpès pas recommandée d'emblée, mais de plus en plus considérée en pratique, que la patiente soit à risque élevé de récurrence ou non à l'accouchement.
Valacyclovir <i>Étude pharmacocinétique</i> ¹⁷	Valacyclovir 500 mg po BID (n = 10) vs acyclovir 400 mg po TID (n = 10), à partir de 36 semaines de gestation jusqu'à l'accouchement, chez des patientes avec épisodes récurrents lors de la grossesse	Pic plasmatique et ASC plus élevés avec valacyclovir, aucun épisode actif, aucune excrétion virale asymptomatique, aucune césarienne, aucune accumulation chez le fœtus. Dans l'étude contre placebo, diminution significative de récurrence avec valacyclovir (10,5 % vs 27,3 %, p = 0,023), 1 Herpès néonatal dans chaque groupe mais aucun symptomatique.
<i>Étude RC double insu</i> ²⁷	Valacyclovir 500 mg po bid (n = 57) vs placebo (n = 55), à partir de 36 semaines de gestation jusqu'à l'accouchement, chez des patientes avec épisodes récurrents lors de la grossesse	Plus de données disponibles avec acyclovir mais privilégié par plusieurs praticiens compte tenu de la facilité de sa prise et son métabolisme en acyclovir.
Famciclovir		Aucune étude disponible

RC : Randomisée contrôlée, ASC : Aire sous la courbe

deux fois par jour pendant sept jours recevaient moins de 0,5 % de la dose pédiatrique d'acyclovir sans causer d'effet indésirable chez les nourrissons³¹. Le famciclovir n'a pas encore été étudié pendant l'allaitement.

Conclusion

La prévalence d'infection à HSV chez la femme en âge de procréer augmente constamment. Le risque de transmission au nouveau-né est considérable lorsque le virus est contracté pendant la grossesse, particulièrement au troisième trimestre. La césarienne ne réduit pas totalement le risque de transmission pendant l'accouchement. L'antiviral de premier recours pour la femme enceinte, celle qui allaite et pour le

nouveau-né demeure l'acyclovir. De plus en plus de praticiens préconisent le valacyclovir étant donné son métabolisme rapide en acyclovir et son régime posologique simple. Chez la femme enceinte, on recommande de traiter les primo-infections ainsi que les épisodes récurrents symptomatiques. On suggère de plus en plus le traitement suppressif en fin de grossesse, compte tenu des conséquences dévastatrices d'une transmission de l'infection au nouveau-né et du nombre croissant de données sur l'innocuité des antiviraux en fin de grossesse. Enfin, les partenaires avec une histoire antérieure d'HSV devraient recevoir un traitement suppressif pendant toute la grossesse de leur conjointe, lorsque celle-ci est séronégative pour le HSV. ■

