

VARICELLE (voir zona dans la section 2)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

La varicelle est une primo-infection causée par le virus varicelle-zona (VZV) de la famille des *Herpesviridæ*.

Épidémiologie

L'humain est le seul réservoir du VZV.

La varicelle est une maladie très contagieuse avec des taux d'attaque qui varient entre 65 et 87 % chez les contacts familiaux réceptifs ⁽¹¹⁾.

Avant l'introduction de la vaccination contre la varicelle, dans les pays à climat tempéré, on estimait qu'au moins 90 % des individus de moins de 15 ans et au moins 95 % des jeunes adultes avaient déjà fait la varicelle. Cette infection se produit à un âge plus tardif dans les pays tropicaux. Au Québec, plus de 95 % des individus développaient la varicelle avant l'âge adulte et près de 90 % des hospitalisations et 50 % des décès survenaient chez les enfants âgés de 12 ans et moins ⁽⁵⁾.

Un programme public d'immunisation universelle contre la varicelle a été instauré au Québec en 2006. De 2006 à 2015, période vaccinale à 1 dose, on a constaté une diminution importante de la morbidité associée à cette maladie ainsi qu'une diminution de 79 % des hospitalisations associées à ce diagnostic et ses complications ⁽⁶⁾. Après l'instauration de la deuxième dose du vaccin contre la varicelle en 2016, le taux d'hospitalisation a diminué de 85 % comparativement à la période prévacinale ⁽⁶⁾. Bien que la vaccination ait permis une importante diminution de l'incidence de la maladie, des éclosions surviennent encore occasionnellement, principalement dans les services de garde éducatifs à l'enfance (SGÉE) et les milieux scolaires ⁽¹⁰⁾.

Les cas de varicelle se déclarent le plus souvent à la fin de l'hiver et au début du printemps.

Tableau clinique

La varicelle est une maladie éruptive fébrile aiguë ⁽¹⁰⁾. Elle débute initialement par une fièvre peu élevée ⁽¹⁰⁾ et des malaises généraux ⁽¹¹⁾. Après 24 à 48 heures, une éruption de petites macules érythémateuses apparaît. Ces dernières deviennent rapidement des vésicules caractéristiques ⁽¹¹⁾. Les lésions apparaissent d'abord au cuir chevelu, au visage et au tronc, puis se généralisent au bout de 3 à 4 jours, avant de s'assécher et de devenir croûteuses. L'éruption de la varicelle est caractérisée par la coexistence de lésions d'âges différents et la présence d'un prurit important ^(10, 11). Les lésions de grattage favorisent la surinfection bactérienne ⁽¹¹⁾. Diverses muqueuses (conjonctives, oropharynx, muqueuses génitales) peuvent également être atteintes.

Chez les enfants immunodéprimés, la varicelle peut se prolonger et se caractériser par l'apparition continue de nouvelles lésions, qui pourront devenir hémorragiques, et par une fièvre élevée persistante.

Certains enfants vaccinés peuvent faire une varicelle atténuée; c'est-à-dire une varicelle plus courte, avec moins de lésions (moins de 50 contre 200 à 400 chez les enfants non vaccinés) et moins de fièvre, car ils auront acquis une immunité partielle. Ils sont également moins contagieux et ont un plus faible risque de complications. Un faible pourcentage de ces enfants feront une varicelle aussi importante que celle observée chez les non-vaccinés.

Les enfants qui acquièrent une varicelle à la maison (cas domiciliaires secondaires) ont souvent un plus grand nombre de lésions cutanées et des symptômes plus marqués ⁽¹⁾.

Une éruption varicelliforme de courte durée peut survenir dans les 5 à 26 jours suivant la vaccination. Elle est retrouvée chez 1 à 9 % des personnes qui reçoivent leur première dose de vaccin et est moins fréquente après la deuxième dose. Cette éruption entraîne un risque infime de transmission du virus vaccinal ⁽¹⁾.

