

LES VIROSES VESICULO-PUSTULEUSES

Dr. Mohamed ZEROUAL

Maître assistant en maladies infectieuses

E.H.S El Hadi Flici (Ex- El Kettar) - Alger

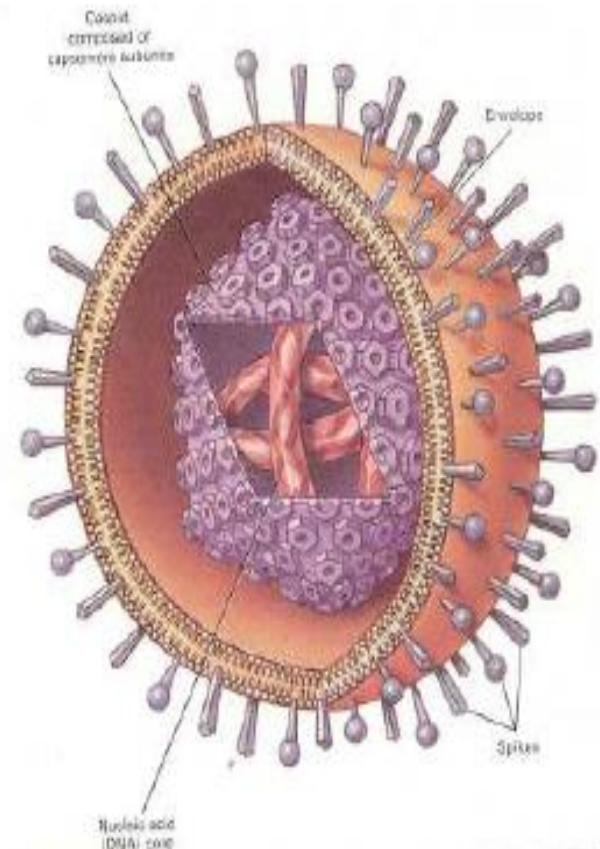
Les Herpesviridae

- Strictement humains
- HHV 1 et 2 : Herpes simplex virus types 1 et 2 (HSV-1 et HSV-2)
- HHV 3 : Virus de la varicelle et du zona (VZV)
- HHV 4 : Virus d'Epstein-Barr (EBV)
- HHV 5 : Cytomégalovirus (CMV)
- HHV-6, HHV-7
- HHV-8 : sarcome de Kaposi

1. Caractères généraux des Herpesviridae

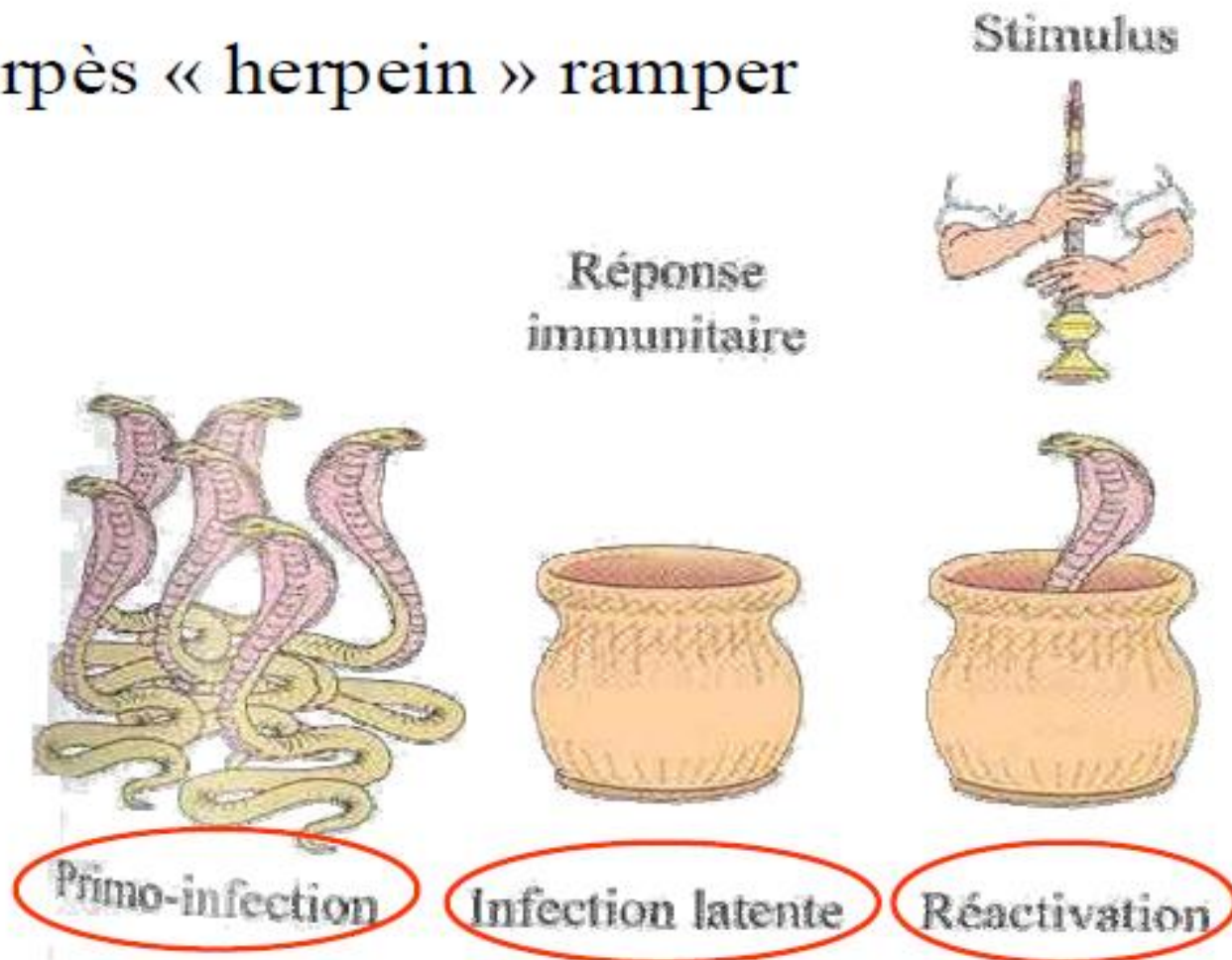
Structure

- virus à **ADN** bicaténaire
- capside icosaédrique
- **enveloppe** avec spicules
- 150 à 200 nm de diamètre



2 - Physiopathogénie

Herpès « herpein » ramper



- Après **primo-infection** : infection **latente** à vie
- conditions favorables (stress, immunodéficience (greffe, infection par le VIH) => reprise de la multiplication virale = **réactivation**
- infections très souvent **asymptomatiques**
- certaines formes d'herpès mortelles ou très invalidantes (patients immunodéprimés)

LA VARICELLE

PLAN

- I - INTRODUCTION
- II - VIROLOGIE
- III - EPIDEMIOLOGIE
- IV - PHYSIOPATHOLOGIE
- V - CLINIQUE
- VI - F. CLINIQUES
- VII -DIAGNOSTIC
- VIII-TRAITEMENT
- IX - PROPHYLAXIE

I - GÉNÉRALITÉS

- Maladie virale de l'enfance
- Très contagieuse
- Bénigne sauf chez l'immunodéprimé
- Confère l'immunité

II – VIROLOGIE

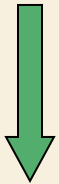
- Virus varicelle-zona (groupe des herpes virus)
- DNA cubique

III - EPIDEMIOLOGIE

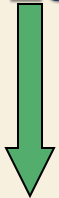
- Très contagieuse
- Endémo-épidémique
- Hiver
- Enfant 2-10 ans
- Transmission : gouttes salivaires ,liquide vésiculaire, Croûtes
- Contagiosité: 2 à 3 jours avant l'apparition des vésicules et se poursuit 4 à 5 jours après
- Réservoir : strictement humain
- Terrain : Enfant sain: bénigne
immunodéprimé; adulte, grossesse, nouveau-né :
grave

IV – PHYSIOPATHOLOGIE

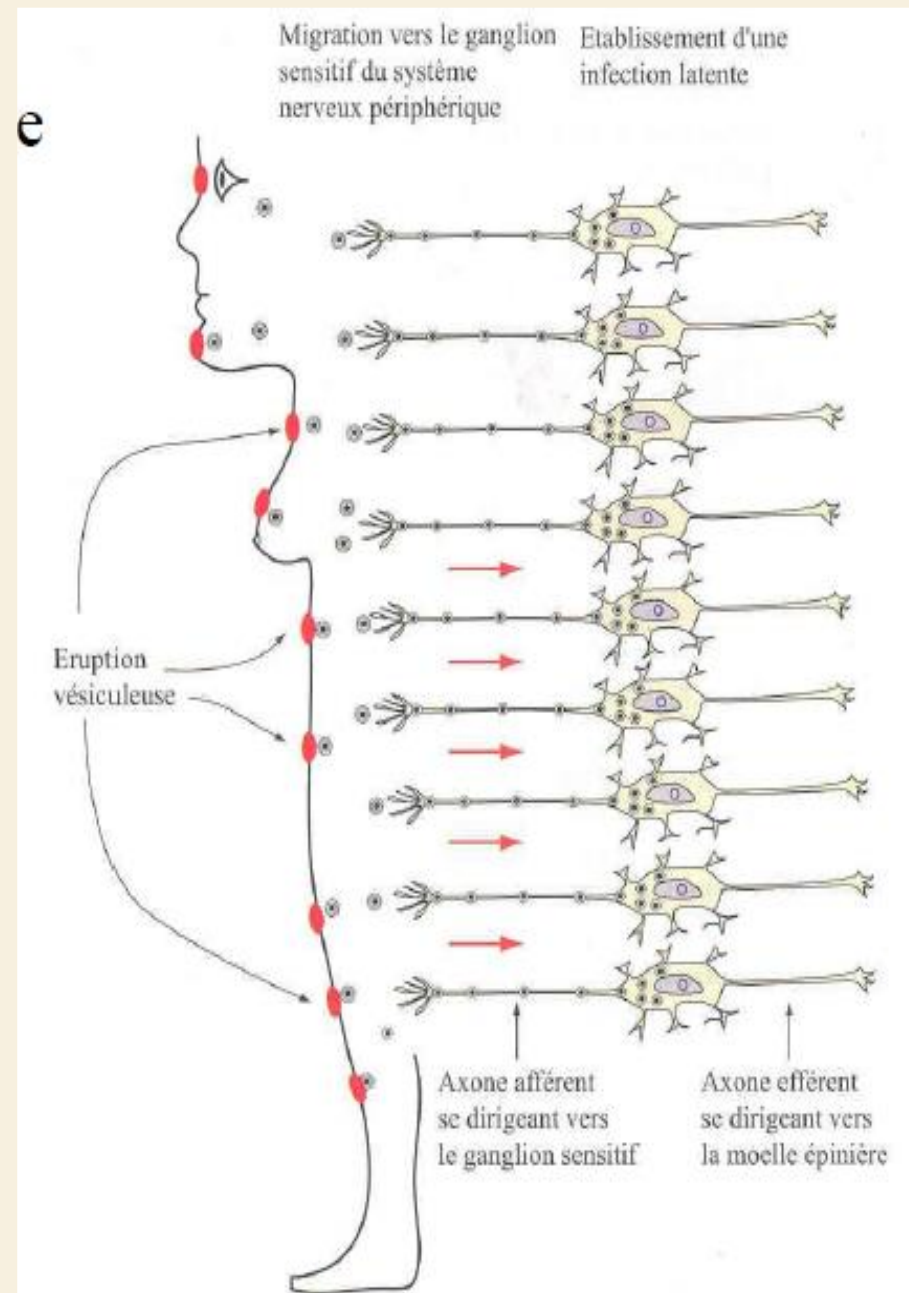
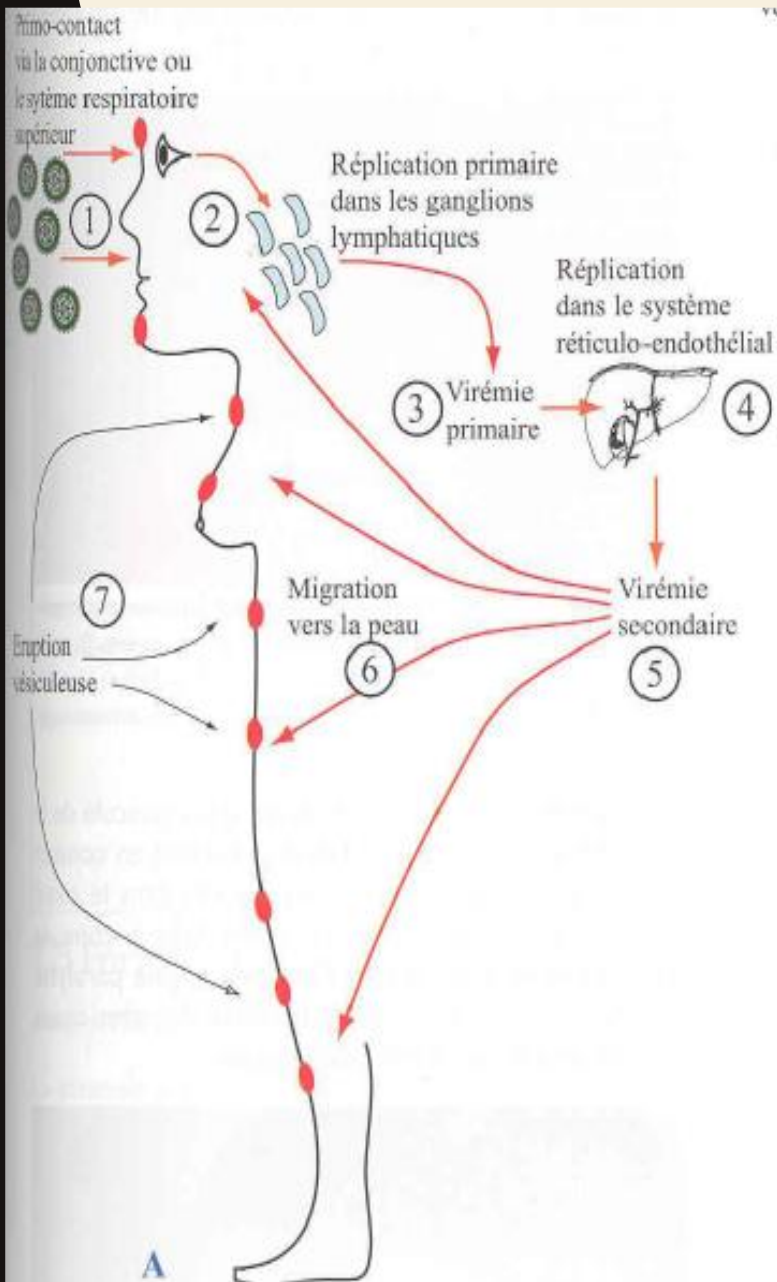
- **Varicelle** : primo infection , immunité sérologique.



- **Zona** : résurgence neuro-épidermique



- **Varicelle** : possible sujets neufs



V- CLINIQUE :

« FORME COMMUNE DE L'ENFANT »

A – INCUBATION : silencieuse 14 jours

B – INVASION : 2 jours

T° 38,5 °c ; malaise; parfois érythème scarlatiniforme
fugace

Vésicule
ombiliquée

vésicule

macule



C – ETAT :

1 - éruption : début

extension / poussée ; âge différent

Aspect :

6 j

macule

papule en 24 h

vésicule: goutte de rosée

dessiccation en 48 h

croûte 4ème jour

tombe vers le 10ème jours

Prurit +++ ; pas de cicatrice ,

Topographie: ensemble du corps: surtout le visage, le tronc, cuir chevelu : toujours, épargne paumes et plantes





2 – Énanthème : Discret

Constant

Bouche , pharynx , œil , OG

Vésicule  érosion  ulcération

EG conservé

T° modérée

Micro-polyadénopathies cervicales

SMG +/-

NFS : Leucopénie
monocytose

D -EVOLUTION

➤ **Guérison sans séquelles** : 10 jours

➤ **Complications** :

1-Cutanées : surinfection cutanées (staph) favorisées par AINS et TRT locaux

2-Encéphalite (rare mais grave)

3-Atteinte cérébelleuse : fréquente et bénigne, vers
3°- 4° jour

Ataxie

Trouble de la marche ,tremblement ,hypotonie

EEG +/- normal

PL normale ou perturbé (MLAB)

Évolution: guérison sans séquelles

4-Pneumopathie: 1 à 7 jours après la varicelle
(adulte++) avec risque SDRA

5-Laryngite

6-Autres : kératite ,néphrite ,purpura .

