

HERPES GENITAL

EPIDEMIOLOGIE

- 90% des herpès génitaux sont imputables à H.S.V. - 2 et 10% à H.S.V.- 1.
 - En France, la séroprévalence HSV- 2 est estimée à 15% et 65% pour HSV-1.
 - L'homme est le seul réservoir des HSV.
 - La transmission s'effectue par voie sexuelle (HSV-2) à partir des sécrétions ou des surfaces muqueuses et par voie oro-génitale (HSV-1) ; pour HSV-2 elle est plus fréquente dans le sens homme-femme.
 - La contamination se fait à partir de lésions symptomatiques (récurrence), mais aussi lors d'une excrétion virale symptomatique.
-
- Facteurs de risque pour HSV-2 :
 - Age élevé
 - Race noire
 - précocité des premiers rapports
 - niveau socio-économique faible
 - l'infection VIH
 - le sexe féminin
 - antécédent de MST
 - nombre élevé de partenaires sexuels.

 - L'infection génitale HSV-1
 - o Les facteurs de risque sont l'âge et un haut niveau d'activité sexuelle, en particulier par contact oro-génital (homosexuels, femmes)
 - o L'augmentation significative ces dernières années de la prévalence des herpès génitaux HSV-1 pourrait s'expliquer par la diminution des infections HSV-1 dans l'enfance
 - o L'excrétion virale asymptomatique est moins fréquente, le risque de transmission et les récurrences sont plus faibles.

CLINIQUE

1) La Primo-infection :

- a. Asymptomatique dans 50 à 90% (avec atteinte cervicale)
- b. La forme symptomatique est observée 2 à 20 jours après le contact avec le virus (6 à 7 moyenne) ; elle est plus fréquente et souvent plus sévère chez la femme (vulvite érosive)
- c. Chez l'homme, les signes cliniques sont plus discrets et peuvent être confondus avec un herpès récurrent
- d. Chez la femme (rarement chez l'homme) une atteinte rectale et /ou anale est possible, voir même isolée

- e. Pharyngite, méningite, atteinte sacrée, encéphalite, myélite et syndrome de Guillain-Barré ont été exceptionnellement rapportés.
- f. L'évolution des lésions de primo-infection s'effectue en 1 à 2 semaines et elles disparaissent spontanément en 4 à 6 semaines sans laisser de cicatrices.
- g. La contagiosité persiste jusqu'à cicatrisation des lésions.

2) Récurrence :

- a. Elle est définie par la réactivation de l'infection latente localisée dans les ganglions sensitifs sacrés et favorisée par différents facteurs (fièvre, stress, menstruations, coïts répétés)
- b. Les récurrences cliniques surviennent chez 20 à 50% des patients porteurs d'anticorps anti-HSV ; elles sont plus fréquentes dans les 18 mois suivant la primo-infection, après une primo-infection grave, quand elle survient à un âge précoce et en cas d'herpès HSV-2.
- c. Des prodromes à type de dyesthésies précèdent fréquemment l'éruption vésiculopustuleuse évoluant vers de petites érosions confluentes à contours polycycliques ; dans 50% des cas s'y associe une adénopathie sensible.

3) L'excrétion virale asymptomatique :

- a. Elle est définie par la présence intermittente d'HSV (isolé par culture au PCR) sur les muqueuses génitales ou l'absence de toute manifestation clinique concomitante ; elle est le mode majeur de transmission de l'herpès génital (50 à 90% des cas)
- b. Elle peut survenir juste dans les suites d'une récurrence mais souvent de façon aléatoire au cours de la journée.

DIAGNOSTIC

1) Culture

C'est la méthode de référence, sensible, très spécifique et rapide (48H), permettant l'identification du type viral ; elle ne peut être positive qu'en cas de prélèvement sur une lésion datant de moins de 48H, avec un acheminement rapide au laboratoire

2) PCR

Technique de biologie moléculaire, la PCR (Polymérase Chain réaction) est plus sensible que la culture et recommandée dans la mesure du possible.

3) Sérologies herpétiques

La sérologie permet de préciser le statut immunitaire et une éventuelle séro-conversion mais n'a pas d'intérêt diagnostique (souvent retardée de plusieurs semaines après l'épisode clinique).

TRAITEMENT

1) Primo-infection et premier épisode clinique

- Aciclovir per os (ZOVIRAX 200) : 200mg x 5/jour (IV : 5mg /kg toutes les 8H) pendant 7 à 10 jours.
- Ou Valaciclovir (ZELITREX) : 500mg x 2/jour per os pendant 10 jours.

2) Récurrences

Aciclovir et Valaciclovir sont efficaces mais n'ont d'intérêt que dans les épisodes potentiellement importants et/ou prolongés, s'ils sont instaurés le plus tôt possible, dès l'apparition des prodromes.

- Aciclovir (200mg x 5/1jour) per os pendant 5 jours.
- Valaciclovir (500mg x 2/jour) per os pendant 5 jours.

3) Traitement préventif des récurrences

Chez les patients présentant au moins 6 récurrences annuelles :

- Valaciclovir : 500mg/jour per os en une prise, à heure fixe pendant 6 mois.

4) Les traitements typiques

Les traitements typiques n'apportent pas un bénéfice significatif et ont une place limitée dans l'arsenal thérapeutique.

HERPES GENITAL ET GROSSESSE

- L'herpès néonatal touche un nourrisson sur 10 000.
- 5% des femmes enceintes ont un antécédent d'herpès génital.
- La transmission se produit dans 85% des cas lors du passage par voie naturelle, en présence d'une excrétion virale, sinon in-utéro ou après la naissance.
- La césarienne est actuellement réservée aux seuls cas où il existe des lésions pendant le travail et pour certains cas de primo-infection moins d'un mois avant terme avec traitement du nouveau-né par Aciclovir IV
- La conférence de consensus de 2002 recommande la prescription systématique d'Aciclovir per os à partir de la 36^{ème} semaine d'aménorrhée (400mg/3/jour) chez les femmes ayant eu un 1^{er} épisode d'herpès génital pendant la grossesse.

D'après la mise au point des Annales de Dermato-vénérologie de septembre 2006 faite par le groupe d'experts de la section MST de la Société Française de Dermatologie (5FD).