Complications

Bien que la maladie soit habituellement bénigne chez un enfant en bonne santé, la varicelle est associée à certaines complications, la plus fréquente étant l'infection bactérienne secondaire, qui touche environ 5 % des enfants. Les agents pathogènes les plus courants sont le *Streptocoque β-hémolytique du groupe A (SGA)* et le *Staphylococcus aureus*. La varicelle augmente le risque d'infection invasive à SGA (ex. : de 58 fois chez les enfants auparavant en bonne santé). Les infections invasives (ex. : pneumonie, arthrite septique, ostéomyélite, septicémie, fasciite nécrosante) peuvent être fatales, et engendrent un fardeau dans les soins de la santé.

D'autres complications plus rares peuvent survenir, dont l'ataxie cérébelleuse aiguë, la pneumonie, la varicelle hémorragique, l'encéphalite, la méningite, l'hépatite, l'endocardite, la péricardite, le *purpura fulminans*, voire le décès. L'utilisation d'acide acétylsalicylique (AAS ou aspirine) durant l'infection pourrait entraîner un syndrome de Reye.

Les risques de complications sont plus élevés chez :

- Des personnes immunodéprimées.
- Des personnes recevant des corticostéroïdes par voie systémique ou un traitement prolongé à base de salicylates.
- Des nouveau-nés dont la mère fait la maladie dans les 5 jours avant l'accouchement et jusqu'à 2 jours après.
- Les adolescents.
- Les adultes.
- Les personnes enceintes.
- Les personnes atteintes de certaines maladies chroniques (ex. : affections cutanées, maladies pulmonaires).

Les personnes enceintes non immunes sont également à risque de transmettre l'infection au fœtus.

Le taux de mortalité de la varicelle est de 2 à 3 décès pour 100 000 cas. Le taux le plus bas est enregistré chez les enfants de 1 à 9 ans (1 décès pour 100 000 cas). Le risque de décès est 4 fois plus élevé chez les nourrissons et 25 fois plus élevé chez les adultes ⁽¹⁾.

Durée de la maladie

La varicelle se guérit généralement en 1 à 2 semaines.

Modes de transmission

Le virus est présent au niveau :

- Des sécrétions respiratoires (nasales et pharyngées) ⁽⁴⁾.
- Du liquide contenu dans les vésicules.

La transmission se fait par :

- Voie aérienne, à la suite de l'aérosolisation du virus contenu dans les lésions cutanées et à partir des sécrétions pharyngées ⁽¹⁰⁾.
- Contact direct avec le liquide contenu dans les vésicules.
- Voie verticale (transplacentaire ou lors de l'accouchement) ⁽³⁾.

Période d'incubation

La période d'incubation est de 10 à 21 jours, mais le plus souvent de 14 à 16 jours.

Elle peut se prolonger jusqu'à 28 jours chez les personnes ayant reçu une immunoprophylaxie contre la varicelle.

Période de contagiosité

La période de contagiosité commence 1 ou 2 jours avant le début de l'éruption et persiste jusqu'à 6-8 ⁽¹¹⁾ jours après ou jusqu'à ce que toutes les lésions soient croûteuses. Dans les cas bénins, les lésions peuvent devenir croûteuses plus rapidement. Les individus immunodéprimés qui font une varicelle prolongée peuvent être contagieux aussi longtemps que dure l'éruption de nouvelles lésions.

Réceptivité

Une personne est considérée comme réceptive à la maladie si elle n'a pas d'histoire documentée de varicelle, si elle n'a pas de preuve sérologique ou si elle a un statut vaccinal incomplet pour l'âge.

Immunité

La maladie confère normalement une immunité permanente. Un second épisode se produit rarement, mais est possible en cas de déficit immunitaire ⁽¹¹⁾. Les enfants ayant eu la varicelle avant l'âge de 1 an peuvent ne pas avoir développé une immunité durable et sont à risque de présenter une nouvelle infection varicelleuse. La plupart des nouveau-nés sont protégés par les anticorps maternels transmis par voie placentaire ⁽¹⁰⁾. La durée de cette protection est variable.

Il existe des vaccins contre la varicelle, dont certains vaccins combinés ayant une composante anti-varicelle. Pour plus de détails, consulter le PIQ, section Vaccins.

Des immunoglobulines spécifiques peuvent être données en post-exposition, dans certaines conditions. Pour plus de détails, consultez le PIQ, section Immunoglobulines.

