



INFECTION GÉNITALE PAR LE VIRUS HERPÈS SIMPLEX 1 ET 2

Autrice : Dr Alizée Detiffe

Dernière mise à jour : 07/02/24

Tableau clinique initial

Histoire de l'infection

Dans le décours de la primo-infection, le HSV rentre dans une phase latente et se loge dans un ganglion sensoriel local pour entrer en phase latente. Lors des récurrences, il réinvestira le site de la primo-infection.

PRIMO-INFECTION	RÉCIDIVE
<ul style="list-style-type: none">• Fréquemment asymptomatique.• Lésions typiques : ulcère précédé d'une vésicule sur fond érythémateux et évoluant en lésion croûteuse.• Localisation génitale (principalement HSV-2 mais HSV-1 possible aussi) : multiples ulcères typiques.• Localisation labiale (principalement HSV-1 mais HSV-2 possible aussi) : unique ulcère typique.• Localisation anale : multiples ulcères typiques.• Symptômes systémiques dans $\pm 60\%$ des cas (fièvre, myalgie, adénopathie inguinale).	<ul style="list-style-type: none">• Plus fréquentes dans l'infection par le sérotype HSV-2.• Prodrome : picotement au niveau du site de la lésion primaire durant en moyenne 1.5 jours (43 à 53% des patients).• Souvent lésions typiques (sur 10% de la surface de la primo-infection).• Fréquence des récurrences diminue avec l'âge.• Symptômes systémiques 5 à 12 %.

Tableau clinique tardif / complications

- Surinfection bactérienne ou mycotique des lésions cutanées.
- Rétention urinaire sur neuropathie autonome.
- Panaris herpétique suite au grattage de la lésion primaire initiale.
- Lésions extra génitales.
- Grossesse : Infection néonatale.
- Infection anale : proctite.
- Méningite aseptique (lors de la primo-infection).

Durée de l'infection

Episode primaire : généralement 15 à 25 jours (en général plus court chez l'homme que chez la femme).

Récurrences : généralement 10 jours.

Porteur : tout patient infecté devient porteur chronique à vie.

Période d'incubation¹

En moyenne 5 jours.

Période de contagiosité²

Tout patient porteur est potentiellement contagieux, y compris lorsque le patient est asymptomatique. Le risque de transmission augmente significativement lors des récurrences et des prodromes.

Modes de transmission

- Par contact direct avec des muqueuses ou des sécrétions infectées ou par les lésions cutanées d'un patient asymptomatique ou pas.
- Par rapport sexuel.
- Par transmission verticale.
- Par gouttelettes respiratoires contaminées.

Analyses de biologie médicale

Chez qui proposer le test ?

Chez toute personne avec une suspicion clinique d'herpès.

Les tests

- La PCR HSV-1 et HSV-2 (test le plus sensible),
- La sérologie IgG (la recherche des IgM n'est pas recommandée).

Quel test utiliser ?

- Lésions vésiculeuses : **la PCR est l'examen le plus fiable**. L'échantillon doit être récupéré par un écouvillon après avoir percé une vésicule avec une aiguille ou une lame de scalpel.
- La recherche des IgG Anti-HSV-1 et HSV-2 peut éventuellement être réalisée pour : herpès clinique récurrent avec PCR négative, herpès clinique sans confirmation par PCR, une personne dont le partenaire a un herpès génital.

¹ Intervalle entre l'exposition et l'apparition des premiers symptômes.

² Période durant laquelle le patient reste contagieux.

Période fenêtre³

- Sérologie IgG : 6 à 12 semaines.
- PCR : réalisable dès l'apparition des vésicules.

Traitement

Prévention

Le préservatif ne réduirait que partiellement le risque de transmission du HSV. Les lésions peuvent survenir sur un site en dehors des zones couvertes par le préservatif.

Un traitement antiviral suppressif pris par une personne ayant eu une primo-infection ou des épisodes récurrents à HSV-2 peut diminuer la transmission chez son partenaire.

Généralités sur les traitements

- Traitements locaux à éviter car trop faible efficacité.
- Adapter les doses des traitements systémiques en cas d'insuffisance rénale.
- Les antiviraux n'éradiquent pas le virus latent. A l'arrêt du traitement, le risque de récurrence est le même qu'en absence de prise d'un traitement.
- Traitement supportif : rinçage au liquide physiologique, vaseline et analgésie appropriée.

Premier épisode

Traiter tout patient se présentant dans les 5 premiers jours de l'infection ou si de nouvelles lésions continuent à apparaître.

Aciclovir 200 mg 5X/j pendant 5 à 10 jours
OU
Aciclovir 400 mg 3X/j pendant 5 à 10 jours
OU
Valaciclovir 500 mg 2X/j pendant 5 à 10 jours

Une durée de traitement de 5j est suffisante. Si de nouvelles lésions apparaissent ou si les symptômes généraux persistent, une prolongation du traitement à 10j est recommandée.

Ces deux stratégies seraient équivalentes en termes d'efficacité clinique. Le choix de la molécule se base donc sur un compromis entre le coût du traitement et l'adhérence à un traitement nécessitant plusieurs prises par jour.