VI- FORMES CLINIQUES :

1 – F. symptomatiques

2 - F. selon l'âge : N.né , adulte

3- F. selon le terrain :

- immunodéprimé

varicelle grave , EG altéré , éruption ++ floride et hémorragique

Complications fréquente

- femme enceinte (forme grave, risque de foetopathies)

VII –DIAGNOSTIC POSITIF : IL EST CLINIQUE

- Notion épidémiologique
- Absence d'ATCD
- Éruption caractéristique +++

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE : rarement demandé

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

Zona (forme généralisée)

Prurigo strophulus

Syndrome main-pied-bouche (Coxsackie)

Syndrome main-pied- bouche



Prurigo



VIII – TRAITEMENT

Traitement symptomatique :

- Aspirine contre Indiqué (même AINS): Syndrome de Reye
- Anti-histaminiques
- Ongles coupés courts et propres
- Bains quotidiens
- Pas de produits locaux

Traitement antiviral : ID, N-né , femme enceinte:

Aciclovir inj : 10 – 15 mg / kg / 8 h, pdt 7 à 10 j

Traitement des complications: surinfection :ATB anti-staph

IX – PROPHYLAXIE :

Déclaration facultative

Éviction scolaire jusqu'à guérison

Isolement

Gamma-globulines spécifiques : chez l'ID dans les 96 h suivant l'exposition

Vaccination non encore validée en Algérie

LE ZONA

PLAN

- I - INTRODUCTION
- II - VIROLOGIE
- III - EPIDEMIOLOGIE
- IV - PHYSIOPATHOLOGIE
- V - CLINIQUE
- VI - F. CLINIQUES
- VII -DIAGNOSTIC
- VIII-TRAITEMENT
- IX - PROPHYLAXIE

I - GÉNÉRALITÉS

- **Maladie virale VVZ**
- **Peu contagieuse**
- **Éruption érythémato-vésiculeuse,
syndrome algique , topographie neuro-radriculaire**
- **Adulte ,sujet âgé**

II – VIROLOGIE

Idem varicelle

III - EPIDEMIOLOGIE

- Très peu contagieux
- Cas sporadique
- Zona → sujet non immunisé → varicelle
- Immunité durable
- Ne récidive jamais (sauf ID)

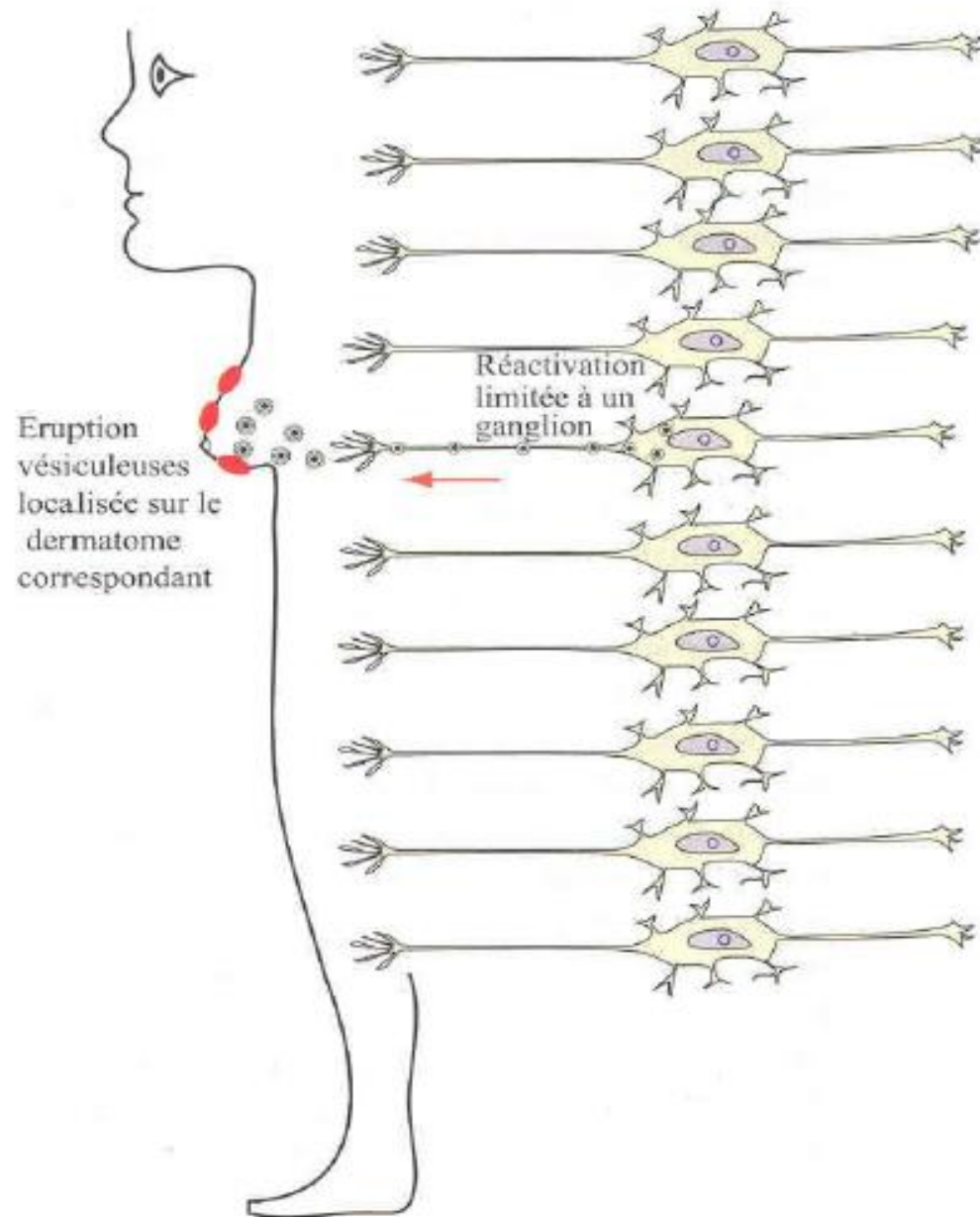
IV – PHYSIOPATHOLOGIE :

➤ Varicelle → VVZ latent ggl nerveux (raisons ?) →

X° VVZ cellules ganglionnaires → territoire
métamérique

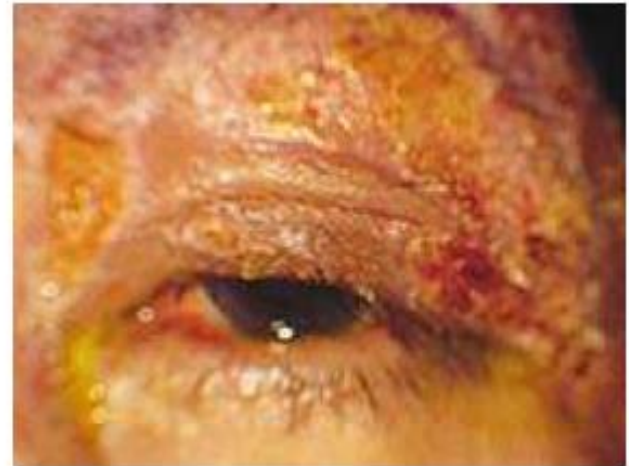
➤ Facteurs favorisants : Traumatisme , Réflexe ,
Hémopathie , SIDA..

Réactivation
=> zona





Zona intercostal



Zona ophtalmique



Zona étendu

Douleurs +++

V-CLINIQUE : ZONA INTERCOSTAL MOYEN

A – INCUBATION : ?

B –DEBUT :

- Douleurs radiculaires
- Hyperesthésie cutanée
- Causalgies
- Syndrome infectieux +/-
- ADP satellite (axillaire)

C – ETAT :

- 1 - Éruption :** Topographie radiculaire
Aspect unilatérale
Placard érythémateux
Vésicules comme herpès
(bouquets)

Dessiccation , puis croûte

Discrète cicatrice



2 – douleurs : Brûlures

Paroxysmes +++

Hypoesthésie cutanée

Persiste +/- (sujet âgé)

Séquelles douloureuses

3 – Syndrome infectieux : modéré

T° 38 – 39 °C

Céphalées

4- ADP : satellites (axillaires)

C- EVOLUTION

Poussées 2 – 3 , éléments d'âge différent

Guérison : 2- 3 semaines

Séquelles : Douloureuses

Cicatrices cutanées achromiques ,+/-
anesthésie

 dg rétrospectif

VI- F.CLINIQUES :

1 – F. topographiques:

- Z .des membres
- Z.cervico-brachial
- Z. lombo-sacré
- **Z. Crânien** : Ophtalmique: 1 des 3 br . N. Trijumeau .
+ frqt , + grave. En cas d'att. Du nasal ext ; une kératite est possible



Zona du gg géniculé : Tympan, conduit auditif externe, conque du pavillon de l'oreille

Paralysie faciale périph. +++
Eruption sur les 2/3 antérieure de l'hémilangue homolatérale



2 – F. selon l'éruption:

- Z. généralisé
- Z. hémorragique

3 - F. selon le terrain:

- ✓ enfant : syndrome infectieux +++

Moins de douleurs

- ✓ Sujet âgé : Douleurs +++ algies post-zosteriennes difficiles à gérer,
- ✓ Immunodéprimé: Zona généralisé , atteinte Viecérales (pneumopathie, encéphalite, hépatite)

VII –DIAGNOSTIC +: **IL EST CLINIQUE**

- Le syndrome douloureux
- L'éruption typique métamérique
- Son évolution
- NFS : leuconeutropénie , monocytose

- **DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE :**

Examen cellules vésiculaires: Ag. viraux

PCR du LCR

Sérologie (peu d'intérêt)

Diagnostic différentiel:

- Eczéma**
- Herpès**
- Varicelle**
- Érysipèle de la face**
- Staphylococcie maligne de la face**

VIII – TRAITEMENT

Éviter les surinfections : Antistaph +++

Traitement symptomatique : Sédatifs (paracétamol-codéine, carbamazépine)

Soins locaux

Traitement antiviral : **Aciclovir** : 10mg /kg / 8h
en perfusion 10-15 jours

Traitement des complications

DCI	INDICATIONS	POSOLOGIE PAR JOUR	Voie d'admini	durée
Aciclovir	F. Grave et ou de l'immunodéprimé	10mg/kg / 8h	IV	8-10 J
Valaciclovir	zona	1000 mg x 3	ORALE	7 J
Valaciclovir	Zona ophtalmique	1000 mg x 3	ORALE	7 J
Famciclovir	zona	500 mg x 3	ORALE	7 J

L' HERPES

PLAN

- I - INTRODUCTION
- II - VIROLOGIE
- III - EPIDEMIOLOGIE
- IV - PHYSIOPATHOLOGIE
- V - CLINIQUE
- VI - F. CLINIQUES
- VII -DIAGNOSTIC
- VIII-TRAITEMENT
- IX - PROPHYLAXIE

I - GÉNÉRALITÉS

- Maladie virale érythémato-vésiculeuse
peri-orificielle
- Virus de l'herpès
- Récidive
- Peu immunisante

II – VIROLOGIE

Herpes virus Hominis, DNA , 2 types

Type I : (HSV1) au dessus de la ceinture
contact direct
salive , lèvres ,joues

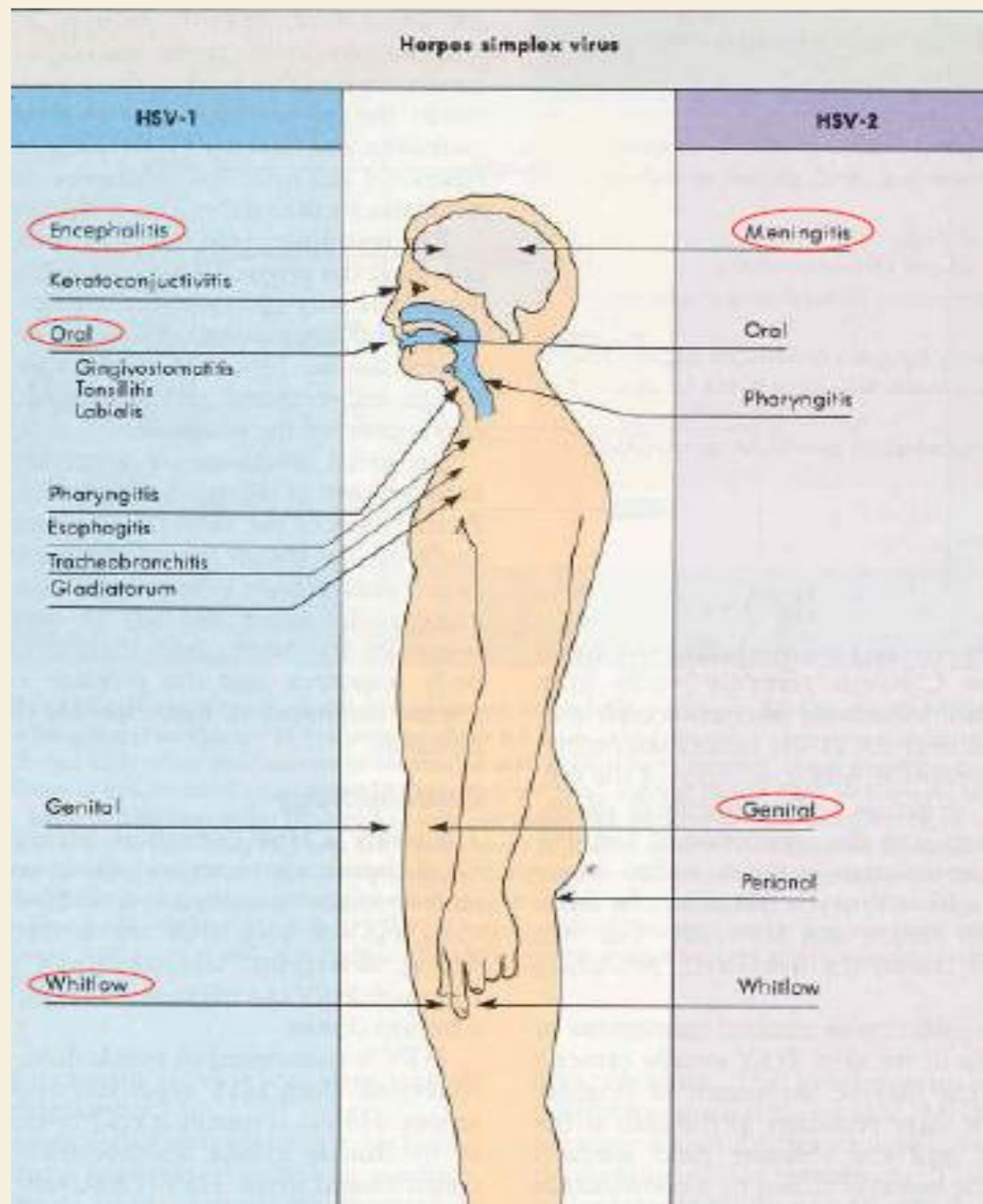
Type II : (HSV2) au dessous de la ceinture
Traumatisme , rapports sexuels
accouchement → N.né

III - EPIDEMIOLOGIE

➤ Réservoir de virus : HOMME

IV – PHYSIOPATHOLOGIE :

- Primo infection latente 80 %
- Primo infection patente
- Latence dans les cell ggl nerveux
- Réactivation / fièvre ,stress , immunodépression
- H de sortie (MCS) récurrence +++



V - CLINIQUE :

A – primo-infection: 80% latente , 7mois –3 ans

Méningo-encéphalite du N.né

Septicémie

Gingivo-stomatite : fièvre +++, anorexie ,

dysphagie , hyper sialorrhée ,

vésicules , ulcérations ,

herpès labial , menton , pouce,

ADP sous-menton. , sous-maxillaire

Évolution favorable 1 – 2semaines



Herpès cutanéomuqueux:

Péri buccal, OG , yeux ,

Picotements

Sensation de cuisson

Érythème

Vésicules en bouquet

Douleurs

ADP

Évolution : guérison 6 – 10 jours



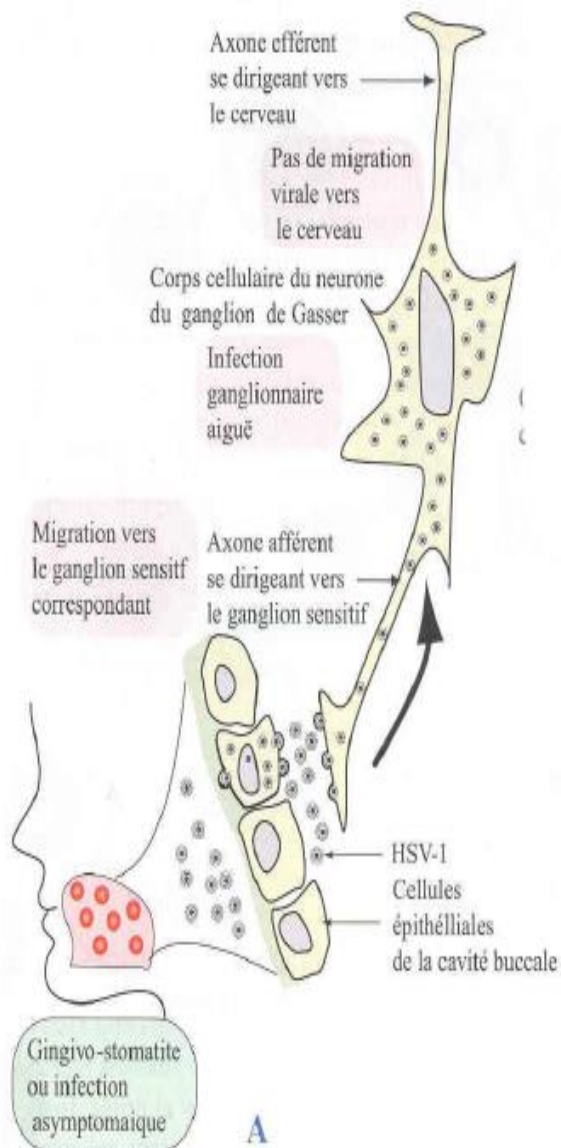


Herpès récurrent de « sortie »:

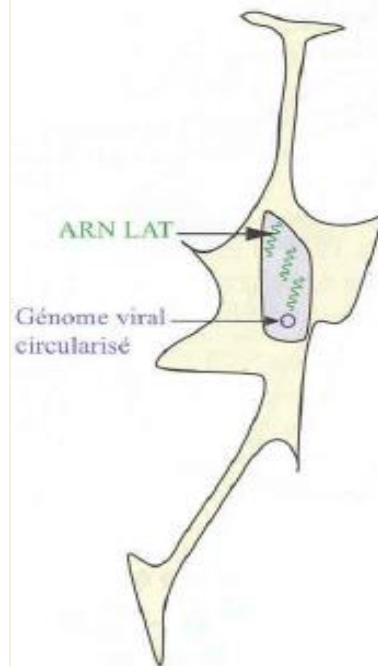
Facteurs déclenchant : MCS, PFLA ,LIH , coup de soleil
stress, hormonal...

