

UNIVERSITE FERHAT ABBES
FACULTE DE MEDECINE DE SETIF

MODULE DES MALADIES INFECTIEUSES / 4EME ANNEE

LA VARICELLE

PR . M .RAIS

OBJECTIFS DU COURS

- **SAVOIR DIAGNOSTIQUER ET TRAITER UNE VARICELLE.**
- **CONNAITRE LES COMPLICATIONS DE LA VARICELLE.**
- **CONNAITRE LES PRINCIPES DU TRAITEMENT DE LA VARICELLE CHEZ L'IMMUNODEPRIME.**

Plan du cours

1. INTRODUCTION

2. °EPIDEMIOLOGIE

3. PHYSIOPATHOLOGIE

4° CLINIQUE Type de description : Forme typique du jeune enfant
Incubation : Phase d'invasion , , Phase d'état :

5° FORMES CLINIQUES

6. DIAGNOSTIC

7. TRAITEMENT

1°INTRODUCTION :

Maladie éruptive commune et quasiment ubiquitaire, de l'enfance, d'origine virale(VZV), la varicelle est extrêmement fréquente, très contagieuse et d'évolution presque toujours bénigne .La varicelle est la primo-infection par le VZV. Elle réalise une éruption érythémato-vésiculeuse fébrile. Son diagnostic est facile le plus souvent clinique évoqué surtout devant l'éruption, sa topographie et son évolution .les Complications sont essentiellement représentées par les surinfections et les atteintes neurologiques. Les formes graves se voient surtout chez l' adulte ; l'immunodéprimé ;et le nouveau-né elle confère une immunité durable et la récurrence est représenté par le zona .

Le traitement est symptomatique (antalgique et antihistaminique) ; Le traitement antiviral est réservé pour les formes graves . la prévention repose essentiellement sur la vaccination

2°EPIDEMIOLOGIE

Agent causal : virus à ADN appartenant à la famille herpès virus : Virus varicelle zona (VZV);

Contamination : la contagiosité est extrême ; 90% des adultes ont eu la varicelle . Le contage est toujours direct par les gouttelettes de salive , plus rarement par les lésions cutané –muqueuses.

La contagiosité débute quelques jours avant la maladie se poursuit par les éléments cutanés jusqu'à la disparition des croûtes .La transmission peut être transplacentaire.

Age de survenu surtout enfant de 2-8 an mais La majorité des cas (90 % survient entre 1 et 14 ans, avec un maximum entre 5 et 9 ans. La varicelle chez l'enfant immunocompetent est habituellement bénigne.

* Il n'y a pas de récurrence ni de rechute (on fait la varicelle une fois dans sa vie : immunité durable et absolue).

3° PHYSIOPATHOLOGIE :

Le virus est transporté par les gouttelettes à partir des sécrétions respiratoires ou du contenu des vésicules des sujets infectés. Sa pénétration dans l'organisme se fait au travers de la muqueuse de l'appareil respiratoire. Le virus migre alors dans les ganglions parapharyngés où il va se répliquer. Suit alors une première virémie permettant le transport du virus dans le foie et les cellules du tissu réticuloendothélial. Une seconde virémie survient pendant les 4 à 5 derniers jours de la phase d'incubation ou les 24 premières heures de la maladie. Durant cette phase, le virus est transporté par les cellules mononucléées et peut se déposer dans les cellules épithéliales de la peau et des muqueuses. Le VZV présente par ailleurs un tropisme pour d'autres tissus et peut, notamment lorsque l'infection est mal contrôlée par le système immunitaire de l'hôte, affecter particulièrement le poumon, le système nerveux, le foie, la moelle osseuse, les surrénales.

Après la primo-infection , le VZV gagne les ganglions sensitifs par voie neurogène et /ou hématogène , dans lesquels persiste toute la vie en état de quiescence : C'est la latence . Sa réactivation détermine le zona.

