

Volet 3: Infections au cabinet

Herpès génital – mise à jour 2020 pour la pratique

Jonathan Surber^{*a}, Milena Hunziker^{*a}, Isabelle Navarria^b, Anne Meynard^c, Rolf Egli^d, Regina Kulier^e, Tanja Grandinetti^f, Gisela Etter^g, Alexandra Calmy^h, Axel J. Schmidtⁱ, Philip Tarr^a

*Ces auteurs ont participé au manuscrit de manière égale; ^a Medizinische Universitätsklinik, Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; ^b Gynécologie et Obstétrique FMH, Centre Médical de Lancy GE; ^c Médecine Générale FMH, Centre Médical de Lancy GE; ^d Allg. Innere Medizin FMH, Allschwil BL; ^e PROFA, Consultation de santé sexuelle – planning familial, Lausanne; ^f Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Universitätsspital Basel; ^g Allg. Innere Medizin FMH, FA Homéopathie (SVHA), Richterswil ZH; ^h Service des Maladies Infectieuses, Unité VIH/Sida, Hôpitaux Universitaires de Genève; ⁱ Infektiologie, Kantonsspital St. Gallen

L'herpès génital provient en général de partenaires asymptomatiques et/ou qui ne se savent pas infectés. Une bonne communication et un soutien médical solide sont essentiels pour optimiser la prise en charge de l'herpès génital. La thérapie suppressive chronique est une option importante pour les patients dont les symptômes sont sévères et fréquents – elle permet également de limiter les infections aux partenaires sexuels.

Introduction

L'herpès génital est fréquent, chronique et peut être psychologiquement difficile à supporter. Les objectifs de cet article sont de clarifier des données épidémiologiques ainsi que d'apporter une aide pratique pour favoriser la communication auprès de patients atteints d'herpès génital. Ainsi, le/la médecin de famille peut jouer un rôle important pour améliorer la qualité de vie des patient.e.s.

Epidémiologie

On l'appelait autrefois herpès labial = HSV-1, herpès génital = HSV-2. Est-ce toujours vrai?

Selon l'opinion traditionnelle, une infection par le virus de l'herpès simplex (HSV)-1 se manifeste autour des lèvres, et le HSV-2 dans la zone génitale. Toutefois, l'herpès génital est aujourd'hui plus souvent causé par le HSV-1 qu'il y a 40 ans [1], et dans certaines études, plus souvent causé par le HSV-1 que par le HSV-2 [1] (possiblement en raison de la fréquence croissante des rapports sexuels oraux [2–4]). En outre, les adolescents, lorsqu'ils ont leurs premiers rapports sexuels, ont moins souvent qu'auparavant des anticorps anti-HSV-1 (probablement en raison d'une meilleure hygiène générale depuis l'enfance) – ils sont donc plus suscep-

tibles de contracter une infection génitale primaire au HSV-1. Le HSV-1 est principalement acquis dans l'enfance, non pas sexuellement, mais oralement (par la salive, c.à.d. par des contacts intra-familiaux avec d'autres enfants, parfois par des objets partagés comme des ours en peluche). Les anticorps du HSV-1 offrent

Série Infectiologie

Dans la pratique, les infections et les défenses immunitaires sont des thèmes centraux. Ils offrent d'excellentes opportunités de collaboration interdisciplinaire, de vérification de concepts courants et d'intégration de méthodes des médecines complémentaires. Philip Tarr est interniste et infectiologue à l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne, et il mène un programme national de recherche PNR 74 sur le scepticisme vis-à-vis des vaccins. Il attache beaucoup d'importance à une médecine centrée sur les patients ainsi qu'à des articles pertinents pour la pratique, que nous allons publier régulièrement dans cette série du *Primary and Hospital Care*.



une protection partielle contre l'infection sexuelle par le HSV-2. Les personnes séropositives pour le HSV-1 peuvent aussi être infectées par le HSV-2, mais les symptômes de l'infection initiale sont alors moins graves [1].

Quelle est la fréquence de l'herpès génital?

La prévalence de l'herpès génital est généralement mesurée indirectement, par la séroprévalence des anticorps contre le HSV-2. En Suisse, il existe peu de données à ce sujet. Dans une étude de 2004, 19 à 21% des femmes et 16 à 18% des hommes étaient séropositifs pour le HSV-2 [5]. Dans la plupart de ces études, les femmes ont une séroprévalence du HSV-2 plus élevée que les hommes. Par exemple, selon l'OMS, environ 11% de la population mondiale est infectée par l'herpès, soit 150 millions d'hommes et 267 millions de femmes [6]. Cela pourrait être lié à une susceptibilité biologique élevée à l'infection par le HSV chez les femmes, ou à un comportement différent de celui des hommes en ce qui concerne le choix des partenaires sexuels [6].