Toujours au même endroit ,chez le même malade

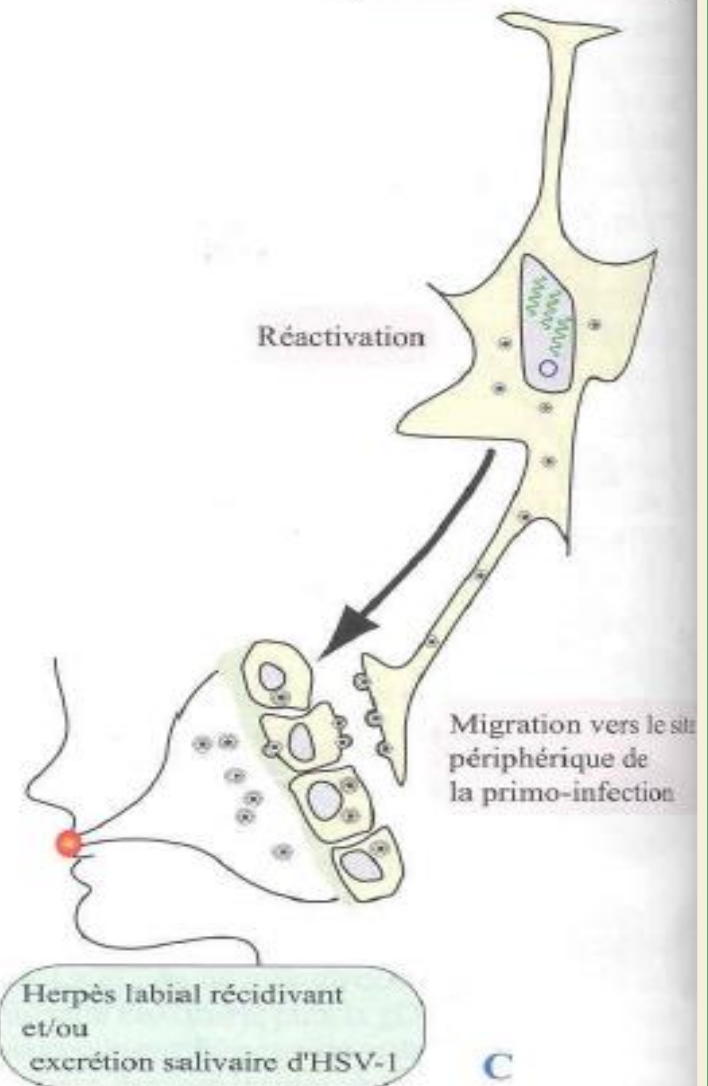
Primo-infection orale à HSV-1



Infection latente



Infections récurrentes



VI – FORMES CLINIQUES :

1- Terrain immunodéprimé :

herpès cutané généralisé + lésions viscérales

2- Encéphalite herpétique de l'adulte:

Encéphalite aigue nécrosante temporale

Début brutal; Σ d infectieux , hallucinations
auditives ou visuelles, céphalées

Phase d'état: coma , convulsions, hémiparésie

Ex. compl: PL, EEG , TDM ou IRM CERVEAUX

3- HERPES GÉNITAL

- Primo-infection : 1^{ère} relations Sexuelles.
incubation 2 à 7 j
Vésicules, ulcération OGE , fièvre , malaise ,
ADP inguinales bilatérales douloureuses,
dysurie,
- Recurrences +++

4- HERPES NEO-NATAL:

Transmission Materno-foétale (MTE)

Sepsis grave, éruption nécrotique, atteinte multi viscérale



5 - Syndrome de Kaposi Juliusberg:

surinfection d'un eczéma par le virus de l'herpès



avant



après

TRT: soins locaux, une antibiothérapie et de l'aciclovir par voie générale

VII –DIAGNOSTIC POSITIF : IL EST CLINIQUE

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE : au cas par cas

Cytodgiagnostic,

Immunofluorescence directe,

Culture ,

PCR

VIII – TRAITEMENT

Traitement local : Chlorexidine : Éviter les surinfections

Traitement général : antiviral : ***aciclovir*** :
10mg / kg / 8h en perfusion 10-15
jours

INDICATION	DCI	POSOLOGIE QUOTIDIENNE	VOIE D'ADMINI.	DUREE
PRIMO-INFECTION				
1. GENITALE	ACICLOVIR	200mg x5	ORALE	10 J
2. GINGIVO-STOMATITE	ACICLOVIR puis relais VALACICLOVIR bains de bouche + alim froide	5mg/kg / 8h 500 mg x 2	IV ORALE	8 - 10j
RECURRENCE SEVERE	VALAVICLOVIR	500 mg x 2	ORALE	5 J
ENCEPHALITE	ACICLOVIR Anticonvulsivants Soins intensifs	10 - 15mg/kg / 8h	IV	15 – 21 J

- **Herpes oculaire**: avis ophtalmo. en urgence
CTC contre indiqués.

Aciclovir en pommade: 5 applications/ J

Pansement occlusif

- **Immunodéprimé**: ***Aciclovir*** : 10 à 15 mg/kg/
8h en IV jusqu'à guérison

IX – PROPHYLAXIE :

Femme enceinte

- **Récurrences : césarienne**
- **ATCD herpes génital surveillance (FCV)**

VOS QUESTIONS

DOSSIER CLINIQUE

B. Wassila, 18 ans, célibataire, sans ATCD, est ramenée aux urgences pour de deux crises convulsives tonico-cloniques généralisées apparues soudainement dans un contexte fébrile.

L'interrogatoire révèle un début brutal depuis 3 jours, avec syndrome d'allure grippal, fièvre élevée, céphalée et hallucinations visuelles répétées, prises pour une intolérance à la forte température.

L'examen clinique : état général altéré Glasgow 12/15
T°=40 °c TA= 120/80 FR= 20 cycles/mn FC=
110 puls/mn.

Raideur de la nuque, sans signes neurologiques de focalisation.

TDM cérébrale= RAS.

FNS= GB: 8300 Hb: 13g/dl

Plaquettes : 204000/mm³

CRP < 6mg/l

PL= LCR clair

Cytologie= 300 éléments cellulaires, 100% lymphocytes avec présence d'hématies ++

Albuminorrachie= 0.52 g/l Glycorrachie= 0.64 g/l
(Glycémie= 1 g/l)

Examen direct du LCR + coloration Gram = négatifs

RÉSOUTDRE LE PROBLÈME

1. Quel diagnostic évoquer en premier lieu? Sur quels arguments?
2. Quels examens complémentaires demandés pour renforcer votre suspicion cliniques?
3. Quels examens à faire pour confirmer votre diagnostic?
4. Quel est votre conduite à tenir?
5. Quelles mesures préventives à prendre?
6. Points forts

Méningo-encéphalite herpétique probable

Arguments:

Épidémiologiques: Absence d'antécédents particuliers. Absence de cas similaires

Cliniques: début brutal, Tableau d'allure virale pendant 3 jours, Fièvre élevée d'emblée, Hallucinations visuelles (Atteinte des lobes temporo-pariétaux), Etat général altéré, Convulsions tonico-cloniques généralisées, Troubles de la conscience Glasgow à 12/15, Raideur de la nuque.

Paracliniques:

Absence d'hyperleucocytose à la NFS, La négativité du CRP, Les résultats de la PL: aspects d'une méningite lymphocytaire normo-glycorrachique avec présence d'hématies (nécrose cérébrale), la normalité de la TDM cérébrale les 5 premiers jours n'écarte pas le diagnostic

R 2

Examens à demander pour renforcer la suspicion clinique:

- **IRM cérébrale:** montre précocement (Contrairement à la TDM qui nécessite parfois 5 jours) des images bilatérales de nécrose des lobes temporaux ou temporo-pariétaux
- **EEG:** qui montre des ondes lentes pseudo-périodiques bilatéraux dans les régions temporo-pariétaux
- **Dosage de l'interféron α dans le LCR:** un taux anormalement élevé $> 2\text{UI/l}$ est très pathognomonique

NB: Une TDM normale le premier jour n'écarte pas le Dgc, il faut la refaire dès le 5^{ème} jour

R 3

PCR de l'*Hèrpes Simplex Virus* (HSV 1 / 2) au niveau du
LCR

(HSV 1 > HSV 2)

R 4

1. Hospitalisation en unité de soins intensifs
2. Mise en conditions
3. Mise en repos cérébrale: Phénobarbital (GARDENAL ®) .: 3-5 mg/kg/j en IM ou IVL , pour son action anticonvulsivante également

ACICLOVIR inj : 10-15 mg/kg/8h en perfusion lente pendant 15 à 21 jours

Surveillance clinique (amélioration des signes neurologiques et apyrexie stable), Biologique (normalisation de la PL à la fin du traitement, négativation de la PCR sous traitement), EEG, non aggravation des images IRM

Programmer un suivi en neurologie et/ou psychiatrie en cas de séquelles associées

Les mesures préventives

- La déclaration est obligatoire (comme pour tout cas de méningite)
- Pas de mesures d'isolement (ce n'est pas une maladie contagieuse)
- Pas de mesures spécifiques pour l'entourage ni pour le personnel soignant

R 6: POINTS FORTS

- La seule méningite virale grave nécessitant un TRT spécifique
- Donne un tableau de méningo-encéphalite le (+) souvent
- Cas sporadiques (pas d'épidémie)
- Pas de tranche d'âge spécifique
- Examen clés: IRM / PL + PCR du LCR /EEG



MERCI

LES VIROSES VESICULO-PUSTULEUSES

Dr. Mohamed ZEROUAL

Maître assistant en maladies infectieuses

E.H.S El Hadi Flici (Ex- El Kettar) - Alger

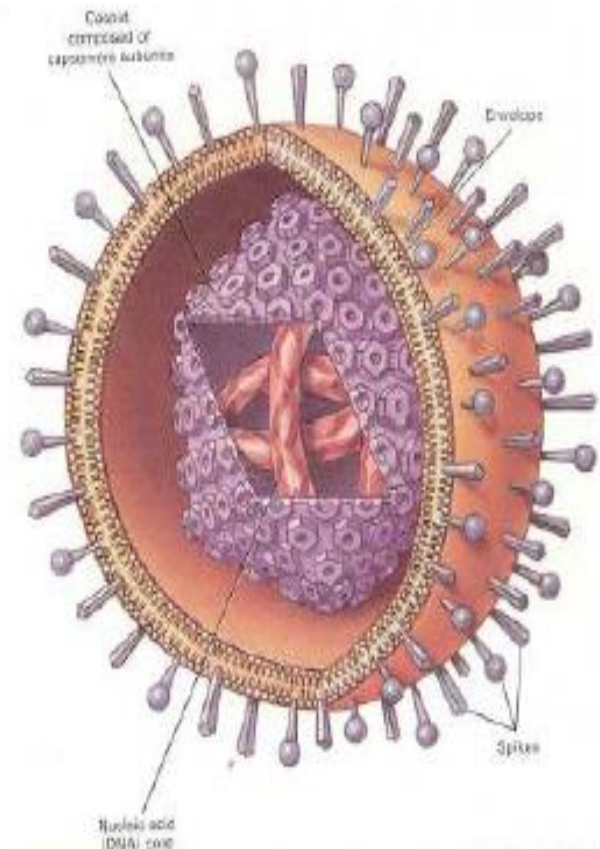
Les Herpesviridae

- Strictement humains
- HHV 1 et 2 : Herpes simplex virus types 1 et 2 (HSV-1 et HSV-2)
- HHV 3 : Virus de la varicelle et du zona (VZV)
- HHV 4 : Virus d'Epstein-Barr (EBV)
- HHV 5 : Cytomégalovirus (CMV)
- HHV-6, HHV-7
- HHV-8 : sarcome de Kaposi

1. Caractères généraux des Herpesviridae

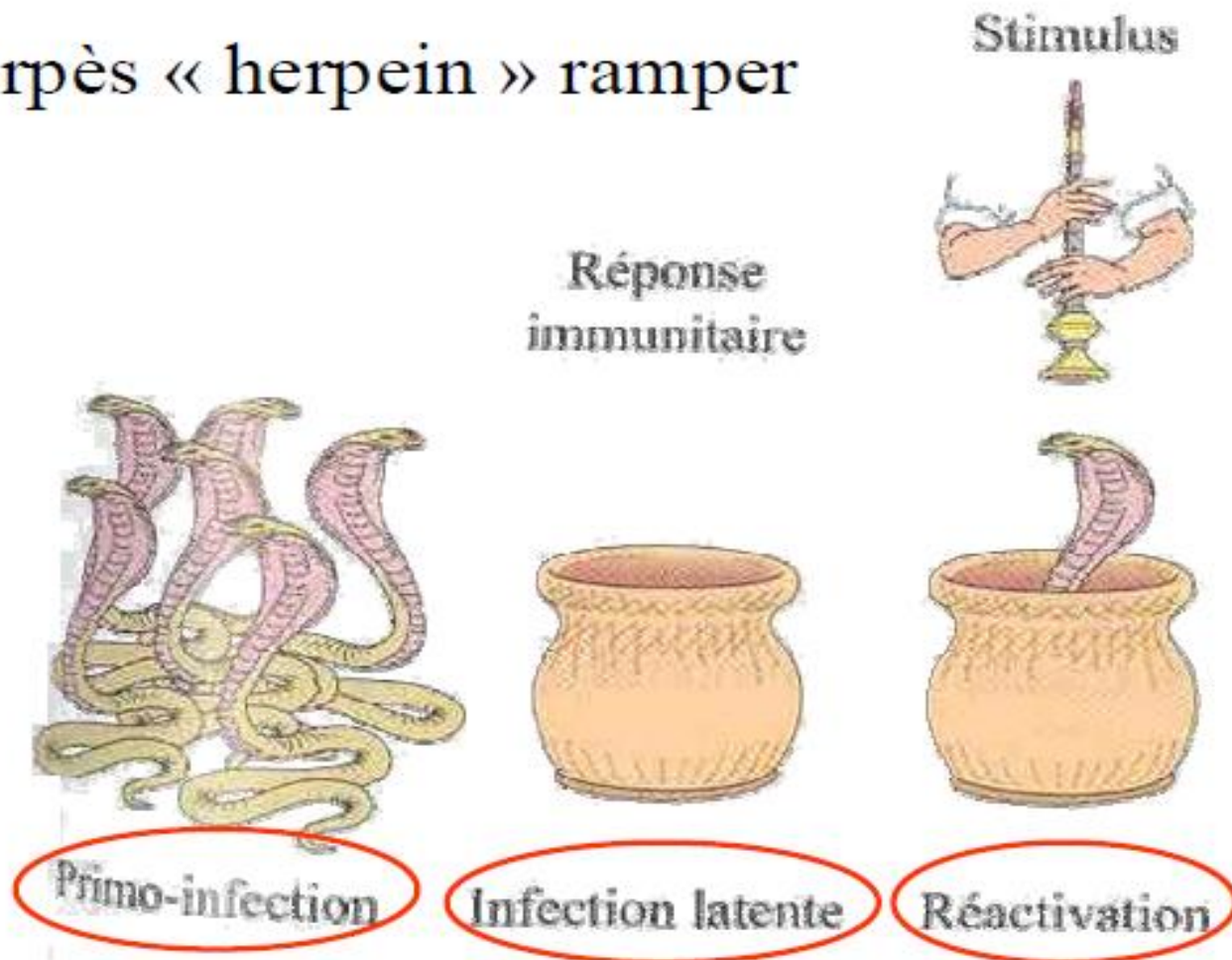
Structure

- virus à **ADN** bicaténaire
- capside icosaédrique
- **enveloppe** avec spicules
- 150 à 200 nm de diamètre