4° CLINIQUE

Type de description : Forme typique du jeune enfant

A) **Incubation** : silencieuse de 14 jours

B) **Phase d'invasion** : marquée par un discret malaise fébrile (T° 38° c) , voire un rash scarlatiniforme fugace ,

C) **Phase d'état** :

l'éruption est la manifestation caractéristique et le plus souvent inaugurale de la maladie .

L'exanthème : est fait d'éléments caractéristiques par :

- leur siège : prédominant au niveau du cuir chevelu et du tronc ;
- leur nombre : la discrétion habituelle de l'éruption obligeant parfois à rechercher des vésicules à la racine des cheveux ;
- leur évolution : initialement macules, rosées arrondies, bien limitées, de quelques mm de diamètre, sur lesquelles vont se développer dans les heures qui suivent des vésicules, contenant un liquide clair, « posées en goutte de rosée » sur une base non indurée, entourée d'une collerette rouge non inflammatoire . Après 24 ou 48 heures, le contenu vésiculaire se trouble sans suppurer et la vésicule se plisse en son centre (stade de dessiccation) . Enfin, du 2^e au 4^e jour se forme une croûte brunâtre qui tombera vers le 8^e, 10^e jour, laissant une cicatrice blanche, appelés à disparaître progressivement .

Globalement, cet exanthème :

- s'accompagne fréquemment d'un érythème s'étendant aux gencives, au voile du palais, au pharynx, aux muqueuses oculaires et génitales ;
- **devient très prurigineux au stade des croûtes occasionnant des lésions de grattage, source des cicatrices définitives**
- **se déroule en plusieurs poussées**, habituellement deux ou trois, marquées par une élévation thermique transitoire, expliquant la juxtaposition, dans une même région, souvent dès le premier examen d'éléments d'âge différent ;
- s'accompagne, enfin, d'une température normale ou légèrement décalée , d'une micropolyadénopathie relative avec leucopénie modérée , d'une lymphomonocytose relative avec leucopénie modérée .

L'évolution est bénigne, la guérison totale en 8-10 jours et l'immunité acquise très solide

5° FORMES CLINIQUES :

5.A) Formes selon l'éruption : L'éruption peut être atypique , fruste, passant inaperçue ou faisant discuter un prurigo- strophulus ou qu'elle soit confluyente et hémorragique .

5.B) Formes compliquées : – Néanmoins, dans un petit nombre de cas peuvent survenir de manière imprévisible DES COMPLICATIONS d'évolution habituellement favorable :

5.B.1)Suppuration cutanées : dues à la surinfection d'éléments « grattés » Survenant préférentiellement chez des enfants débilités ou privés d'hygiène, source de pyodermites, d'abcès, de lymphangites, voire de septicémie. Les germes habituellement en cause sont le staphylocoque et le streptocoque .

5.B2) Complication secondaires à la diffusion viscérale du virus .

5.B.2.a) Complications neurologiques :

5.B.2.a.1)Avant tout, la cérébellite, absolument imprévisible, dominant par sa fréquence et sa gravité. Elle survient , plus ou moins rapidement, au 7^e jour d'une varicelle qui paraissait guérir, sans l'hyperthermie ou les troubles de conscience accompagnant habituellement les encéphalites des maladies éruptives de l'enfance .

Elle se traduit par une ataxie cérébelleuse associant difficultés à l'exécution des mouvements, à la station debout, à la marche, tremblement intentionnel, etc.

Elle peut s'associer à un syndrome méningé clinique ou biologique, à une atteinte des paires crâniennes essentiellement, moteurs oculaires et facial, voire à un syndrome extrapyramidal .

L'électroencéphalogramme y est le plus souvent normal. L'évolution est habituellement favorable en quelques jours à quelques semaines et les séquelles de types « mouvement anormaux » y sont rares .

5.B.2.a2) Les autres complications neurologiques sont exceptionnelles, qu'il s'agisse d'encéphalite proprement dite, de polyradiculonévrite ou de myélite isolée .

5.B.2.b) Complications pulmonaires : L'atteinte pulmonaire se traduit rarement cliniquement (toux, dyspnée, fièvre à 39° - 40° , râles bronchiques disséminés au 3^e jour d'une varicelle), plus souvent radiologiquement (pneumopathie hilifuge classique plus qu'opacités nodulaires disséminée dans les deux champs pulmonaires).