Méthodes diagnostiques ⁽¹⁾

- Tableau clinique : il suffit à poser le diagnostic, dans la majorité des cas.
- Investigation au besoin.
- TAAN sur le liquide d'une vésicule (prélèvement par grattage) ou d'autres liquides biologiques (sécrétions pharyngées, sang, LCR, etc.).
- Culture virale.
- Sérologie (IgM et IgG).
- Immunofluorescence directe : méthode indiquée chez les enfants immunodéprimés dont le tableau clinique n'est pas clair ⁽¹¹⁾.

Traitement

— Spécifique

- Aucun, sauf des antiviraux dans certaines conditions particulières (ex. : personnes immunodéprimées, personnes enceintes).

Le traitement spécifique des complications n'est pas détaillé ici.

— De soutien

- Antihistaminiques pour le prurit, au besoin;
- Antipyrétiques pour la fièvre, au besoin;
- Garder la peau bien propre;
- Ne pas donner d'AAS ou d'aspirine (attention aux nombreux produits qui peuvent en contenir).

Mesure à prendre

Intervention

Aucune enquête n'est requise.

S'assurer que le diagnostic a été posé par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS).

Il y a écloison s'il y a deux cas ou plus dans le service de garde ou l'école, avec lien épidémiologique (temps, lieu, personne ou exposition en commun). La survenue d'un seul cas confirmé justifie une intervention.

Identifier les contacts.

Communiquer avec la Direction de santé publique (DS Publique), au besoin.

Mesures de contrôle

— Cas

- Le diagnostic de varicelle ne justifie pas le retrait du milieu. Exclure l'enfant, si requis, selon les critères énoncés à la figure 1 du [chapitre 3](#). L'exclusion ne s'est pas révélée efficace pour interrompre la transmission du virus, car les enfants sont plus contagieux avant l'apparition de l'éruption;
- Si le cas reçoit des stéroïdes par voie systémique, est immunodéprimé ou est une personne enceinte, il doit consulter rapidement un médecin;
- Garder la peau bien propre et éviter le grattage.

— Contacts

- Dès la survenue d'un cas confirmé :
 - Considérer comme contacts tous les enfants, élèves ou membres du personnel du service de garde ou de l'école ou toute personne présente dans le service de garde ou l'école pendant au moins 1 heure ⁽²⁾, Un contact face à face peut être jugé significatif si la durée est de plus de 15 minutes (ex. : un compagnon de jeu) ⁽²⁾,
 - Remettre la lettre n° 1 aux contacts identifiés,
 - Les contacts à risque doivent être dirigés rapidement vers un professionnel de la santé afin de recevoir des immunoglobulines contre la varicelle (Varlg) si nécessaire. Pour connaître le délai d'administration des Varlg, voir le PIQ, section *Immunoglobulines, Varlg*. Il faut s'assurer que les contacts à risque sont protégés jusqu'à la fin de l'éclosion. L'exclusion pour protéger le contact à risque doit être évaluée au cas par cas par un professionnel de la santé,
 - Offrir le vaccin contre la varicelle à toute personne âgée de 12 mois ou plus et non immune contre la varicelle. L'administration du vaccin à une personne réceptive à la varicelle, dans les 5 jours après un contact avec un cas de varicelle, pourrait prévenir la maladie.

ZONA

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Définition

Après la primo-infection, le virus varicelle-zona demeure à l'état de latence dans les ganglions nerveux sensitifs durant toute la vie ⁽¹⁰⁾. Le zona est dû à une réactivation du virus, des années, voire des décennies plus tard, causant une atteinte de la peau limitée au territoire innervé par le nerf atteint. Cette réactivation peut survenir sans cause apparente ou faire suite à une baisse de l'immunité (ex. : leucémie, traitement immunodépresseur après une transplantation, SIDA) ⁽¹¹⁾. Une personne qui a eu la varicelle a au moins 30 % de risque de développer le zona au cours de sa vie ⁽¹⁰⁾.

Épidémiologie

Le zona est relativement rare chez les enfants, notamment ceux qui sont en bonne santé et âgés de moins de 10 ans ⁽¹⁰⁾. L'incidence du zona augmente avec l'âge et n'est pas liée à des variations saisonnières ^(10, 11). La maladie touche surtout les personnes de plus de 50 ans. Parmi les personnes ayant développé un zona, 5 à 6 % feront une récurrence. Cette proportion s'élèvera à 12 % chez les personnes immunodéprimées ⁽⁷⁾.