2 - Physiopathogénie

Herpès « herpein » ramper



- Après **primo-infection** : infection **latente** à vie
- conditions favorables (stress, immunodéficience (greffe, infection par le VIH) => reprise de la multiplication virale = **réactivation**
- infections très souvent **asymptomatiques**
- certaines formes d'herpès mortelles ou très invalidantes (patients immunodéprimés)

LA VARICELLE

PLAN

- I - INTRODUCTION
- II - VIROLOGIE
- III - EPIDEMIOLOGIE
- IV - PHYSIOPATHOLOGIE
- V - CLINIQUE
- VI - F. CLINIQUES
- VII -DIAGNOSTIC
- VIII-TRAITEMENT
- IX - PROPHYLAXIE

I - GÉNÉRALITÉS

- Maladie virale de l'enfance
- Très contagieuse
- Bénigne sauf chez l'immunodéprimé
- Confère l'immunité

II – VIROLOGIE

- Virus varicelle-zona (groupe des herpes virus)
- DNA cubique

III - EPIDEMIOLOGIE

- Très contagieuse
- Endémo-épidémique
- Hiver
- Enfant 2-10 ans
- Transmission : gouttes salivaires ,liquide vésiculaire, Croûtes
- Contagiosité: 2 à 3 jours avant l'apparition des vésicules et se poursuit 4 à 5 jours après
- Réservoir : strictement humain
- Terrain : Enfant sain: bénigne
immunodéprimé; adulte, grossesse, nouveau-né :
grave

IV – PHYSIOPATHOLOGIE

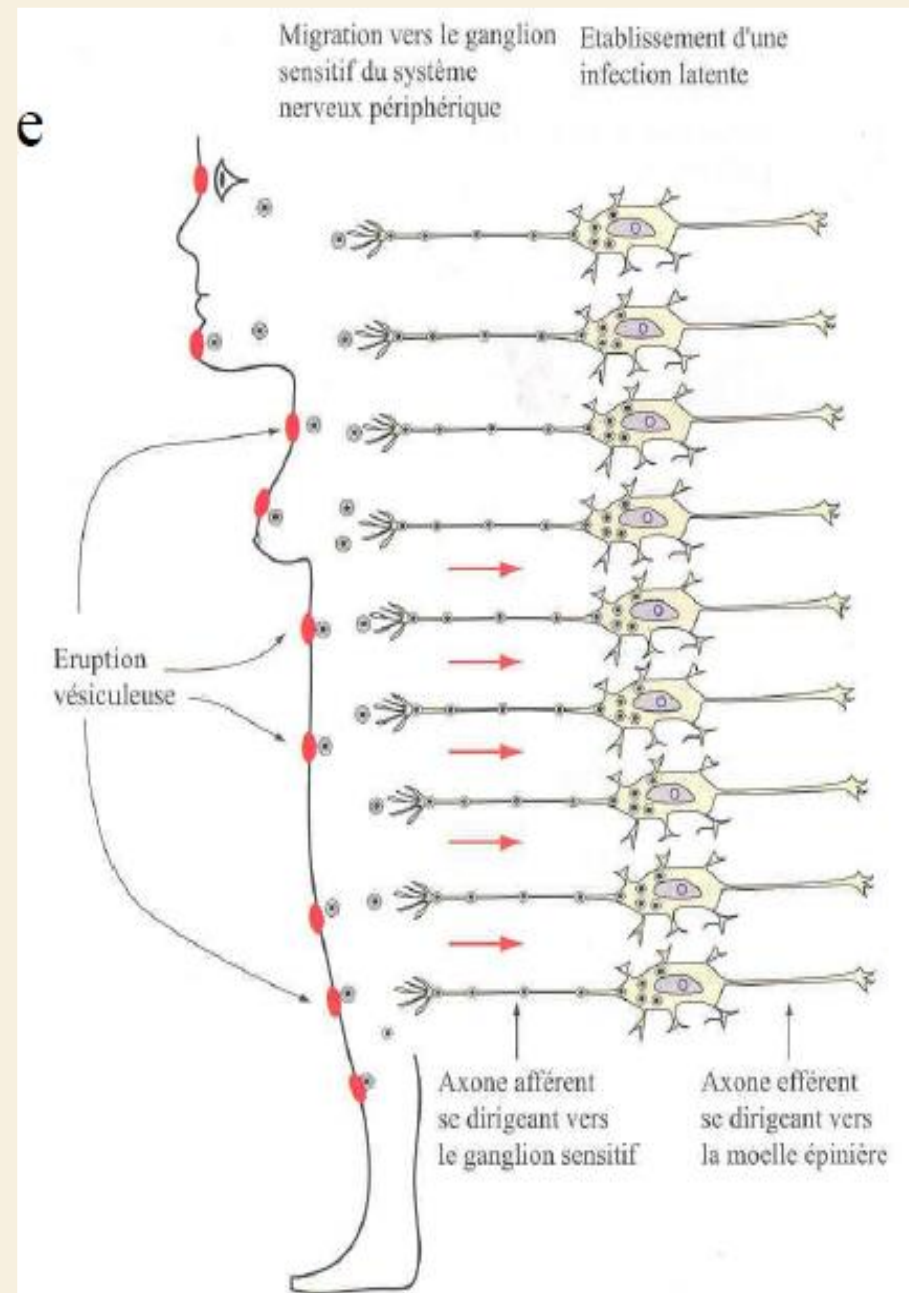
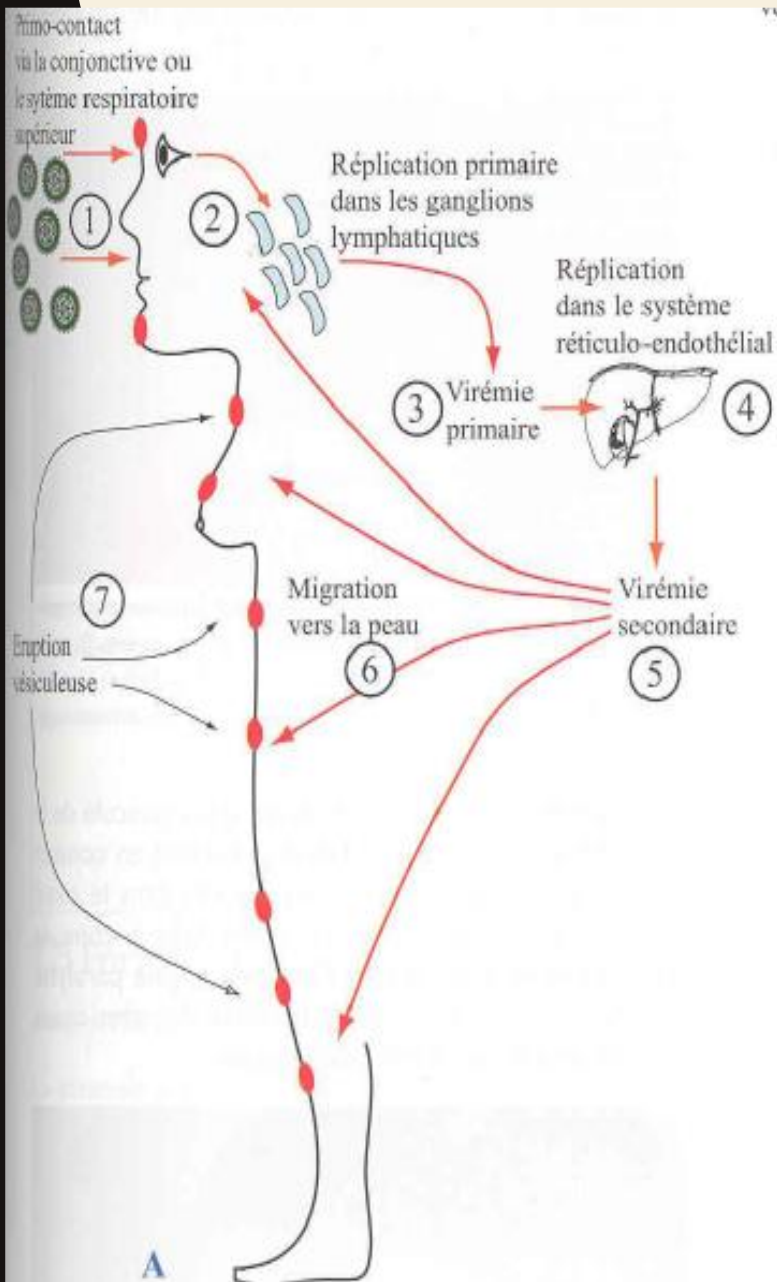
- **Varicelle** : primo infection , immunité sérologique.



- **Zona** : résurgence neuro-épidermique



- **Varicelle** : possible sujets neufs



V- CLINIQUE :

« FORME COMMUNE DE L'ENFANT »

A – INCUBATION : silencieuse 14 jours

B – INVASION : 2 jours

T° 38,5 °c ; malaise; parfois érythème scarlatiniforme
fugace

Vésicule
ombiliquée

vésicule

macule



papule

C – ETAT :

1 - éruption : début

extension / poussée ; âge différent

Aspect :

6 j

macule

papule en 24 h

vésicule: goutte de rosée

dessiccation en 48 h

croûte 4ème jour

tombe vers le 10ème jours

Prurit +++ ; pas de cicatrice ,

Topographie: ensemble du corps: surtout le visage, le tronc, cuir chevelu : toujours, épargne paumes et plantes







2 – Énanthème : Discret

Constant

Bouche , pharynx , œil , OG

Vésicule  érosion  ulcération

EG conservé

T° modérée

Micro-polyadénopathies cervicales

SMG +/-

NFS : Leucopénie
monocytose

D -EVOLUTION

➤ **Guérison sans séquelles** : 10 jours

➤ **Complications** :

1-Cutanées : surinfection cutanées (staph) favorisées par AINS et TRT locaux

2-Encéphalite (rare mais grave)

3-Atteinte cérébelleuse : fréquente et bénigne, vers 3°- 4° jour

Ataxie

Trouble de la marche ,tremblement ,hypotonie

EEG +/- normal

PL normale ou perturbé (MLAB)

Évolution: guérison sans séquelles

4-Pneumopathie: 1 à 7 jours après la varicelle (adulte++) avec risque SDRA

5-Laryngite

6-Autres : kératite ,néphrite ,purpura .

VI- FORMES CLINIQUES :

1 – F. symptomatiques

2 - F. selon l'âge : N.né , adulte

3- F. selon le terrain :

- immunodéprimé

varicelle grave , EG altéré , éruption ++ floride et hémorragique

Complications fréquente

- femme enceinte (forme grave, risque de foetopathies)

VII –DIAGNOSTIC POSITIF : IL EST CLINIQUE

- Notion épidémiologique
- Absence d'ATCD
- Éruption caractéristique +++

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE : rarement demandé

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

Zona (forme généralisée)

Prurigo strophulus

Syndrome main-pied-bouche (Coxsackie)

Syndrome main-pied- bouche



Prurigo



VIII – TRAITEMENT

Traitement symptomatique :

- Aspirine contre Indiqué (même AINS): Syndrome de Reye
- Anti-histaminiques
- Ongles coupés courts et propres
- Bains quotidiens
- Pas de produits locaux

Traitement antiviral : ID, N-né , femme enceinte:

Aciclovir inj : 10 – 15 mg / kg / 8 h, pdt 7 à 10 j

Traitement des complications: surinfection :ATB anti-staph

IX – PROPHYLAXIE :

Déclaration facultative

Éviction scolaire jusqu'à guérison

Isolement

Gamma-globulines spécifiques : chez l'ID dans les 96 h suivant l'exposition

Vaccination non encore validée en Algérie

LE ZONA

PLAN

- I - INTRODUCTION
- II - VIROLOGIE
- III - EPIDEMIOLOGIE
- IV - PHYSIOPATHOLOGIE
- V - CLINIQUE
- VI - F. CLINIQUES
- VII -DIAGNOSTIC
- VIII-TRAITEMENT
- IX - PROPHYLAXIE

I - GÉNÉRALITÉS

- **Maladie virale VVZ**
- **Peu contagieuse**
- **Éruption érythémato-vésiculeuse,
syndrome algique , topographie neuro-radriculaire**
- **Adulte ,sujet âgé**

II – VIROLOGIE

Idem varicelle

III - EPIDEMIOLOGIE

- Très peu contagieux
- Cas sporadique
- Zona → sujet non immunisé → varicelle
- Immunité durable
- Ne récidive jamais (sauf ID)

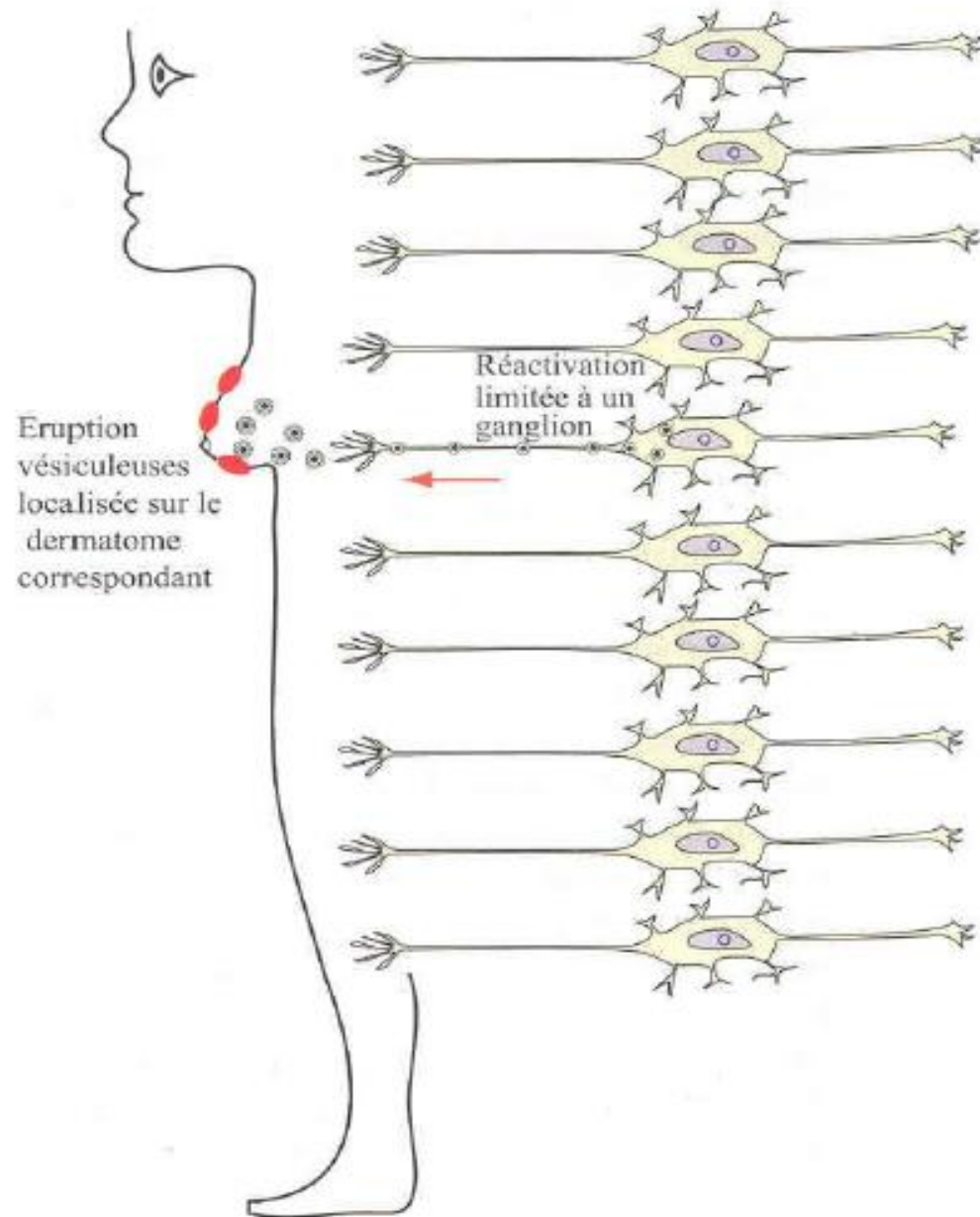
IV – PHYSIOPATHOLOGIE :

➤ Varicelle → VVZ latent ggl nerveux (raisons ?) →

X° VVZ cellules ganglionnaires → territoire
métamérique

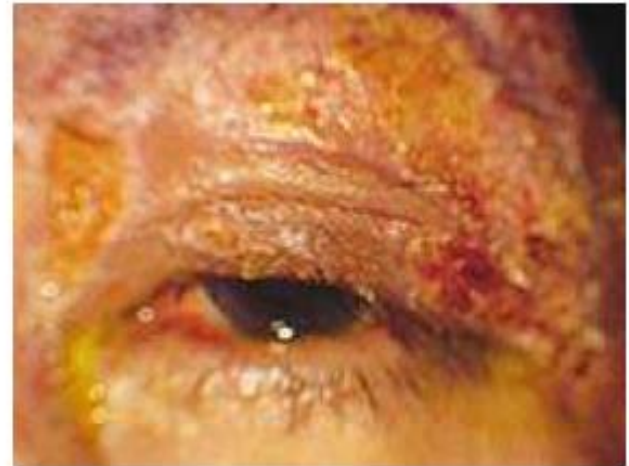
➤ Facteurs favorisants : Traumatisme , Réflexe ,
Hémopathie , SIDA..