Infection compliquée

Rétention urinaire, syndrome méningé, symptômes généraux sévères, situation sociale précaire...

→ Référer en seconde ligne.

Récurrences

Le choix du traitement sera décidé par le patient après une discussion sur les avantages et les inconvénients des différentes stratégies (simple traitement supportif, traitement épisodique ou traitement suppressif).

³ Intervalle entre l'exposition et la détection d'une infection décelable par un test.

Traitement épisodique

- Diminue la sévérité et la durée de la récurrence de 1 à 2 jours en moyenne.
- Diminue la fréquence des récurrences.
- Le traitement est plus efficace si débuté dans les 24 premières heures après le début des symptômes.
- Les schémas courts devraient être utilisés en première intention.

Schéma court

Aciclovir 800 mg 3X/j pendant 2 jours
OU
Aciclovir 200 mg 5X/j pendant 3 jours
OU
Valaciclovir 500 mg 2X/j pendant 3 jours

Thérapie suppressive

- Principalement pour les patients présentant une infection par HSV-2 ou chez les patients ayant de multiples récurrences d'HSV-1 (les épisodes récurrents sont moins fréquents pour HSV-1).
- Le remboursement est en catégorie B avec contrôle à priori uniquement pour l'aciclovir (6 récurrences constatées en 12 mois, avec un prélèvement confirmant le diagnostic).
- Diminue le risque de récurrence, la sévérité des récurrences, et le risque de transmission.
- Traiter 6 à 12 mois puis réévaluer après une période fenêtrée en fonction de l'évolution du nombre de récurrences (car elles diminuent avec le temps).

Schémas possibles

Aciclovir 400 mg 2X/j
Valaciclovir 500 mg 1X/j (si moins de 10 récurrences/ an)
Valaciclovir 1g 1X/j (si plus de 10 récurrences/ an)

Patient séropositif pour le VIH et femme enceinte

→ Référer en consultation spécialisée.

Suivi

Rechercher simultanément : Chlamydia, Syphilis, Hépatite B, Hépatite C, Gonocoque, HIV (Cfr. Onglet "Quels tests?"). Les points suivants devraient être abordés lors de l'annonce du diagnostic :

- L'histoire naturelle de la maladie.
- L'efficacité du traitement en cas de récurrence.
- L'importance d'informer ses partenaires sexuels.
- Discuter du risque de transmission.
- Discuter du port du préservatif.
- Risque d'infection néonatale et de l'existence d'une prise en charge spécifique durant la grossesse surtout si primo-infection pendant la grossesse ou si lésions herpétiques présentes lors de l'accouchement.
- La majoration du risque d'infection par le HIV.

Partenaire

- Discuter des risques de transmission en mentionnant la haute contagiosité des lésions qui sont parfois asymptomatiques. La fréquence de contamination d'une personne séronégative dans un couple où le partenaire est séropositif pour le HSV est de 8-12% par an. L'excrétion virale asymptomatique est plus fréquente pendant les 12 premiers mois suivant la primo-infection à HSV-2.
- Aborder l'efficacité partielle du préservatif et des traitements suppressifs antiviraux pour diminuer les risques de transmissions.
- Eviter les rapports sexuels lors de la présence de lésions cutanées.

Bibliographie :

1. Patel R, Kennedy OJ, Clarke E, Geretti A, Nilsen A, European guidelines for the management of genital herpes. Int J STD AIDS. 2017 Dec;28(14):1366-1379.
2. Patel R, Green J, Clarke E, Seneviratne K et al. UK national guideline for the management of anogenital herpes. Int J STD AIDS. 2015 Oct;26(11):763-76.
3. DynaMed Plus (2017). Genital herpes. Disponible sur : <http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=114875>
4. Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire. Edition 2022 BAPCOC. Disponible sur cbip.be ou https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/content/bapcoc_guide_traitement_antiinfectieux_2022.pdf
5. Chernesky M, Fisher W, Gale-Rowe M, Labbé A-C et al. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes.html>
6. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines.2021. Disponible sur : <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/herpes.htm>
7. KCE. Dépistage, traitement et suivi des IST en consultation. 2019. Outil disponible sur: <https://www.sti.kce.be/fr/>
8. Onglet « Herpès » du site depistage.be, consulté le 22/01/2020
9. Les infections sexuellement transmissibles, Herpès génital, Sciensano. Consulté le 22/01/2020 <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/infection-sexuellement-transmissible-ist>
10. La Revue Prescrire, Pas besoin d'aciclovir en crème dans l'herpès génital, septembre 2018.
11. HAS. Recommandations de bonnes pratiques. Prise en charge de l'herpès cutanéomuqueux chez le sujet immunocompétent (manifestations oculaires exclues). Mis en ligne le 7/11/2001 et mis à jour le 19/07/2006. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_272087/fr/prise-en-charge-de-l-herpes-cutaneo-muqueux-chez-le-sujet-immunocompetent-manifestations-oculaires-exclues