5.B.2.c) Autres complications : Exceptionnellement ont été signalées, purpura thrombopénique, orchite, pancréatite , myocardite, néphrites soit glomérulaire, soit interstitielle, etc .

5.B.3- Complications liées à l'atteinte muqueuse :

- **Oculaires :** source précocement de kératite ulcéreuse guérissant sans séquelle, tardivement de kératite disciforme avec ou sans anesthésie cornéenne laissant souvent une opacité centrale plus ou moins marquée .
- **Plus rarement,** stomatite, vulvite, laryngite exceptionnelle mais nécessite une surveillance rigoureuse .

5.C) Formes selon le terrain :

5.C.1) Forme de l'adulte : est réputée plus grave que chez l'enfant, notamment avec possibilité de pneumopathie interstitielle .

5.C.2) Forme de l'immunodéprimé : (immunodépression de type cellulaire, leucémie, lymphomes, corticothérapie au long cours)
état infectieux sévère, éruption hémorragique et nécrotique avec multiple localisation viscérale (pneumopathie , encéphalite , CIVD...)

5.C.3 Varicelle néonatale : la varicelle du nouveau-né peut survenir lorsque la mère contracte la varicelle peu avant l'accouchement(05jours avant) ou 02 jours après celle-ci) . Elle est grave avec une mortalité qui peut atteindre 30% (Enfant n'ayant pas encore reçu les anticorps maternels par voie transplacentaire).

5.C.4) Varicelle congénitale :

Elle est exceptionnelle et s'observe lorsque la varicelle survient avant la 20^{ème} semaine d'aménorrhée.

On peut alors observer des lésions cutanées cicatricielles, des anomalies oculaires, une atteinte du système nerveux central

6° DIAGNOSTIC :

6.A) Diagnostic positif

Le diagnostic de la varicelle est clinique

- Les caractères de l'éruption (un élément typique suffit au diagnostic) ;
- La notion de contag, 15 jours auparavant ;
- La bonne tolérance générale (l'enfant refuse le plus souvent de garder la chambre).

Le recours à la biologie est exceptionnel :

- **Culture virale :** est l'examen de référence, mais long (plusieurs semaines) , coûteux , réservé aux laboratoires de virologie expérimentés
- Immunofluorescence : examen des cellules vésiculaires : test rapide
- Sérologie : intérêt épidémiologique ou rétrospectif en cas de séroconversion
- PCR : peut être utilisée dans les formes graves

6.B) Diagnostic différentiel :

- Une éruption zostérienne de topographie atypique est plus dogmatique que pratique compte tenu des analogies étiologiques .
- prurigo vesiculo-bulleux
- en cas de surinfection avec un impetigo primitif

7 TRAITEMENT :

7.A CURATIF :

CURATIF :

- Dans la forme commune :
- Isolement, une ou deux douches quotidiennes, pas trop chaudes, avec un savon dermatologique non détergent. Des badigeons de chlorhexidine sont utilisés pour prévenir la surinfection
- Calmer le prurit (phénothiazine en sirop) ,
- Applications quotidiennes d'antiseptique ou de colorant sur les divers éléments : contre indiquée : risque de macération et de surinfection
- Ongles propres et courts réduisent le risque de surinfections bactériennes

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

- Traitement antiviral : est réservée aux formes sévères :

-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 :

Aciclovir : Zovirax® : 10-15 mg/Kg/08H en perfusion pendant 10-15 jours

7.B) PREVENTIF :

- Eviction scolaire jusqu'à disparition des croûtes ;
- - Immunoglobulines polyvalentes : notion contagé chez l'immunodéprimé
- - Vaccination recommandée chez toute femme séronégative en âge de procréer Varivax® et Varilrix®
(avant l'âge de 12 ans, 2 injections espacées de 1 à 2 mois d'intervalle).
- Contre-indication :
immunodépression ; grossesse,