Réactivation
=> zona





Zona intercostal



Zona ophtalmique



Zona étendu

Douleurs +++

V-CLINIQUE : ZONA INTERCOSTAL MOYEN

A – INCUBATION : ?

B –DEBUT :

- Douleurs radiculaires
- Hyperesthésie cutanée
- Causalgies
- Syndrome infectieux +/-
- ADP satellite (axillaire)

C – ETAT :

- 1 - Éruption :** Topographie radiculaire
Aspect unilatérale
Placard érythémateux
Vésicules comme herpès
(bouquets)

Dessiccation , puis croûte

Discrète cicatrice



2 – douleurs : Brûlures

Paroxysmes +++

Hypoesthésie cutanée

Persiste +/- (sujet âgé)

Séquelles douloureuses

3 – Syndrome infectieux : modéré

T° 38 – 39 °C

Céphalées

4- ADP : satellites (axillaires)

C- EVOLUTION

Poussées 2 – 3 , éléments d'âge différent

Guérison : 2- 3 semaines

Séquelles : Douloureuses

Cicatrices cutanées achromiques ,+/-
anesthésie

 dg rétrospectif

VI- F.CLINIQUES :

1 – F. topographiques:

- Z .des membres
- Z.cervico-brachial
- Z. lombo-sacré
- **Z. Crânien** : Ophtalmique: 1 des 3 br . N. Trijumeau .
+ frqt , + grave. En cas d'att. Du nasal ext ; une kératite est possible



Zona du gg géniculé : Tympan, conduit auditif externe, conque du pavillon de l'oreille

Paralysie faciale périph. +++
Eruption sur les 2/3 antérieure de l'hémilangue homolatérale



2 – F. selon l'éruption:

- Z. généralisé
- Z. hémorragique

3 - F. selon le terrain:

- ✓ enfant : syndrome infectieux +++

Moins de douleurs

- ✓ Sujet âgé : Douleurs +++ algies post-zosteriennes difficiles à gérer,
- ✓ Immunodéprimé: Zona généralisé , atteinte Viecérales (pneumopathie, encéphalite, hépatite)

VII –DIAGNOSTIC +: **IL EST CLINIQUE**

- Le syndrome douloureux
- L'éruption typique métamérique
- Son évolution
- NFS : leuconeutropénie ,monocytose

- **DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE :**

Examen cellules vésiculaires: Ag. viraux

PCR du LCR

Sérologie (peu d'intérêt)

Diagnostic différentiel:

- Eczéma**
- Herpès**
- Varicelle**
- Érysipèle de la face**
- Staphylococcie maligne de la face**

VIII – TRAITEMENT

Éviter les surinfections : Antistaph +++

Traitement symptomatique : Sédatifs (paracétamol-codéine, carbamazépine)

Soins locaux

Traitement antiviral : **Aciclovir** : 10mg /kg / 8h
en perfusion 10-15 jours

Traitement des complications

DCI	INDICATIONS	POSOLOGIE PAR JOUR	Voie d'admini	durée
Aciclovir	F. Grave et ou de l'immunodéprimé	10mg/kg / 8h	IV	8-10 J
Valaciclovir	zona	1000 mg x 3	ORALE	7 J
Valaciclovir	Zona ophtalmique	1000 mg x 3	ORALE	7 J
Famciclovir	zona	500 mg x 3	ORALE	7 J

L' HERPES

PLAN

- I - INTRODUCTION
- II - VIROLOGIE
- III - EPIDEMIOLOGIE
- IV - PHYSIOPATHOLOGIE
- V - CLINIQUE
- VI - F. CLINIQUES
- VII -DIAGNOSTIC
- VIII-TRAITEMENT
- IX - PROPHYLAXIE

I - GÉNÉRALITÉS

- Maladie virale érythémato-vésiculeuse
peri-orificielle
- Virus de l'herpès
- Récidive
- Peu immunisante

II – VIROLOGIE

Herpes virus Hominis, DNA , 2 types

Type I : (HSV1) au dessus de la ceinture
contact direct
salive , lèvres ,joues

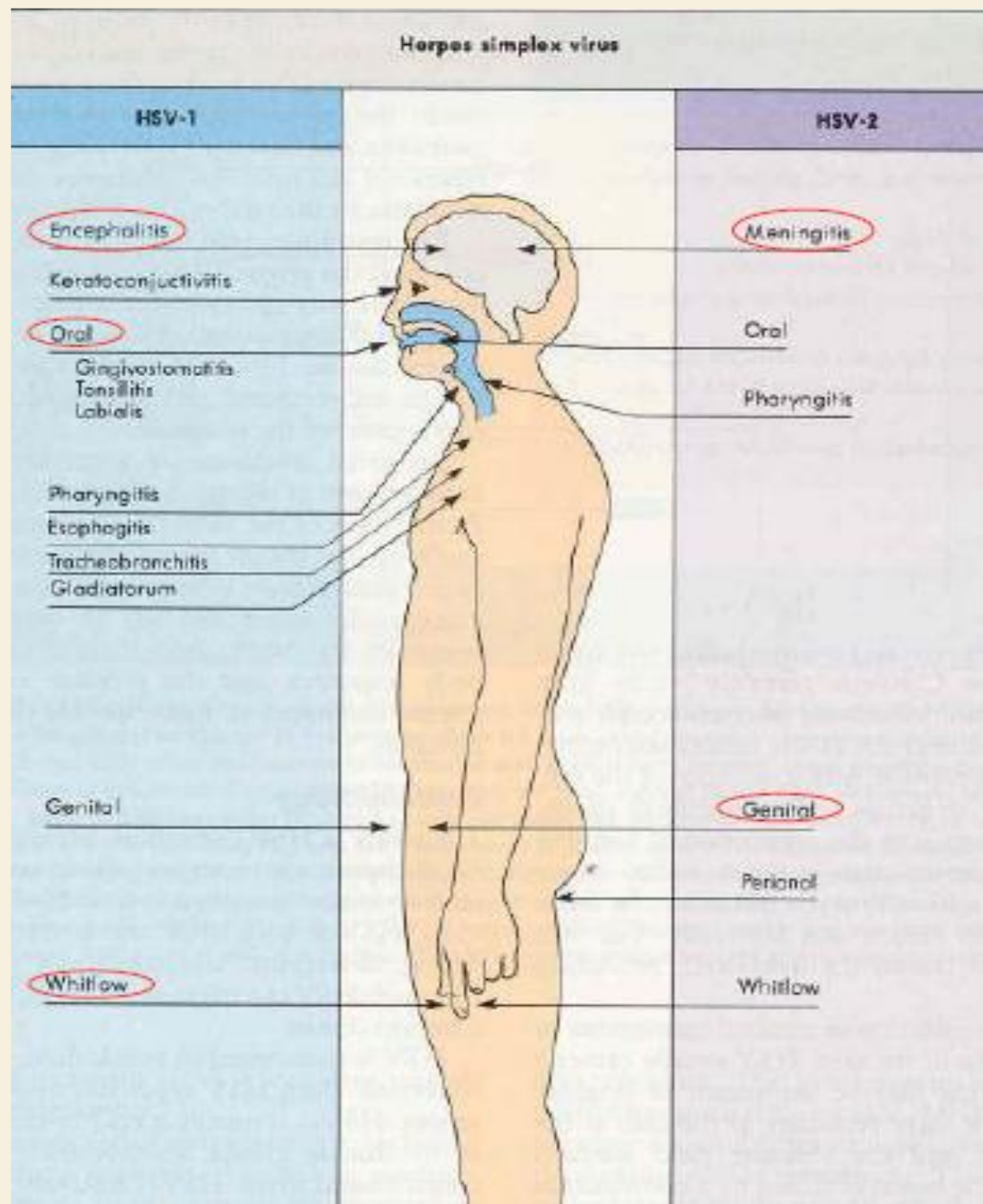
Type II : (HSV2) au dessous de la ceinture
Traumatisme , rapports sexuels
accouchement → N.né

III - EPIDEMIOLOGIE

➤ Réservoir de virus : HOMME

IV – PHYSIOPATHOLOGIE :

- Primo infection latente 80 %
- Primo infection patente
- Latence dans les cell ggl nerveux
- Réactivation / fièvre ,stress , immunodépression
- H de sortie (MCS) récurrence +++



V - CLINIQUE :

A – primo-infection: 80% latente , 7mois –3 ans

Méningo-encéphalite du N.né

Septicémie

Gingivo-stomatite : fièvre +++, anorexie ,

dysphagie , hyper sialorrhée ,

vésicules , ulcérations ,

herpès labial , menton , pouce,

ADP sous-menton. , sous-maxillaire

Évolution favorable 1 – 2semaines



Herpès cutanéomuqueux:

Péri buccal, OG , yeux ,

Picotements

Sensation de cuisson

Érythème

Vésicules en bouquet

Douleurs

ADP

Évolution : guérison 6 – 10 jours



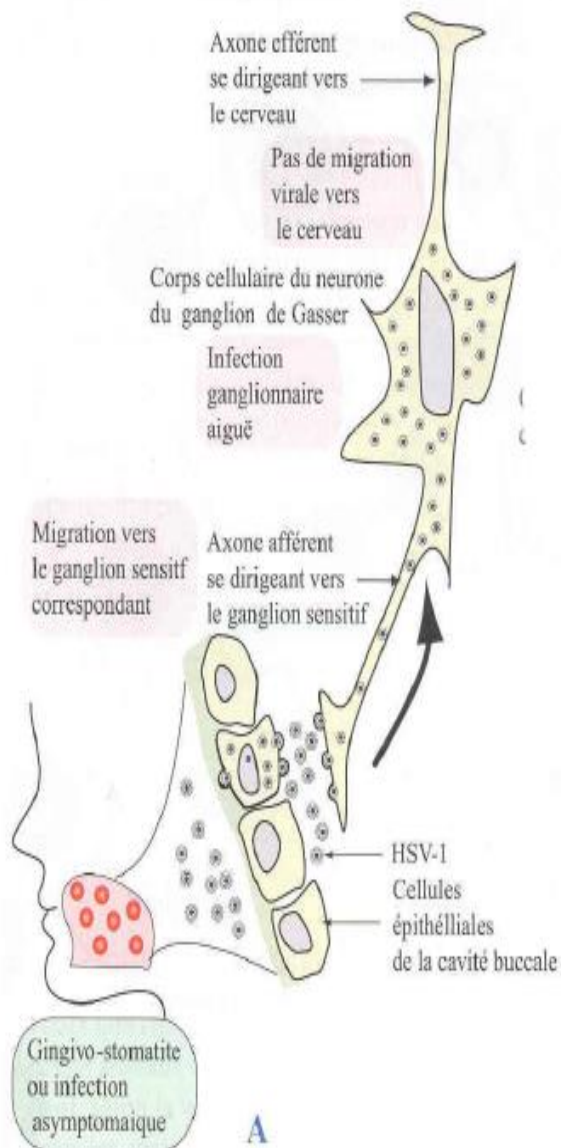


Herpès récurrent de « sortie »:

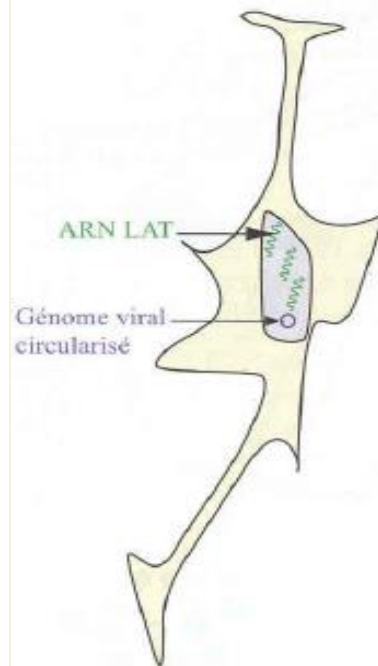
Facteurs déclenchant : MCS, PFLA ,LIH , coup de soleil
stress, hormonal...

Toujours au même endroit ,chez le même malade

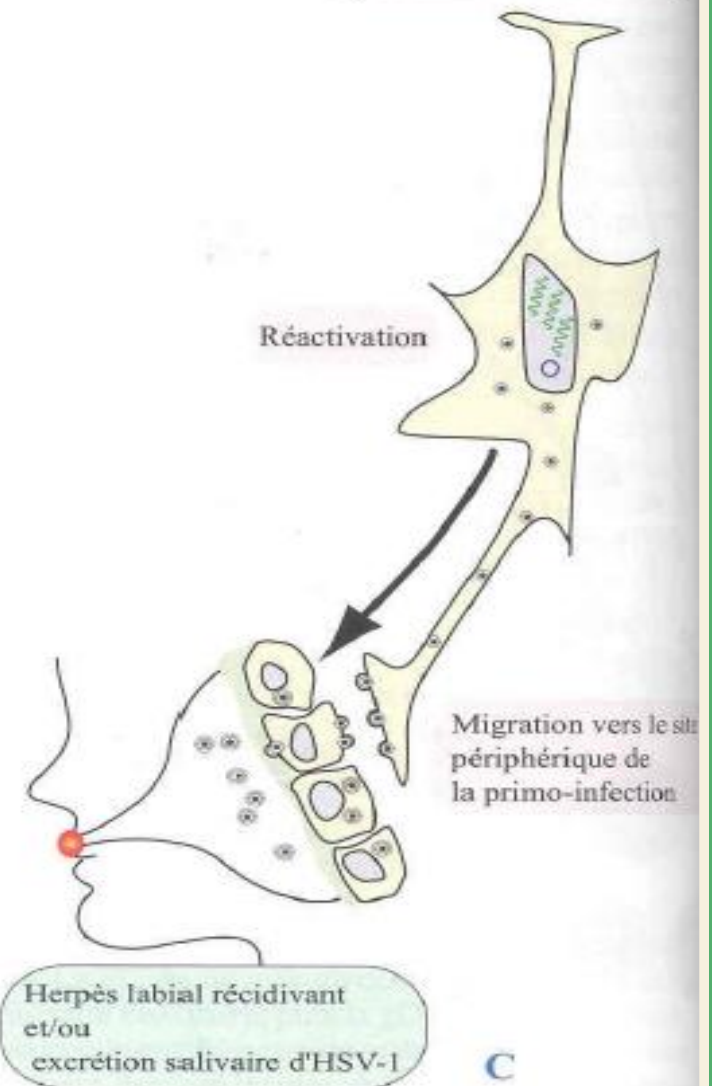
Primo-infection orale à HSV-1



Infection latente



Infections récurrentes



VI – FORMES CLINIQUES :

1- Terrain immunodéprimé :

herpès cutané généralisé + lésions viscérales

2- Encéphalite herpétique de l'adulte:

Encéphalite aigue nécrosante temporale

Début brutal; Σ d infectieux , hallucinations
auditives ou visuelles, céphalées

Phase d'état: coma , convulsions, hémiplégie

Ex. compl: PL, EEG , TDM ou IRM CEREBRAL

3- HERPES GÉNITAL

- Primo-infection : 1^{ère} relations Sexuelles.
incubation 2 à 7 j
Vésicules, ulcération OGE , fièvre , malaise ,
ADP inguinales bilatérales douloureuses,
dysurie,
- Recurrences +++

4- HERPES NEO-NATAL:

Transmission Materno-foétale (MTE)

Sepsis grave, éruption nécrotique, atteinte multi viscérale



5 - Syndrome de Kaposi Juliusberg:

surinfection d'un eczéma par le virus de l'herpès



avant



après

TRT: soins locaux, une antibiothérapie et de l'aciclovir par voie générale

VII –DIAGNOSTIC POSITIF : IL EST CLINIQUE

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE : au cas par cas

Cytodiagnostic,

Immunofluorescence directe,

Culture ,

PCR

VIII – TRAITEMENT

Traitement local : Chlorexidine : Éviter les surinfections

Traitement général : antiviral : ***aciclovir*** :
10mg / kg / 8h en perfusion 10-15
jours

INDICATION	DCI	POSOLOGIE QUOTIDIENNE	VOIE D'ADMINI.	DUREE
PRIMO-INFECTION				
1. GENITALE	ACICLOVIR	200mg x5	ORALE	10 J
2. GINGIVO-STOMATITE	ACICLOVIR puis relais VALACICLOVIR bains de bouche + alim froide	5mg/kg / 8h 500 mg x 2	IV ORALE	8 - 10j
RECURRENCE SEVERE	VALAVICLOVIR	500 mg x 2	ORALE	5 J
ENCEPHALITE	ACICLOVIR Anticonvulsivants Soins intensifs	10 - 15mg/kg / 8h	IV	15 – 21 J

- **Herpes oculaire**: avis ophtalmo. en urgence
CTC contre indiqués.