Tableau clinique

Habituellement, le zona débute par une douleur au niveau du dermatome atteint. Cette douleur, d'intensité comparable à une brûlure, est moins importante chez l'enfant que chez l'adulte. Elle peut s'accompagner de fièvre et de malaises. Dans la plupart des cas, une éruption apparaît au bout de 48 à 72 heures. Elle est constituée de bouquets de papules qui se transforment rapidement en vésicules. Ces lésions sont généralement limitées à un dermatome, mais peuvent s'étendre plus rarement aux dermatomes contigus ⁽¹⁰⁾. Elles sont presque toujours unilatérales.

Complications

Le zona peut entraîner une névralgie post-herpétique, soit une douleur qui persiste plusieurs semaines, voire plusieurs mois après la disparition de l'éruption cutanée. Cette complication survient surtout chez les adultes et est rare chez les enfants en bonne santé.

Une surinfection cutanée bactérienne et des complications plus rares peuvent également survenir, selon le site atteint (ex. : nécrose rétinienne, cécité, encéphalite, neuropathie, myélite, syndrome de Guillain-Barré).

La morbidité (dissémination du virus, durée de la maladie et récurrences) et la mortalité sont plus importantes chez les personnes immunodéprimées.

Durée de la maladie

Généralement, l'éruption du zona dure moins de 2 semaines, mais la douleur résiduelle peut être plus longue.

Modes de transmission

On ne peut pas faire un zona après un contact avec une personne atteinte de zona, puisqu'il s'agit de la réactivation d'un virus contracté auparavant. Par ailleurs, un épisode de zona n'est pas déclenché par un contact avec un cas de varicelle. Toutefois, une personne ayant le zona peut donner la varicelle à une personne non protégée. Le zona est beaucoup moins contagieux que la varicelle.

Chez l'hôte immunocompétent, le virus est présent au niveau des vésicules et la transmission se fait par :

— Contact direct avec le liquide contenu dans les vésicules.

Chez l'hôte immunodéprimé ou en cas de zona disséminé, le virus est présent au niveau des vésicules et la transmission se fait par :

— Contact direct avec le liquide contenu dans les vésicules.

— Voie aérienne, à la suite d'une aérosolisation du virus contenu dans les vésicules ^(2, 12).

Période d'incubation

Pour le zona, on ne parle pas d'incubation, mais plutôt de réactivation d'un virus latent.

Période de contagiosité

La période de contagiosité dure jusqu'à ce que toutes les lésions soient croûteuses (environ 1 semaine).

Réceptivité

Toute personne ayant déjà fait la varicelle est susceptible d'avoir le zona. Chez les enfants, sa survenue est favorisée par l'immunodépression, l'infection à VIH ou l'acquisition de la varicelle *in utero* ou durant la première année de vie.

Immunité

Parmi les personnes ayant développé un zona, 5 à 6 % feront une récurrence. Ce pourcentage s'élève à 12 % chez les personnes immunodéprimées ⁽⁷⁾. Il existe des vaccins contre le zona. Pour plus de détails, consulter le PIQ, section Vaccins.

Des immunoglobulines spécifiques peuvent être données en post-exposition, dans certaines conditions. Pour plus de détails, consultez le PIQ, section Immunoglobulines.

Méthodes diagnostiques ⁽¹⁾

Tableau clinique : il suffit à poser le diagnostic, dans la majorité des cas.

— Investigation au besoin :

- TAAN
- Culture virale
- Immunofluorescence directe

Traitement

— Spécifique

Aucun, sauf des antiviraux dans certaines conditions particulières.

— De soutien

Analgésiques pour la douleur, au besoin.

Mesures à prendre

Intervention

Aucune enquête n'est requise.

S'assurer que le diagnostic a été posé par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS).

Il y a éclosion si 2 cas confirmés ou plus ayant un lien épidémiologique de lieu, de temps, ou de personne sont déclarés ⁽⁹⁾. La survenue d'un seul cas confirmé justifie une intervention.

Identifier les contacts.

