

La césarienne prophylactique se justifie en cas :

- de travail survenant dans les 6 semaines qui suivent une primo-infection herpétique et si la poche des eaux est intacte ou rompue depuis moins de 6 heures (excrétion virale prolongée dans les voies génitales) ;
- de travail survenant au moment d'une récurrence si la poche des eaux est intacte ou rompue depuis moins de 6 heures ;
- de lésions vulvaires, vaginales ou périnéales à l'entrée en salle de travail et si la poche des eaux est intacte ou rompue depuis moins de 6 heures.

Il faudra rechercher en début de travail des lésions vulvovaginales et périnéales en cas d'antécédents personnels ou du conjoint.

Il ne faut pas oublier les mesures de prévention en cas d'herpès labial chez la mère.

B. Conduite à tenir au moment de l'accouchement

Elle est décrite dans la figure (tableau) 24.5 ci-dessous.

Fig. (Tableau) 24.5. B Herpès et grossesse : conduite à tenir au moment de l'accouchement.

Situation	Risque d'herpès néonatal	Prophylaxie antivirale	Indication de césarienne
Primo-infection (épisode initial)	Élevé (25-44 %)	Oui, dès 36 SA (aciclovir 400 mg × 3/j ou valaciclovir 500 mg × 2/j)	<ul style="list-style-type: none"> – Accouchement < 6 semaines après épisode initial – Lésions ou symptômes en début de travail et rupture des membranes à terme (≥ 37 SA), idéalement < 4 h
Récurrence herpétique	Faible (~ 1 %)	Oui, dès 36 SA (même posologie)	Pas systématique : <ul style="list-style-type: none"> – considérer si membranes intactes, prématurité ou VIH – voie basse possible si rupture prolongée des membranes après 37 SA et absence de VIH

Points clés

Points

- L'infection néonatale est rare au regard de la fréquence de l'herpès génital.
- Pour la **primo-infection**, la césarienne est fortement recommandée si elle est survenue dans les 6 semaines.
- Pour la **récurrence**, la décision dépend du contexte obstétrical (membranes, VIH, prématurité).

VII. Hépatites

A. Hépatite B

Un pour cent des femmes enceintes sont atteintes. La transmission verticale est surtout per et postnatale. Sa fréquence dépend de la réplication virale, évaluée par la recherche de l'ADN viral et des anticorps anti-HBe :

- risque très élevé en présence d'ADN viral (recherche par PCR) ;
- risque moins élevé, mais restant significatif si la recherche d'ADN viral est négative et en absence d'anticorps anti-HBe ; proche de 0 % en présence d'anticorps anti-HBe.

La transmission n'est pas dépendante de la modalité d'accouchement (voie basse ou césarienne).