Aciclovir en pommade: 5 applications/ J

Pansement occlusif

- **Immunodéprimé**: ***Aciclovir*** : 10 à 15 mg/kg/
8h en IV jusqu'à guérison

IX – PROPHYLAXIE :

Femme enceinte

- **Récurrences : césarienne**
- **ATCD herpes génital surveillance (FCV)**

VOS QUESTIONS

DOSSIER CLINIQUE

B. Wassila, 18 ans, célibataire, sans ATCD, est ramenée aux urgences pour de deux crises convulsives tonico-cloniques généralisées apparues soudainement dans un contexte fébrile.

L'interrogatoire révèle un début brutal depuis 3 jours, avec syndrome d'allure grippal, fièvre élevée, céphalée et hallucinations visuelles répétées, prises pour une intolérance à la forte température.

L'examen clinique : état général altéré Glasgow 12/15
T°=40 °c TA= 120/80 FR= 20 cycles/mn FC=
110 puls/mn.

Raideur de la nuque, sans signes neurologiques de focalisation.

TDM cérébrale= RAS.

FNS= GB: 8300 Hb: 13g/dl

Plaquettes : 204000/mm³

CRP < 6mg/l

PL= LCR clair

Cytologie= 300 éléments cellulaires, 100% lymphocytes avec présence d'hématies ++

Albuminorrachie= 0.52 g/l Glycorrachie= 0.64 g/l
(Glycémie= 1 g/l)

Examen direct du LCR + coloration Gram = négatifs

RÉSOUTDRE LE PROBLÈME

1. Quel diagnostic évoquer en premier lieu? Sur quels arguments?
2. Quels examens complémentaires demandés pour renforcer votre suspicion cliniques?
3. Quels examens à faire pour confirmer votre diagnostic?
4. Quel est votre conduite à tenir?
5. Quelles mesures préventives à prendre?
6. Points forts

Méningo-encéphalite herpétique probable

Arguments:

Épidémiologiques: Absence d'antécédents particuliers. Absence de cas similaires

Cliniques: début brutal, Tableau d'allure virale pendant 3 jours, Fièvre élevée d'emblée, Hallucinations visuelles (Atteinte des lobes temporo-pariétaux), Etat général altéré, Convulsions tonico-cloniques généralisées, Troubles de la conscience Glasgow à 12/15, Raideur de la nuque.

Paracliniques:

Absence d'hyperleucocytose à la NFS, La négativité du CRP, Les résultats de la PL: aspects d'une méningite lymphocytaire normo-glycorrachique avec présence d'hématies (nécrose cérébrale), la normalité de la TDM cérébrale les 5 premiers jours n'écarte pas le diagnostic

R 2

Examens à demander pour renforcer la suspicion clinique:

- **IRM cérébrale:** montre précocement (Contrairement à la TDM qui nécessite parfois 5 jours) des images bilatérales de nécrose des lobes temporaux ou temporo-pariétaux
- **EEG:** qui montre des ondes lentes pseudo-périodiques bilatéraux dans les régions temporo-pariétaux
- **Dosage de l'interféron α dans le LCR:** un taux anormalement élevé $> 2\text{UI/l}$ est très pathognomonique

NB: Une TDM normale le premier jour n'écarte pas le Dgc, il faut la refaire dès le 5^{ème} jour

R 3

PCR de l'*Hèrpes Simplex Virus* (HSV 1 / 2) au niveau du
LCR

(HSV 1 > HSV 2)

R 4

1. Hospitalisation en unité de soins intensifs
2. Mise en conditions
3. Mise en repos cérébrale: Phénobarbital (GARDENAL ®) .: 3-5 mg/kg/j en IM ou IVL , pour son action anticonvulsivante également

ACICLOVIR inj : 10-15 mg/kg/8h en perfusion lente pendant 15 à 21 jours

Surveillance clinique (amélioration des signes neurologiques et apyrexie stable), Biologique (normalisation de la PL à la fin du traitement, négativation de la PCR sous traitement), EEG, non aggravation des images IRM

Programmer un suivi en neurologie et/ou psychiatrie en cas de séquelles associées

Les mesures préventives

- La déclaration est obligatoire (comme pour tout cas de méningite)
- Pas de mesures d'isolement (ce n'est pas une maladie contagieuse)
- Pas de mesures spécifiques pour l'entourage ni pour le personnel soignant

R 6: POINTS FORTS

- La seule méningite virale grave nécessitant un TRT spécifique
- Donne un tableau de méningo-encéphalite le (+) souvent
- Cas sporadiques (pas d'épidémie)
- Pas de tranche d'âge spécifique
- Examen clés: IRM / PL + PCR du LCR /EEG



MERCI

LES VIROSES VESICULO-PUSTULEUSES

Dr. Mohamed ZEROUAL

Maître assistant en maladies infectieuses

E.H.S El Hadi Flici (Ex- El Kettar) - Alger

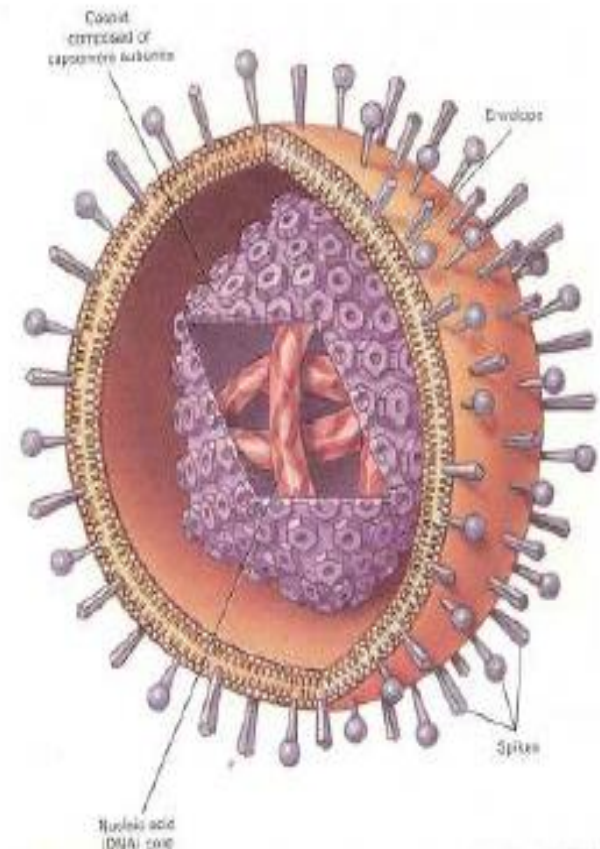
Les Herpesviridae

- Strictement humains
- HHV 1 et 2 : Herpes simplex virus types 1 et 2 (HSV-1 et HSV-2)
- HHV 3 : Virus de la varicelle et du zona (VZV)
- HHV 4 : Virus d'Epstein-Barr (EBV)
- HHV 5 : Cytomégalovirus (CMV)
- HHV-6, HHV-7
- HHV-8 : sarcome de Kaposi

1. Caractères généraux des Herpesviridae

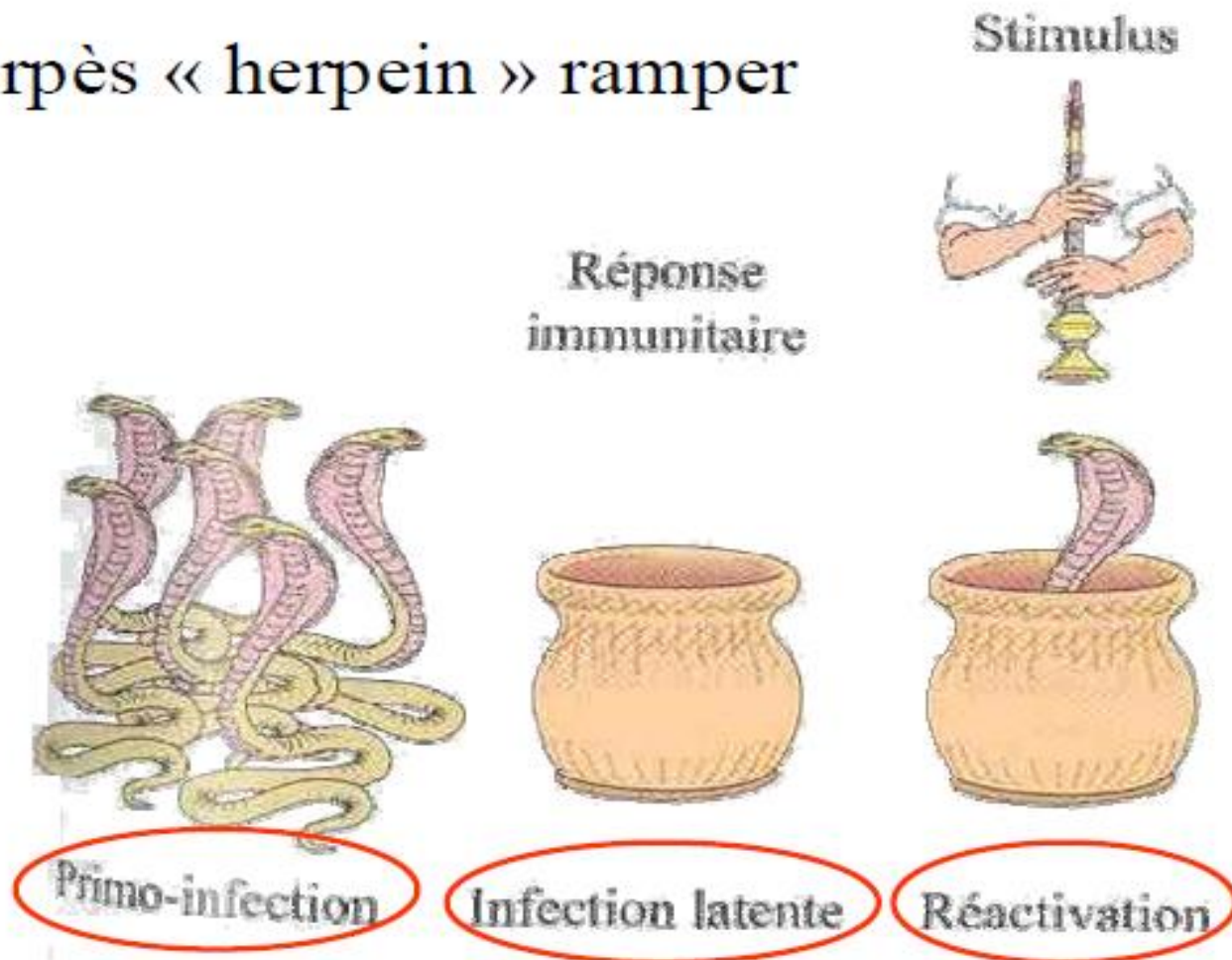
Structure

- virus à **ADN** bicaténaire
- capside icosaédrique
- **enveloppe** avec spicules
- 150 à 200 nm de diamètre



2 - Physiopathogénie

Herpès « herpein » ramper



- Après **primo-infection** : infection **latente** à vie
- conditions favorables (stress, immunodéficience (greffe, infection par le VIH) => reprise de la multiplication virale = **réactivation**
- infections très souvent **asymptomatiques**
- certaines formes d'herpès mortelles ou très invalidantes (patients immunodéprimés)

LA VARICELLE

PLAN

- I - INTRODUCTION
- II - VIROLOGIE
- III - EPIDEMIOLOGIE
- IV - PHYSIOPATHOLOGIE
- V - CLINIQUE
- VI - F. CLINIQUES
- VII -DIAGNOSTIC
- VIII-TRAITEMENT
- IX - PROPHYLAXIE

I - GÉNÉRALITÉS

- Maladie virale de l'enfance
- Très contagieuse
- Bénigne sauf chez l'immunodéprimé
- Confère l'immunité

II – VIROLOGIE

- Virus varicelle-zona (groupe des herpes virus)
- DNA cubique

III - EPIDEMIOLOGIE

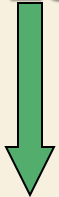
- Très contagieuse
- Endémo-épidémique
- Hiver
- Enfant 2-10 ans
- Transmission : gouttes salivaires ,liquide vésiculaire, Croûtes
- Contagiosité: 2 à 3 jours avant l'apparition des vésicules et se poursuit 4 à 5 jours après
- Réservoir : strictement humain
- Terrain : Enfant sain: bénigne
immunodéprimé; adulte, grossesse, nouveau-né :
grave