Est-il possible de reconnaître l'herpès chez le partenaire?

Seulement en partie. Jusqu'à 70% des transmissions d'herpès proviennent de personnes qui ne se savent pas infectées par l'herpès ou qui ne présentent actuellement aucun symptôme [1, 7]. On ne saurait trop insister sur ce point (encadré 1). Bien que l'herpès provoque des lésions récurrentes, il peut également être contagieux sans lésions. Toutefois, la charge en virus HSV présente dans le vagin ou dans l'urètre masculin est plus élevée en présence de symptômes [8, 9].

Encadré 1: Un cas clinique

Pas de symptômes, donc pas de risque d'infection?

Lui, c'est un homme de 42 ans qui a un herpès génital documenté. Dans les bonnes années, cela se manifeste par 3-4 épisodes par an, dans les mauvaises périodes, il peut y avoir jusqu'à 10 épisodes par an. Il a toujours informé ses petites amies et n'en a infecté aucune.

Elle a 40 ans, n'a pas d'herpès connu. S'il a des lésions, ils utilisent un préservatif, s'il n'a pas de lésions, ils ont des rapports sexuels non protégés. Est-ce une bonne idée?

Réponse

Non, ce n'est pas une bonne idée. Parce qu'elle arrive maintenant avec des vésicules génitales douloureuses aux urgences. La PCR du HSV-2 à partir des vésicules est positive. Malheureusement, les personnes atteintes d'herpès génital peuvent également être contagieuses les jours où elles ne présentent aucun symptôme. Toutefois, il n'existe pas de méthode qui puisse prévenir complètement l'infection par le HSV, que des symptômes soient présents ou non. Même les préservatifs ne sont pas efficaces à 100%; le HSV peut également être transmis pendant les préliminaires.

Chez qui le risque de contracter l'herpès est-il particulièrement élevé?

En Afrique, deux fois plus de personnes sont touchées qu'en Amérique, et là, deux fois plus qu'en Europe. L'herpès touche particulièrement les personnes qui ont (ou ont eu) plusieurs partenaires ou d'autres maladies sexuellement transmissibles [10].

Une première manifestation de l'herpès est-elle toujours une primo-infection?

Non. Des études sérologiques suggèrent que l'«infection initiale» est souvent une réactivation d'une infection déjà établie [11]. Les personnes présentant des symptômes d'herpès légers ou non diagnostiqués sont potentiellement contagieuses, même si elles ne se savent pas infectées par un virus herpès [1].

Diagnostics

Si les lésions ressemblent à de l'herpès, ne pourrait-il pas s'agir aussi de syphilis?

Dans la plupart des cas, la distinction est relativement claire (tab. 1). L'herpès est également 100 à 300 fois plus fréquent que la syphilis [12].

Comment diagnostiquer l'herpès génital?

Les lésions anogénitales récurrentes sont généralement très typiques, et laissent peu de place au doute; le zona peut toutefois faire partie du diagnostic différentiel. Les lésions liées au zona sont le plus souvent unilatérales, et se réactivent rarement plus d'une ou deux fois [13]. Un diagnostic définitif est établi par la détection de l'ADN du HSV-1 ou du HSV-2 par PCR, de préférence à partir d'une vésicule intacte, car la détection du virus à partir de lésions ouvertes n'est souvent pas possible (appuyer sur les vésicules avec un écouvillon et absorber le matériel du contenu de la vésicule). Le diagnostic par PCR est très fiable, mais coûteux: HSV-1 et HSV-2-PCR, 180 points de taxation chacun, aussi (pour environ 360 points de taxation) disponibles dans le cadre d'un test PCR «multiplex», qui permet la détection simultanée de plusieurs pathogènes d'infections sexuellement transmissibles (IST).

Les lésions périanales de l'herpès prouvent-elles que la personne a des relations sexuelles anales?

Non. Selon l'OFSP, environ 3% des hommes en Suisse déclarent avoir des relations sexuelles avec des hommes et 10% des femmes déclarent avoir des relations sexuelles anales [14]. Les HSV acquis par voie génitale persistent dans les ganglions sacrés et peuvent réactiver les lésions génitales et/ou périanales et vice versa [15].

Tableau 1: Manifestations cliniques de l'herpès génital et de la syphilis.