Références

1. **Charest L, Steben M.** L'herpès génital chez la femme, où en sommes-nous ? Le médecin du Québec 2002; 37(6): 67-72.
2. **Brown ZA, Selke S, Zeh J et coll.** The acquisition of herpes simplex virus during pregnancy. N Engl J Med 1997; 337(8) : 509-15.
3. **Kesson AM.** Management of neonatal herpes simplex virus infection. Paediatr Drugs 2001; 3(2): 81-90.
4. **Henrot A.** Transmission materno-fœtale et indirecte de l'infection HSV, traitement et prévention. Ann Dermatol Venerol 2002; 129 : 533-49.
5. **Scott LL, Hollier LM, Dias K.** Perinatal herpes virus infections, herpes simplex, varicella, and cytomegalovirus. Inf Dis Clin North Am 1997; 11(1): 27-51.
6. **Lecat M.** Herpès cutanéomuqueux chez l'immunocompétent et grossesse. Ann Dermatol Venerol 2002; 129: 523-32.
7. **Brown ZA, Benedetti J, Selke S et coll.** Asymptomatic maternal shedding of herpes simplex virus at the onset of labor. Obstet Gynecol 1996; 87: 483-8.
8. **Brown Z.** Preventing herpes simplex virus transmission to the neonate. Herpes 2004; 11 (S 3): 175A-86A.
9. **Beer F, Herrusot MC, François C et coll.** Récurrence hérpétique après un herpès cutané néonatal. Les nouvelles dermatologiques 1993; 12: 684-5.
10. **Morand P.** Histoire naturelle de l'infection à herpès simplex de type 1 et 2. Excrétion virale asymptomatique. Transmission mère-enfant. Transmission indirecte. Ann dermatol Venerol 2002; 129 : 577-85.
11. **Brown ZA, Wald A, Ashley R et coll.** Effect of serologic status and abdominal deliveries on transmission rates of HSV from mother to infant. JAMA 2003; 289: 203-9.
12. **Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ.** A reference guide to fetal and neonatal risk. Drugs in pregnancy and lactation. 7^e édition. Philadelphie : Lippincott William & Wilkins. 2005: 23-9, 626-7, 1683-4.
13. **Whitley RJ.** Neonatal herpes simplex virus infections. Clin Perinatol 1998; 15: 903-16.
14. **Frenkel LM, Brown ZA, Bryson YJ et coll.** Pharmacokinetics of acyclovir in the term human pregnancy and neonates. Am J Obstet Gynecol 1991; 164: 569-76.
15. **Stone KM, Reiff-Eldridge R, White AD et coll.** Pregnancy outcomes following systematic prenatal acyclovir exposure : conclusions from the international acyclovir pregnancy registry, 1984-1999. Birth Defects Research (part A) 2004; 70 : 201-7.
16. **Ratanajamit C, Skriver MV, Jepsen P et coll.** Adverse pregnancy outcome in women exposed to acyclovir during pregnancy : a population-based observational study. Scand J Infect Dis 2003; 35 : 255-9.
17. **Kimberlin DF, Weller S, Whitley RJ et coll.** Pharmacokinetic of oral valacyclovir and acyclovir in late pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1998; 179 : 846-51.
18. **GlaxoSmithKline.** Communication personnelle. Information médicale. St-Onge C. 9 novembre 2004.
19. **Novartis.** Communication personnelle. Information médicale. Provost M. 16 novembre 2004.
20. **Scott LL, Sanchez PJ, Jackson GL et coll.** Acyclovir suppression to prevent cesarean delivery after first-episode genital herpes. Obstet Gynecol 1996; 87 : 69-73.
21. **Stray-Pedersen B.** Acyclovir in late pregnancy to prevent neonatal herpes simplex. Lancet 1990; 336 : 756.
22. **Brocklehurst P, Kinghorn G, Carney O et coll.** A randomized placebo controlled trial of suppressive acyclovir in late pregnancy in women with recurrent genital herpes infection. Br J Obstet Gynaecol 1998; 105 : 275-80.
23. **Scott LL, Hollier LM, McIntire D et coll.** Acyclovir suppression to prevent clinical recurrences at delivery after first episode genital herpes in pregnancy : an open-label trial. Infect Dis Obstet Gynecol 2001; 9: 75-80.
24. **Braig S, Lutton D, Sibony O et coll.** Acyclovir prophylaxis in late pregnancy prevents recurrent genital herpes and viral shedding. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001; 96 : 55-8.
25. **Watts DH, Brown ZA, Money D et coll.** A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of acyclovir in late pregnancy for the reduction of herpes simplex virus shedding and cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2003; 188: 836-43.
26. **Sheffield JS, Hollier LM, Hill JB et coll.** Acyclovir prophylaxis to prevent herpes simplex virus recurrence at delivery : a systematic review. Obstet Gynecol 2003; 102 : 1396-403.
27. **Andrews W, Kimberlin D, Whitley RJ et coll.** Valaciclovir suppressive therapy in pregnant women reduces recurrent genital herpes results of a randomized trial. Am J Obstet Gynecol 2002; 187(S6) : S73 Abs No 51.
28. **American Academy of Pediatrics.** Summaries of Infectious Diseases. Dans : Pickering LK, ed. Red Book : 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. 26e édition. Elk Grove Village, IL : American Academy of Pediatrics; 2003 : 344-53.
29. **Meyer LJ, de Miranda P, Sheth N et coll.** Acyclovir in human breastmilk. Am J Obstet Gynecol 1988; 158 (3 Pt1) : 586-8.
30. **Taddio A, Klein J, Koren G.** Acyclovir excretion in human breastmilk. Ann Pharmacother 1994; 28(5) : 585-7.
31. **Sheffield JS, Fish DN, Hollier LM et coll.** Acyclovir concentrations in human breastmilk after valacyclovir administration. Am J Obstet Gynecol 2002; 186(1) : 100-2.

Veillez reporter vos réponses dans le formulaire de la page 486

8) Parmi les énoncés suivants, lequel est faux ?

- A** L'acyclovir administré à partir de 36 semaines de gestation semble montrer une réduction du nombre de récurrences et de césariennes au moment de l'accouchement chez des femmes ayant eu un épisode d'herpès génital pendant la grossesse.
- B** S'il y a un risque de malformations congénitales à la suite de la prise de valacyclovir au premier trimestre, il est probablement faible, compte tenu qu'il se métabolise presque entièrement en acyclovir avant de traverser le placenta, mais les données sont limitées pour exclure tous les risques.
- C** L'allaitement maternel chez une patiente présentant un épisode actif d'infection au virus *Herpès simplex* n'est contre-indiqué qu'en cas de lésions mammaires.
- D** Le famciclovir a été largement étudié pendant l'allaitement. On estime qu'un enfant allaité exclusivement est exposé à moins de 0,5 % de la dose maximale pédiatrique.
- E** Les partenaires avec une histoire antérieure d'HSV devraient recevoir un traitement suppressif pendant toute la grossesse de leur conjointe, lorsque celle-ci est séronégative pour le HSV.

9) Parmi les énoncés suivants, lequel est faux ?

- A** Le risque de transmission au bébé est maximal lors de l'accouchement si une patiente présente une récurrence lors du travail et si l'accouchement se fait par voie vaginale.
- B** Les récurrences d'herpès génital chez la femme enceinte seraient proportionnelles à l'âge gestationnel, car l'immunité cellulaire diminue à mesure que la grossesse avance.
- C** Une primo-infection qui survient au premier trimestre augmenterait le risque d'avortement spontané ainsi que le risque de travail prématuré, de retard de croissance intra-utérine et de transmission de l'infection au fœtus si elle survient au deuxième ou au troisième trimestre.
- D** Le recours à la césarienne n'élimine pas totalement le risque d'une infection néonatale puisque 30 % des nouveau-nés infectés à la naissance sont nés par césarienne et 80 % des cas d'herpès néonataux sont nés de mères asymptomatiques au moment de l'accouchement.
- E** Un nouveau-né infecté ou que l'on soupçonne d'une infection à HSV doit être séparé et isolé des autres, mais pas de sa mère.

Vous désirez écrire ou réviser des textes pour Québec Pharmacie ?

Écrivez à catherine.hebert@rci.rogers.com en mentionnant votre milieu de travail, votre intérêt comme auteur ou réviseur, ainsi que vos spécialités ou principaux champs d'intérêt.