IV – PHYSIOPATHOLOGIE

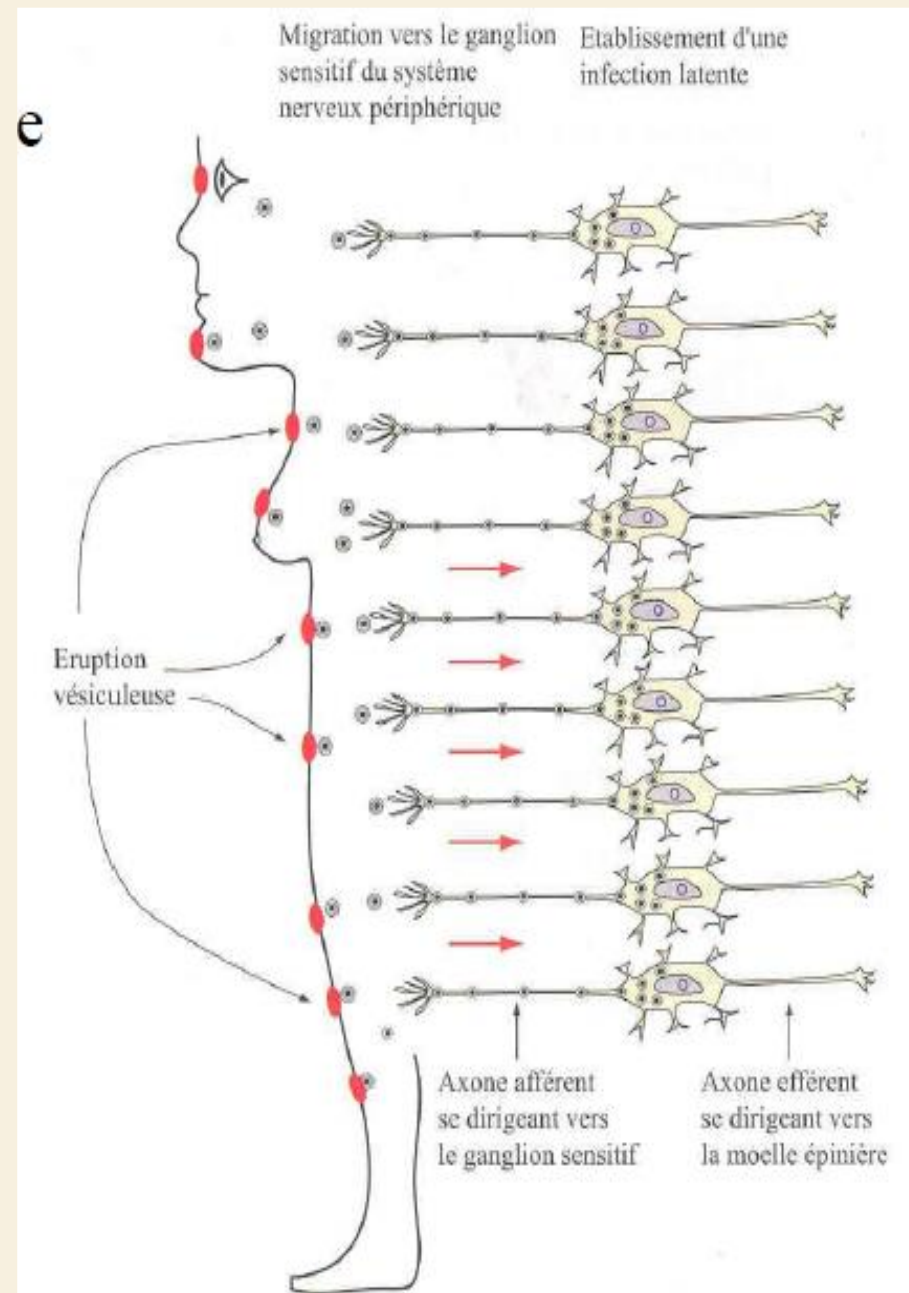
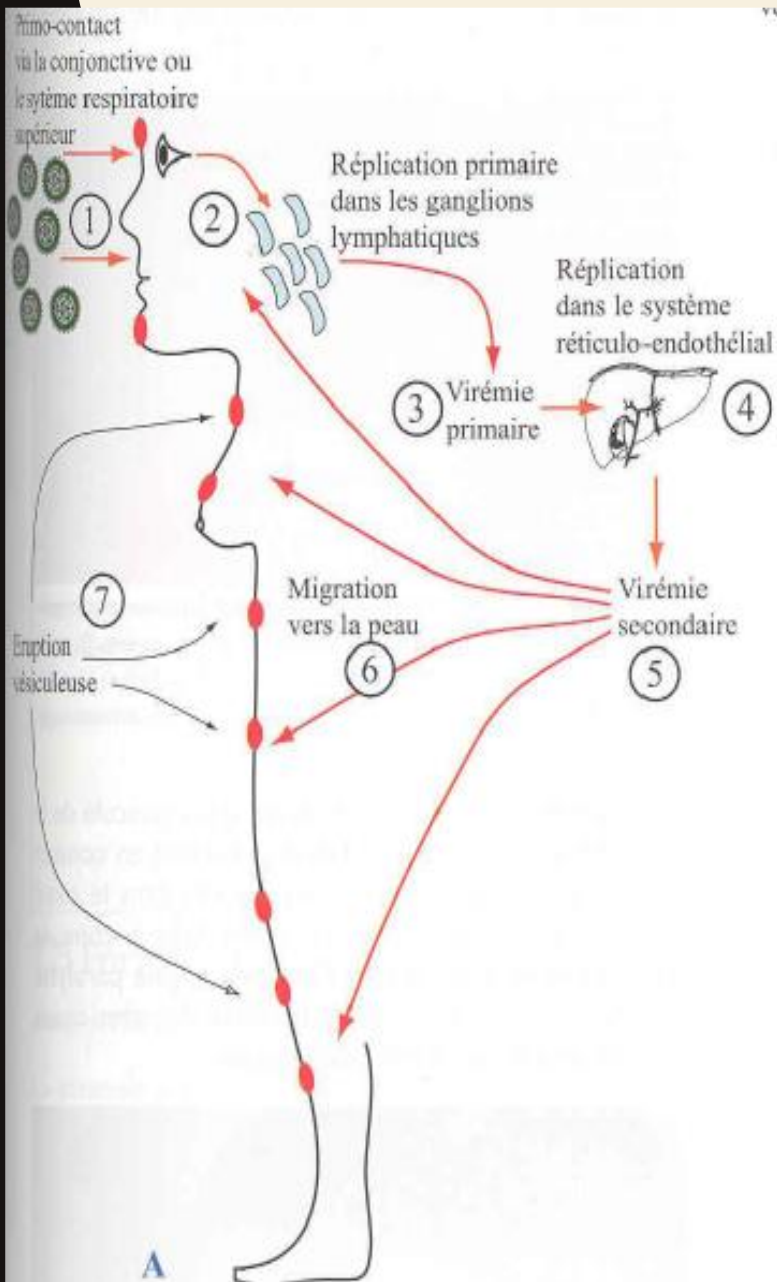
- **Varicelle** : primo infection , immunité sérologique.



- **Zona** : résurgence neuro-épidermique



- **Varicelle** : possible sujets neufs



V- CLINIQUE :

« FORME COMMUNE DE L'ENFANT »

A – INCUBATION : silencieuse 14 jours

B – INVASION : 2 jours

T° 38,5 °c ; malaise; parfois érythème scarlatiniforme
fugace

Vésicule
ombiliquée

vésicule

macule



papule

C – ETAT :

1 - éruption : début

extension / poussée ; âge différent

Aspect :

6 j

macule

papule en 24 h

vésicule: goutte de rosée

dessiccation en 48 h

croûte 4ème jour

tombe vers le 10ème jours

Prurit +++ ; pas de cicatrice ,

Topographie: ensemble du corps: surtout le visage, le tronc, cuir chevelu : toujours, épargne paumes et plantes






2 – Énanthème : Discret

Constant

Bouche , pharynx , œil , OG

Vésicule  érosion  ulcération

EG conservé

T° modérée

Micro-polyadénopathies cervicales

SMG +/-

NFS : Leucopénie
monocytose

D -EVOLUTION

➤ **Guérison sans séquelles** : 10 jours

➤ **Complications** :

1-Cutanées : surinfection cutanées (staph) favorisées par AINS et TRT locaux

2-Encéphalite (rare mais grave)

3-Atteinte cérébelleuse : fréquente et bénigne, vers
3°- 4° jour

Ataxie

Trouble de la marche ,tremblement ,hypotonie

EEG +/- normal

PL normale ou perturbé (MLAB)

Évolution: guérison sans séquelles

4-Pneumopathie: 1 à 7 jours après la varicelle
(adulte++) avec risque SDRA

5-Laryngite

6-Autres : kératite ,néphrite ,purpura .

VI- FORMES CLINIQUES :

1 – F. symptomatiques

2 - F. selon l'âge : N.né , adulte

3- F. selon le terrain :

- immunodéprimé

varicelle grave , EG altéré , éruption ++ floride et hémorragique

Complications fréquente

- femme enceinte (forme grave, risque de foetopathies)

VII –DIAGNOSTIC POSITIF : IL EST CLINIQUE

- Notion épidémiologique
- Absence d'ATCD
- Éruption caractéristique +++

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE : rarement demandé

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

Zona (forme généralisée)

Prurigo strophulus

Syndrome main-pied-bouche (Coxsackie)

Syndrome main-pied- bouche



Prurigo



VIII – TRAITEMENT

Traitement symptomatique :

- Aspirine contre Indiqué (même AINS): Syndrome de Reye
- Anti-histaminiques
- Ongles coupés courts et propres
- Bains quotidiens
- Pas de produits locaux

Traitement antiviral : ID, N-né , femme enceinte:

Aciclovir inj : 10 – 15 mg / kg / 8 h, pdt 7 à 10 j

Traitement des complications: surinfection :ATB anti-staph

IX – PROPHYLAXIE :

Déclaration facultative

Éviction scolaire jusqu'à guérison

Isolement

Gamma-globulines spécifiques : chez l'ID dans les 96 h suivant l'exposition

Vaccination non encore validée en Algérie

LE ZONA

PLAN

- I - INTRODUCTION
- II - VIROLOGIE
- III - EPIDEMIOLOGIE
- IV - PHYSIOPATHOLOGIE
- V - CLINIQUE
- VI - F. CLINIQUES
- VII -DIAGNOSTIC
- VIII-TRAITEMENT
- IX - PROPHYLAXIE

I - GÉNÉRALITÉS

- **Maladie virale VVZ**
- **Peu contagieuse**
- **Éruption érythémato-vésiculeuse,
syndrome algique , topographie neuro-radriculaire**
- **Adulte ,sujet âgé**

II – VIROLOGIE

Idem varicelle

III - EPIDEMIOLOGIE

- Très peu contagieux
- Cas sporadique
- Zona → sujet non immunisé → varicelle
- Immunité durable
- Ne récidive jamais (sauf ID)

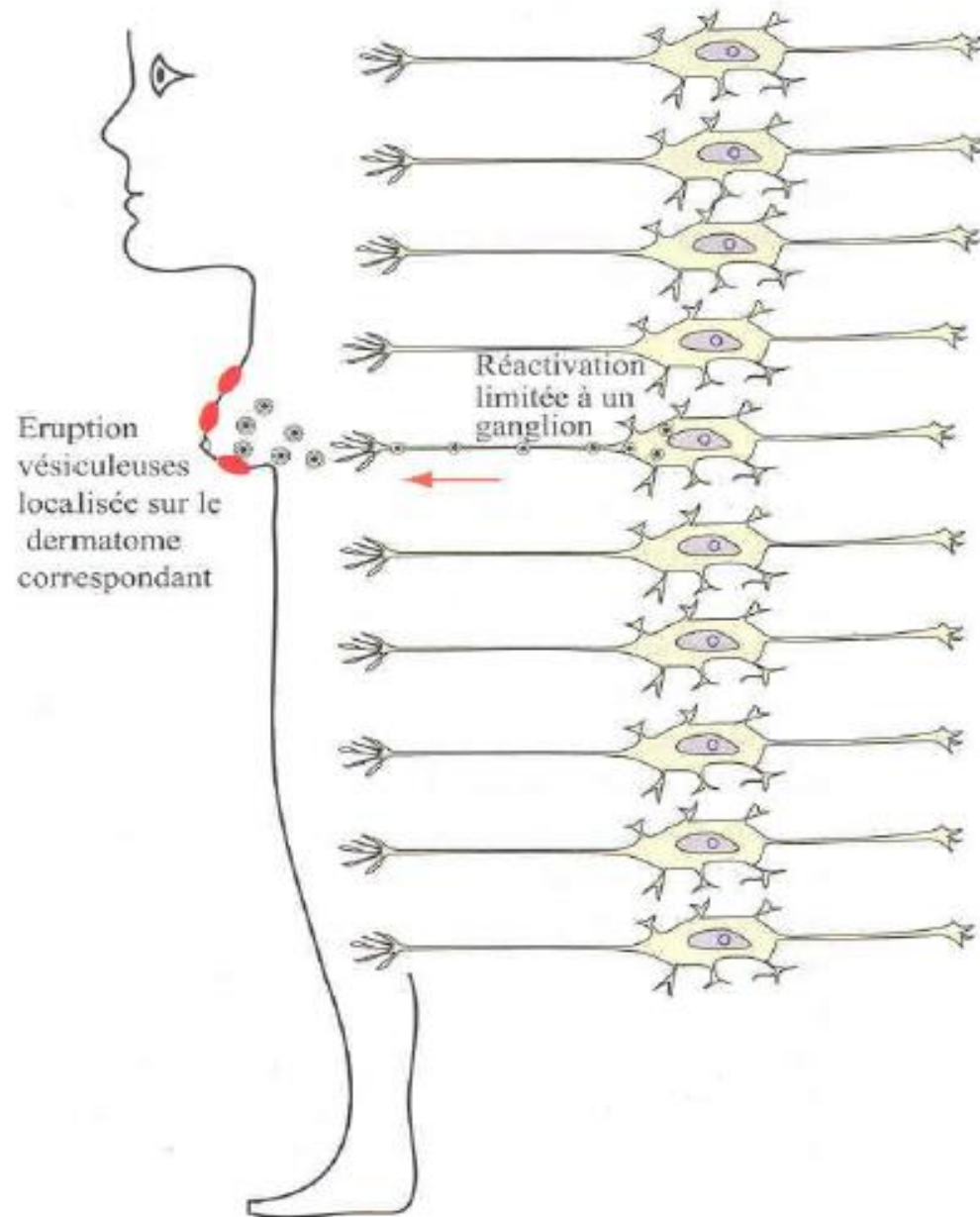
IV – PHYSIOPATHOLOGIE :

➤ Varicelle → VVZ latent ggl nerveux (raisons ?) →

X° VVZ cellules ganglionnaires → territoire
métamérique

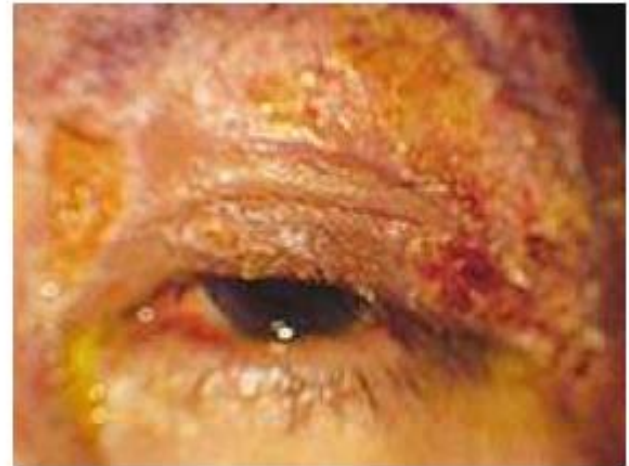
➤ Facteurs favorisants : Traumatisme , Réflexe ,
Hémopathie , SIDA..

Réactivation
=> zona





Zona intercostal



Zona ophtalmique



Zona étendu

Douleurs +++

V-CLINIQUE : ZONA INTERCOSTAL MOYEN

A – INCUBATION : ?

B –DEBUT :

- Douleurs radiculaires
- Hyperesthésie cutanée
- Causalgies
- Syndrome infectieux +/-
- ADP satellite (axillaire)

C – ETAT :

- 1 - Éruption :** Topographie radiculaire
Aspect unilatérale
Placard érythémateux
Vésicules comme herpès
(bouquets)

Dessiccation , puis croûte

Discrète cicatrice



2 – douleurs : Brûlures

Paroxysmes +++

Hypoesthésie cutanée

Persiste +/- (sujet âgé)

Séquelles douloureuses

3 – Syndrome infectieux : modéré

T° 38 – 39 °C

Céphalées

4- ADP : satellites (axillaires)

C- EVOLUTION

Poussées 2 – 3 , éléments d'âge différent

Guérison : 2- 3 semaines

Séquelles : Douloureuses

Cicatrices cutanées achromiques ,+/-
anesthésie

 dg rétrospectif

VI- F.CLINIQUES :

1 – F. topographiques:

- Z .des membres
- Z.cervico-brachial
- Z. lombo-sacré
- **Z. Crânien** : Ophtalmique: 1 des 3 br . N. Trijumeau .
+ frqt , + grave. En cas d'att. Du nasal ext ; une kératite est possible



Zona du gg géniculé : Tympan, conduit auditif externe, conque du pavillon de l'oreille

Paralysie faciale périph. +++
Eruption sur les 2/3 antérieure de l'hémilangue homolatérale



2 – F. selon l'éruption:

- Z. généralisé
- Z. hémorragique

3 - F. selon le terrain:

- ✓ enfant : syndrome infectieux +++

Moins de douleurs

- ✓ Sujet âgé : Douleurs +++ algies post-zosteriennes difficiles à gérer,
- ✓ Immunodéprimé: Zona généralisé , atteinte Viecérales (pneumopathie, encéphalite, hépatite)

VII –DIAGNOSTIC +: **IL EST CLINIQUE**

- Le syndrome douloureux
- L'éruption typique métamérique
- Son évolution
- NFS : leuconeutropénie ,monocytose

- **DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE :**

Examen cellules vésiculaires: Ag. viraux

PCR du LCR

Sérologie (peu d'intérêt)

Diagnostic différentiel:

- Eczéma**
- Herpès**
- Varicelle**
- Érysipèle de la face**
- Staphylococcie maligne de la face**

VIII – TRAITEMENT

Éviter les surinfections : Antistaph +++

Traitement symptomatique : Sédatifs (paracétamol-codéine, carbamazépine)

Soins locaux

Traitement antiviral : **Aciclovir** : 10mg /kg / 8h
en perfusion 10-15 jours

Traitement des complications

DCI	INDICATIONS	POSOLOGIE PAR JOUR	Voie d'admini	durée
Aciclovir	F. Grave et ou de l'immunodéprimé	10mg/kg / 8h	IV	8-10 J
Valaciclovir	zona	1000 mg x 3	ORALE	7 J
Valaciclovir	Zona ophtalmique	1000 mg x 3	ORALE	7 J
Famciclovir	zona	500 mg x 3	ORALE	7 J

L' HERPES

PLAN

- I - INTRODUCTION
- II - VIROLOGIE
- III - EPIDEMIOLOGIE
- IV - PHYSIOPATHOLOGIE
- V - CLINIQUE
- VI - F. CLINIQUES
- VII -DIAGNOSTIC
- VIII-TRAITEMENT
- IX - PROPHYLAXIE

I - GÉNÉRALITÉS

- Maladie virale érythémato-vésiculeuse
peri-orificielle
- Virus de l'herpès
- Récidive
- Peu immunisante