	Herpès	Syphilis
Temps d'incubation*	4–7 jours	10–90 jours (3 semaines en moyenne) jusqu'à la syphilis primaire
Combien de lésions?	Généralement, plusieurs lésions	Souvent, une seule lésion
De quoi ça a l'air?	Des bulles qui peuvent éclater, devenir un ulcère et ensuite se croûter Souvent avec une rougeur et un gonflement [16].	Un nodule qui peut s'ulcérer (Ulcus durum, «chancre dur») Généralement, sans rougeur
Douleurs locales?	Brûlure, douleur et/ou démangeaison fréquentes – souvent des picotements avant l'apparition des lésions	Généralement, indolore
Démographie	F>M	M>>F, surtout des hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes
Agent pathogène	HSV-1, HSV-2	<i>Treponema pallidum</i>
Thérapie	Famciclovir Valaciclovir per os Aciclovir i.v.	Benzathine-penicilline injectée (i.v. si neurosyphilis)[17]; Doxycycline si allergie à la pénicilline

* Le délai entre l'infection sexuelle et les lésions cliniques.

Y a-t-il de plus en plus de personnes atteintes d'herpès génital?

Il n'y a pas de données fiables à ce sujet.

Dois-je faire la sérologie du HSV-1/2 chez mon patient/ma patiente?

Seulement avec prudence. Parfois, les patients veulent savoir s'ils sont déjà infectés ou lequel des partenaires a infecté l'autre. Mais, la sérologie n'est pas fiable pour répondre à ces questions – les résultats faux-positifs sont fréquents, peuvent avoir un effet stigmatisant et mettre en danger les relations de couple [18, 19]. Bien que la spécificité et la valeur prédictive des tests d'anticorps soient meilleures aujourd'hui qu'il y a 20 ans, elles ne sont pas encore suffisantes pour recommander un dépistage sérologique chez les personnes asymptomatiques ou présentant des symptômes peu clairs [20]. Souvent, la sérologie n'est effectuée qu'en combinaison pour les anticorps anti-HSV-1 et anti-HSV-2; parfois «spécifique au type», c'est-à-dire une mesure séparée des anticorps anti-HSV-1 et anti-HSV-2. En conclusion, si le diagnostic est clairement établi (par des tests cliniques ou PCR), la sérologie n'est pas nécessaire.

Prise en charge des patient.es / Communication

L'herpès ne provoque ni cancer ni stérilité [21] – pourquoi l'herpès serait-il si grave?

Les conséquences de l'herpès génital ne doivent pas être sous-estimées, car le diagnostic d'une IST chro-

nique peut être stigmatisant et psychologiquement stressant. Les réactions fréquentes au diagnostic sont la frustration, la honte, la tristesse, l'isolement, la baisse de la libido, jusqu'à la dépression et les pensées autodestructrices – en particulier lors de la manifestation initiale. Les personnes concernées peuvent craindre d'infecter leurs partenaires sexuels, ou d'être rejetées lorsque le diagnostic est discuté. Il n'y a pas de différence de genre dans l'acceptation de ce diagnostic [22, 23].

Comment et que doivent communiquer les médecins de premier recours?

La clé d'une prise en charge réussie de l'herpès génital est une attitude d'acceptation, sans jugement, et une communication bien informée et compréhensive: prendre le temps, prendre les préoccupations au sérieux, renforcer et soutenir le/la patient.e et lui proposer un traitement efficace (tab. 2). Il s'agit de faire en sorte que la patiente ne se sente pas impuissante, à la merci du virus, mais qu'elle retrouve un sentiment de contrôle sur sa situation. Le/la médecin doit éviter des termes comme «attaques» d'herpès et parler d'«épisodes». Les patient.es savent souvent ce qui peut déclencher un épisode (stress, soucis avec le/la partenaire, etc.). Le/la médecin les soutient donc dans leur autonomie et leur perception de soi.

Quelles sont les différences entre les herpès de type HSV-1 et HSV-2?

Le HSV-1 provoque un peu moins d'épisodes cliniques et subcliniques d'herpès génital que le HSV-2. Dans l'année qui suit l'infection initiale, le taux d'épisodes symptomatiques récurrents est de 20 à 50% pour le HSV-1 et de 70 à 90% pour le HSV-2 [1, 5].

Quel est le meilleur traitement de l'herpès génital?