Communiquer avec la Direction de santé publique (DSPublique) au besoin.

Mesures de contrôle

— Cas


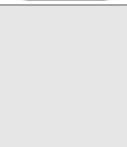


- Le diagnostic de zona ne justifie pas l'exclusion du milieu. Exclure l'enfant, si requis, selon les critères énoncés à la figure 1 du [chapitre 3](#).
- Si possible, couvrir les lésions.
- Les personnes immunodéprimées ou à risque de complications doivent consulter rapidement un médecin.

— Contacts

- Dès la survenue d'un cas confirmé :
 - **S'il s'agit d'un zona localisé**, considérer comme contacts tous les individus ayant eu un contact direct avec les lésions actives de zona non couvertes du cas,
 - Remettre la lettre n° 2 aux contacts identifiés :
 - **Si la personne atteinte de zona est immunodéprimée et/ou s'il s'agit d'un zona disséminé**, considérer comme contacts tous les enfants, élèves ou membres du personnel du service de garde ou de l'école ou toute personne présente dans le service de garde ou l'école pendant au moins 1 heure. Un contact face à face peut être jugé significatif si la durée est de plus de 15 minutes (ex. : un compagnon de jeu). Remettre la lettre n° 3 aux contacts identifiés.
 - Éviter les contacts directs avec les lésions de zona,

- Les contacts à risque doivent être dirigés rapidement vers un professionnel de la santé afin de recevoir des Varlg si nécessaire. Pour connaître le délai d'administration des Varlg, voir le PIQ, section *Immunoglobulines*, [Varlg](#). Cette administration se fera le plus tôt possible après le premier contact avec une personne atteinte,
- Offrir le vaccin contre la varicelle à toute personne âgée de 12 mois ou plus et non immunisée contre la varicelle.

Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : Hygiène des mains .
	Chapitre 4, section : Hygiène respiratoire .
	Chapitre 4, section : Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux . Annexes 3 et 4 .
	Chapitre 4, section : Qualité de l'air intérieur .

Suivi

Surveiller l'état général des enfants atteints.

Références

1. American Academy of Pediatrics, Red Book : 2021-2024 Report of the Committee on Infectious Diseases. Itasca, IL : American Academy of Pediatrics, Varicella-Zoster infections, p. 831-843.
2. Gouvernement du Canada, Vaccins contre la varicelle : guide canadien d'immunisation Vaccins contre la varicelle : Guide canadien d'immunisation - Canada.ca (mise à jour du 8 septembre 2023).
3. Lamont, R. F., Sobel, J. D., Carrington, D., Mazaki-Tovi, S., Kusanovic, J. P., Vaisbuch, E., & Romero, R. (2011). Varicella-zoster virus (chickenpox) infection in pregnancy. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 118(10), 1155–1162. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02983.x>.
4. Mary A. Albrecht, *Epidemiology of varicella-zoster virus infection : Chickenpox* (mise à jour 2023).
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Description des maladies évitables par la vaccination : Varicelle (mise à jour du 30 avril 2018).
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Impact de certains programmes de vaccination au Québec, <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-impacts-des-programmes-de-vaccination/impact-de-certains-programmes-de-vaccination-au-quebec/#varicelle> (mise à jour du 22 juin 2023).
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Maladies infectieuses : Zona <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/zona/#:~:text=apr%C3%A8s%20leur%20apparition,-%C3%89pid%C3%A9miologie,de%20zona%20et%20600%20hospitalisations> (mise à jour du 26 avril 2023).
8. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), 7^e édition. <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/protocole-d-immunisation-du-quebec-piq/>.
9. Ministère de la santé et des service sociaux (2016). Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec - Définitions nosologiques - Maladies d'origine infectieuse - 12^e édition (mise à jour juillet 2019).
10. Pediatrics, N. T. O. (2019). (in 2 volumes). p. 1708-1715.
11. Turgeon, J., Hervouet-Zeiber, C., Ovetckine, P., Bernard-Bonin, A. C., & Gauthier, M. (2015). Dictionnaire de Pédiatrie WEBER. 3e. De Boeck, editor, p. 1223-1226.
12. Weber, D. J. (2019). Prevention and control of varicella-zoster virus in hospitals (mise à jour).