II – VIROLOGIE

Herpes virus Hominis, DNA , 2 types

Type I : (HSV1) au dessus de la ceinture
contact direct
salive , lèvres ,joues

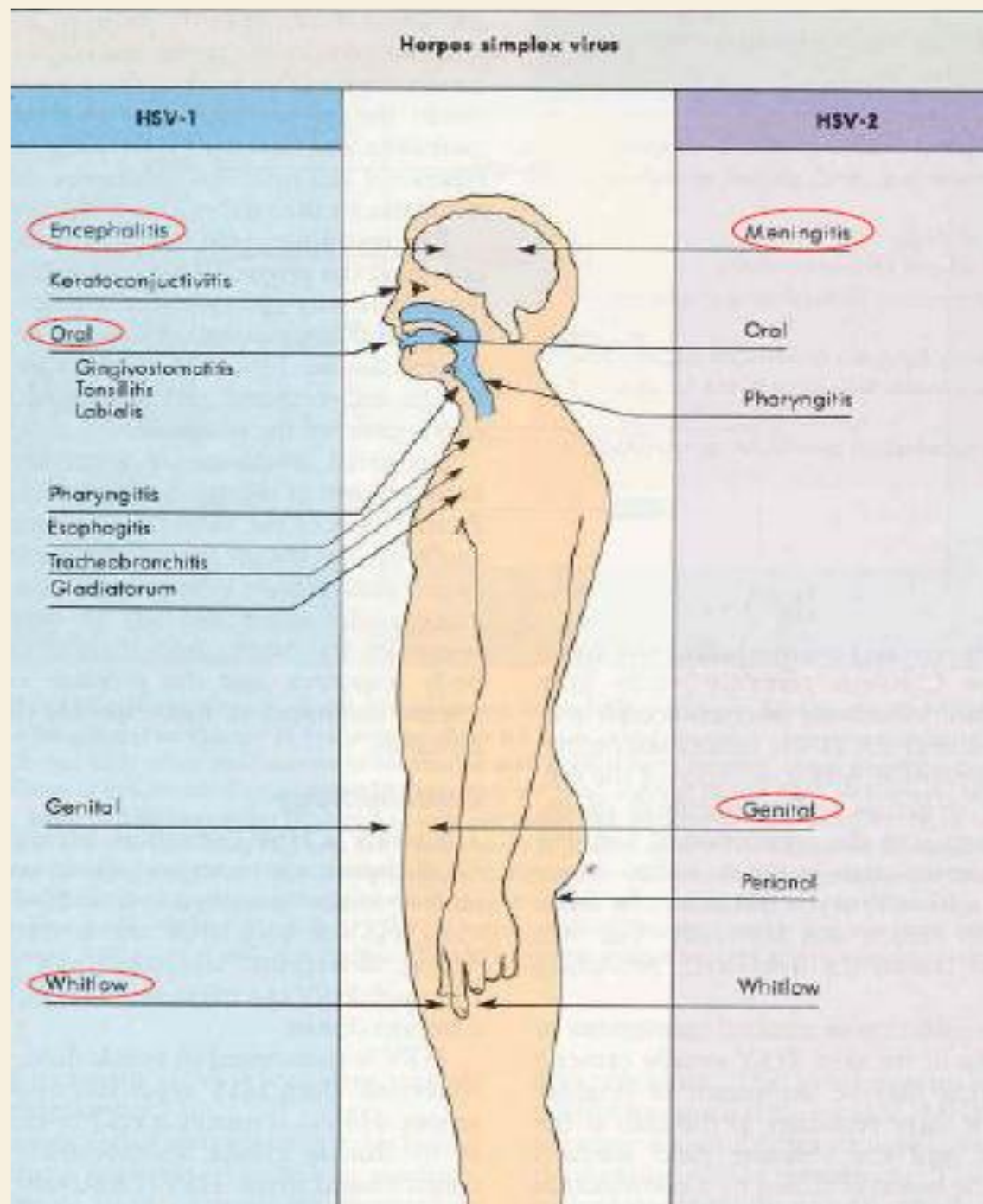
Type II : (HSV2) au dessous de la ceinture
Traumatisme , rapports sexuels
accouchement → N.né

III - EPIDEMIOLOGIE

➤ Réservoir de virus : HOMME

IV – PHYSIOPATHOLOGIE :

- Primo infection latente 80 %
- Primo infection patente
- Latence dans les cell ggl nerveux
- Réactivation / fièvre ,stress , immunodépression
- H de sortie (MCS) récurrence +++



V - CLINIQUE :

A – primo-infection: 80% latente , 7mois –3 ans

Méningo-encéphalite du N.né

Septicémie

Gingivo-stomatite : fièvre +++, anorexie ,

dysphagie , hyper sialorrhée ,

vésicules , ulcérations ,

herpès labial , menton , pouce,

ADP sous-menton. , sous-maxillaire

Évolution favorable 1 – 2semaines



Herpès cutanéomuqueux:

Péri buccal, OG , yeux ,

Picotements

Sensation de cuisson

Érythème

Vésicules en bouquet

Douleurs

ADP

Évolution : guérison 6 – 10 jours



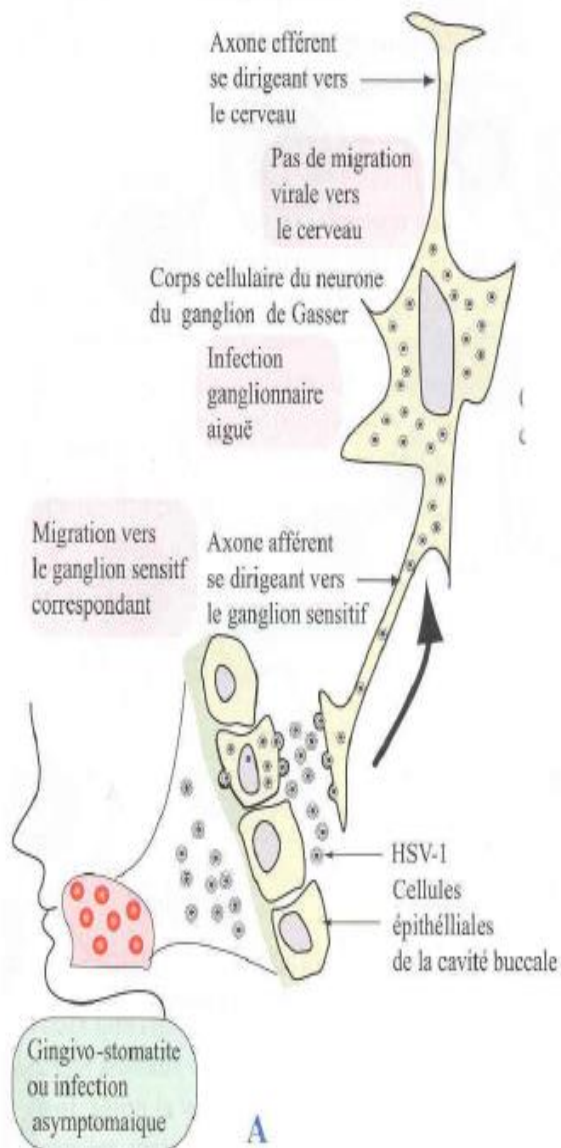


Herpès récurrent de « sortie »:

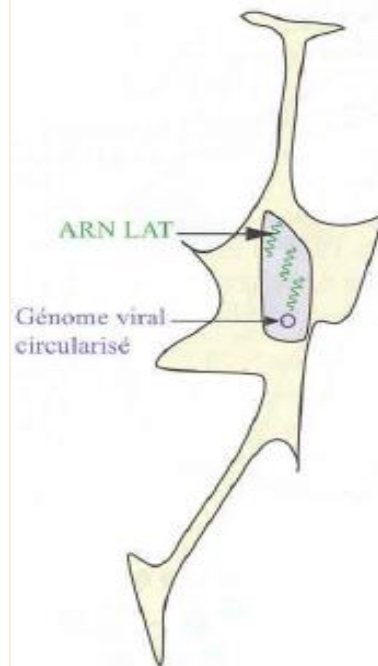
Facteurs déclenchant : MCS, PFLA ,LIH , coup de soleil
stress, hormonal...

Toujours au même endroit ,chez le même malade

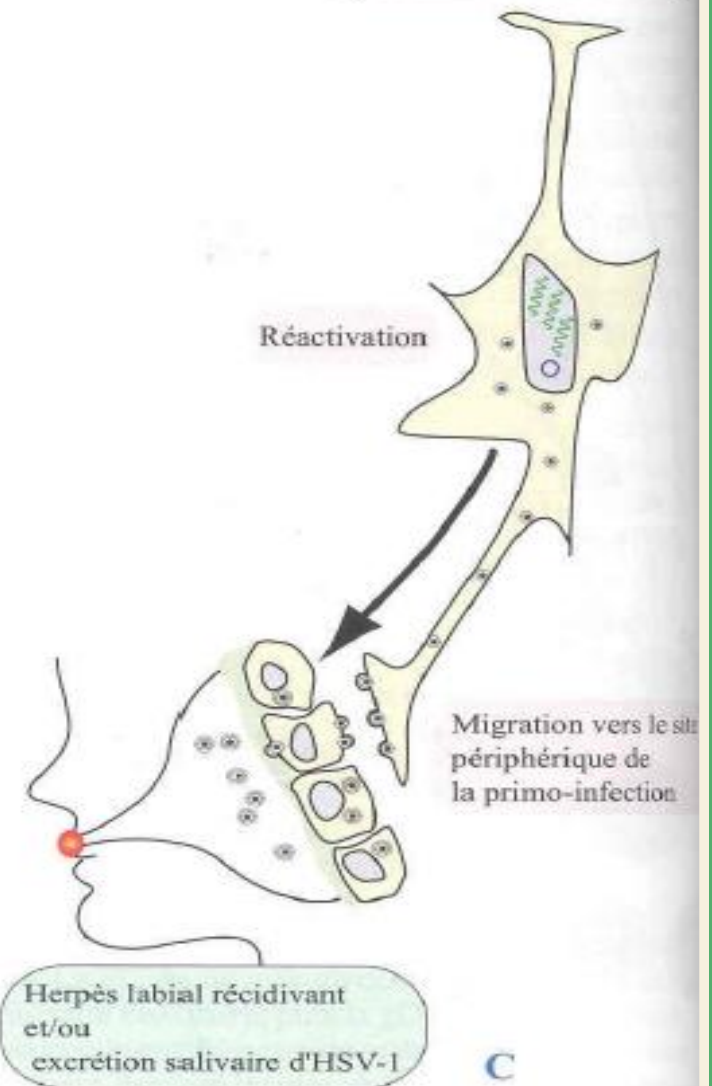
Primo-infection orale à HSV-1



Infection latente



Infections récurrentes



VI – FORMES CLINIQUES :

1- Terrain immunodéprimé :

herpès cutané généralisé + lésions viscérales

2- Encéphalite herpétique de l'adulte:

Encéphalite aigue nécrosante temporale

Début brutal; Σ d infectieux , hallucinations
auditives ou visuelles, céphalées

Phase d'état: coma , convulsions, hémiplégie

Ex. compl: PL, EEG , TDM ou IRM CEREBRAL

3- HERPES GÉNITAL

- Primo-infection : 1^{ère} relations Sexuelles.
incubation 2 à 7 j
Vésicules, ulcération OGE , fièvre , malaise ,
ADP inguinales bilatérales douloureuses,
dysurie,
- Recurrences +++

4- HERPES NEO-NATAL:

Transmission Materno-fœtale (MTE)

Sepsis grave, éruption nécrotique, atteinte multi viscérale



5 - Syndrome de Kaposi Juliusberg:

surinfection d'un eczéma par le virus de l'herpès



avant



après

TRT: soins locaux, une antibiothérapie et de l'aciclovir par voie générale

VII –DIAGNOSTIC POSITIF : IL EST CLINIQUE

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE : au cas par cas

Cytodgiagnostic,

Immunofluorescence directe,

Culture ,

PCR

VIII – TRAITEMENT

Traitement local : Chlorexidine : Éviter les surinfections

Traitement général : antiviral : ***aciclovir*** :
10mg / kg / 8h en perfusion 10-15
jours

INDICATION	DCI	POSOLOGIE QUOTIDIENNE	VOIE D'ADMINI.	DUREE
PRIMO-INFECTION				
1. GENITALE	ACICLOVIR	200mg x5	ORALE	10 J
2. GINGIVO-STOMATITE	ACICLOVIR puis relais VALACICLOVIR bains de bouche + alim froide	5mg/kg / 8h 500 mg x 2	IV ORALE	8 - 10j
RECURRENCE SEVERE	VALAVICLOVIR	500 mg x 2	ORALE	5 J
ENCEPHALITE	ACICLOVIR Anticonvulsivants Soins intensifs	10 - 15mg/kg / 8h	IV	15 – 21 J

- **Herpes oculaire**: avis ophtalmo. en urgence
CTC contre indiqués.

Aciclovir en pommade: 5 applications/ J

Pansement occlusif

- **Immunodéprimé**: ***Aciclovir*** : 10 à 15 mg/kg/
8h en IV jusqu'à guérison

IX – PROPHYLAXIE :

Femme enceinte

- **Récurrences : césarienne**
- **ATCD herpes génital surveillance (FCV)**

VOS QUESTIONS

DOSSIER CLINIQUE

B. Wassila, 18 ans, célibataire, sans ATCD, est ramenée aux urgences pour de deux crises convulsives tonico-cloniques généralisées apparues soudainement dans un contexte fébrile.

L'interrogatoire révèle un début brutal depuis 3 jours, avec syndrome d'allure grippal, fièvre élevée, céphalée et hallucinations visuelles répétées, prises pour une intolérance à la forte température.

L'examen clinique : état général altéré Glasgow 12/15
T°=40 °c TA= 120/80 FR= 20 cycles/mn FC=
110 puls/mn.

Raideur de la nuque, sans signes neurologiques de focalisation.

TDM cérébrale= RAS.

FNS= GB: 8300 Hb: 13g/dl

Plaquettes : 204000/mm³

CRP < 6mg/l

PL= LCR clair

Cytologie= 300 éléments cellulaires, 100% lymphocytes avec présence d'hématies ++

Albuminorrachie= 0.52 g/l Glycorrachie= 0.64 g/l
(Glycémie= 1 g/l)

Examen direct du LCR + coloration Gram = négatifs

RÉSOUDRE LE PROBLÈME

1. Quel diagnostic évoquer en premier lieu? Sur quels arguments?
2. Quels examens complémentaires demandés pour renforcer votre suspicion cliniques?
3. Quels examens à faire pour confirmer votre diagnostic?
4. Quel est votre conduite à tenir?
5. Quelles mesures préventives à prendre?
6. Points forts

Méningo-encéphalite herpétique probable

Arguments:

Épidémiologiques: Absence d'antécédents particuliers. Absence de cas similaires

Cliniques: début brutal, Tableau d'allure virale pendant 3 jours, Fièvre élevée d'emblée, Hallucinations visuelles (Atteinte des lobes temporo-pariétaux), Etat général altéré, Convulsions tonico-cloniques généralisées, Troubles de la conscience Glasgow à 12/15, Raideur de la nuque.

Paracliniques:

Absence d'hyperleucocytose à la NFS, La négativité du CRP, Les résultats de la PL: aspects d'une méningite lymphocytaire normo-glycorrachique avec présence d'hématies (nécrose cérébrale), la normalité de la TDM cérébrale les 5 premiers jours n'écarte pas le diagnostic

R 2

Examens à demander pour renforcer la suspicion clinique:

- **IRM cérébrale:** montre précocement (Contrairement à la TDM qui nécessite parfois 5 jours) des images bilatérales de nécrose des lobes temporaux ou temporo-pariétaux
- **EEG:** qui montre des ondes lentes pseudo-périodiques bilatéraux dans les régions temporo-pariétaux
- **Dosage de l'interféron α dans le LCR:** un taux anormalement élevé $> 2\text{UI/l}$ est très pathognomonique

NB: Une TDM normale le premier jour n'écarte pas le Dgc, il faut la refaire dès le 5^{ème} jour

R 3

PCR de l'*Hèrpes Simplex Virus* (HSV 1 / 2) au niveau du
LCR

(HSV 1 > HSV 2)

R 4

1. Hospitalisation en unité de soins intensifs
2. Mise en conditions
3. Mise en repos cérébrale: Phénobarbital (GARDENAL ®) .: 3-5 mg/kg/j en IM ou IVL , pour son action anticonvulsivante également

ACICLOVIR inj : 10-15 mg/kg/8h en perfusion lente pendant 15 à 21 jours

Surveillance clinique (amélioration des signes neurologiques et apyrexie stable), Biologique (normalisation de la PL à la fin du traitement, négativation de la PCR sous traitement), EEG, non aggravation des images IRM

Programmer un suivi en neurologie et/ou psychiatrie en cas de séquelles associées

Les mesures préventives

- La déclaration est obligatoire (comme pour tout cas de méningite)
- Pas de mesures d'isolement (ce n'est pas une maladie contagieuse)
- Pas de mesures spécifiques pour l'entourage ni pour le personnel soignant

R 6: POINTS FORTS

- La seule méningite virale grave nécessitant un TRT spécifique
- Donne un tableau de méningo-encéphalite le (+) souvent
- Cas sporadiques (pas d'épidémie)
- Pas de tranche d'âge spécifique
- Examen clés: IRM / PL + PCR du LCR /EEG



MERCI