Le premier épisode doit être traité rapidement et à hautes doses, car les symptômes peuvent également s'aggraver dans les cas légers (tab. 3). Les personnes concernées constatent aussi souvent un avantage lors du traitement des épisodes récurrents («thérapie épisodique») surtout s'il est débuté rapidement (lorsque cela démange, tire ou brûle localement, avant même que les lésions ne soient visibles) [24]. La thérapie épisodique est modérément efficace. Elle réduit la durée des symptômes de 1 à 2 jours [25] et le temps nécessaire à la guérison complète des lésions d'environ 1 jour [25]. Des traitements d'une seule journée sont possibles et efficaces [26, 27]. Les médecins orientés vers les médecines naturelles utilisent également des méthodes de médecine complémentaire qui peuvent réduire considé-

Tableau 2: Aide pratique à la communication sur l'herpès génital [21].

- L'herpès génital est courant, il peut être causé soit par le HSV-1 soit par le HSV-2.
- En Suisse, environ une personne sur six est atteinte d'herpès génital (dû au HSV-2).
- Environ 80% des infections ne sont pas détectées parce que les symptômes sont légers ou absents.
- Plus de 50% des personnes qui ont l'herpès sont infectées par une personne qui ne sait pas qu'elle a l'herpès.
- La plupart des «premières» infections sont une réactivation d'une infection préexistante – il est donc en général vain de rechercher à déterminer la date précise de l'infection (l'infection pouvant également provenir d'un/une partenaire précédent.e).
- L'herpès génital peut être transmis par les relations sexuelles vaginales, anales ou orales, notamment par le cunnilingus.
- En présence de lésions d'herpès, la transmission de l'infection est facilitée
- Les personnes atteintes d'herpès génital peuvent sécréter des virus quelques jours par mois, même en l'absence de symptômes.
- La transmission de l'herpès génital peut également se produire dans le cadre de relations durables et fidèles
- Le premier épisode va guérir. Les épisodes récurrents sont généralement moins prononcés.
- Le HSV-2 se réactive plus fréquemment que le HSV-1.
- Il existe la possibilité d'un traitement de suppression: celui-ci est très efficace, non seulement pour prévenir la survenue des symptômes cliniques, mais aussi sur la transmission du virus.
- Les préservatifs peuvent réduire considérablement le risque d'infection, mais pas à 100%
- L'herpès génital n'augmente pas le risque de cancer du col de l'utérus.
- L'herpès génital ne rend pas stérile.
- Les femmes souffrant d'herpès génital peuvent tomber enceintes et accoucher par voie vaginale sans danger. Prudence notamment en cas de nouvelles infections au cours du 1er ou du 3ème trimestre (l'herpès génital pendant la grossesse est une indication pour une césarienne et un traitement antiviral commencé avant la naissance). L'herpès chez les nouveau-nés est rare mais peut être une maladie grave.

blement les épisodes ou les faire disparaître complètement, selon le principe suivant: renforcer l'hôte, puis l'agent pathogène aura plus de mal à nuire à son hôte.

Un médicament antiviral est-il préférable à un autre?

Le valaciclovir et le famciclovir sont généralement considérés comme aussi efficaces l'un que l'autre.

Puis-je m'attendre à ce que les épisodes d'herpès génital deviennent moins fréquents avec le temps?

Les virus de l'herpès persistent dans l'organisme pendant toute la vie. Au cours de quelques années, chez environ la moitié des personnes atteintes, les épi-

sodes d'herpès symptomatiques deviennent moins nombreux et d'une plus courte durée – probablement en raison d'un certain contrôle immunologique de l'infection virale [9, 29]. La quantité de virus détectable dans les lésions peut diminuer dans ce contexte, mais pas forcément d'un degré tel que la personne ne soit plus contagieuse [9]. Malheureusement, ce n'est pas le cas pour toutes les personnes concernées; dans une étude, le nombre d'épisodes chez certaines personnes est resté stable au fil des ans, et dans un quart des cas, on a même constaté une augmentation [29].

Bien que j'aie immédiatement commencé un traitement, mes lésions herpétiques ne guérissent qu'au bout de 8 à 9 jours et les épisodes deviennent plus fréquents chaque année – mon herpèsvirus est-il résistant au traitement antiviral?

Probablement pas. En cas de résistance à un médicament, on peut s'attendre à une «résistance croisée» aux autres médicaments de près de 100%, mais ces résistances sont très rares dans la pratique: <1% des patients atteints d'herpès génital sont concernés [30]. Il est beaucoup plus probable que le patient soit simplement malchanceux (son système immunitaire est sain, mais ne peut pas combattre le virus aussi bien que celui des autres personnes) ou que la thérapie épisodique atteigne sa limite d'efficacité chez la personne concernée.

Tableau 3: Recommandations sur la posologie des médicaments antiviraux*.

	Premier épisode **	Episodes récurrents	Thérapie suppressive chronique
Valaciclovir	500 mg-1 g 2x/j x 5-10 j	500 mg 2x/j x 3 jours ou 1 g 1x/j x 5 jours	500 mg 1x/j, augmentée à 1 g/j si efficacité insuffisante
Famciclovir	250 mg 3x/j x 7-10 j	125 mg 2x/j x 5 j ou 1 g 2x/j x 2 doses ou 500 mg 1x, suivi par 250 mg 2x/j x 2 j [1]	250 mg 2x/j

*selon les guidelines des CDC: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm>

**ici, une durée de thérapie plus courte est d'abord prescrite, la situation étant réévaluée vers la fin du traitement. Il est recommandé de poursuivre le traitement si de nouvelles lésions continuent à se former, si des complications surviennent ou si les symptômes ne s'améliorent pas [28].

Dans quels cas une thérapie suppressive chronique est-elle utile?

Si les épisodes sont fréquents, très douloureux, psychologiquement stressants ou si des complications (par exemple neurologiques) surviennent, une thérapie suppressive chronique doit être envisagée. Cela réduit le nombre d'épisodes d'au moins 70 à 80% [24] et les épisodes qui peuvent néanmoins survenir sont plus légers et guérissent plus rapidement [31]. De nombreux patients n'ont plus du tout d'épisodes symptomatiques en cas de suppression chronique.

En outre, la thérapie de suppression chronique réduit considérablement l'excrétion clinique et subclinique du virus et donc la transmission aux partenaires sexuels [10, 32] – en 1997, lorsqu'elle a été approuvée, les autorités US-américaines ont parlé d'une «énorme» importance pour la santé publique [33].

Un autre facteur décisif est que la réduction de la fréquence et de la gravité des épisodes signifie que de nombreux individus disent qu'ils arrivent à beaucoup mieux maîtriser leur IST chronique, ce qui améliore souvent considérablement leur qualité de vie [24]. Si des lésions apparaissent malgré le traitement suppressif, le médicament antiviral est pris temporairement en doses thérapeutiques et les rapports sexuels sont à éviter complètement jusqu'à la guérison de la maladie [32].

Puis-je avoir des relations sexuelles non protégées dans le cadre d'une thérapie suppressive chronique?

Non, parce que la transmission aux partenaires sexuels n'est pas réduite à 100%. Mais il faut rester pragmatique, et de nombreux patients décident d'avoir des relations sexuelles non protégées malgré tout.

Une thérapie topique contre l'herpès est-elle efficace?

Par rapport à la thérapie orale, l'efficacité est modeste [34, 35]. Le penciclovir semble être plus efficace que l'acyclovir. Les virus se trouvent dans les nerfs, qui sont situés en profondeur, probablement hors de portée des antiviraux topiques. Néanmoins, certains patients sont très satisfaits de l'effet des médicaments, en particulier dans les cas d'herpès labial. [31, 36–39].

Herpès génital: conclusion pour la pratique

- La plupart des transmissions proviennent de personnes qui ne se savent pas porteuses d'herpès génital, ou qui n'ont pas de lésions actuellement.
- Les infections à HSV ne peuvent être que partiellement réduites avec des préservatifs.
- En Suisse, environ 1 personne sur 6 est touchée
- Un diagnostic définitif est établi par PCR à partir du contenu d'une vésicule. La sérologie n'est pas fiable – les résultats faux-positifs ne sont pas rares.
- La phrase «herpès labial = HSV-1 et herpès génital = HSV-2» n'est plus correcte aujourd'hui. L'herpès génital peut également être causé par le HSV-1.
- Le diagnostic d'herpès peut être une charge psychologique difficile – une bonne communication avec le soignant est donc essentielle.
- En cas d'épisodes d'herpès très douloureux, fréquents et difficiles à supporter, et afin de réduire le risque d'infection pour les partenaires sexuels, une thérapie suppressive chronique doit être envisagée.

Référence principale

Gnann JW, Whitley RJ. Genital Herpes. Solomon CG, editor. N Engl J Med. 2016;375(7):666–74.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.primary-hospital-care.ch.

Correspondance:
Prof. Dr. med. Philip Tarr
Medizinische
Universitätsklinik
Kantonsspital Baselland
CH-4101 Bruderholz
[philip.tarr\[at\]unibas.ch](mailto:philip.tarr[at]unibas.ch)