



<https://sexoblogue.fr/cours-de-sexologie/les-dysfonctions-sexuelles/infections-sexuellement-transmissibles/herpes-et-sexualite>

HERPÈS ET SEXUALITÉ

Cours du vendredi 7 février 2014 à 12:45 par Dr Fatima YASSIR

SOMMAIRE

X - HERPÈS

Epidémiologie

Clinique

Primo-infection

Récurrence

Traitement

Chez l'immunocompétent

Chez l'immunodéprimé

Traitement préventif

Traitement chez la femme enceinte

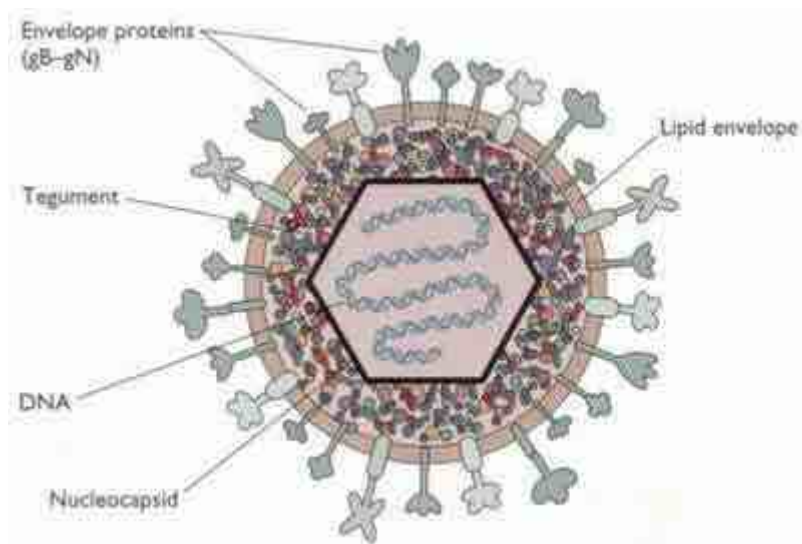
X - HERPÈS

Epidémiologie

L'herpès est une maladie virale contagieuse due à Herpes Simplex (HSV) comprenant 2 types : HSV-1 et HSV-2 mais pour lesquels il est inutile de chercher le sérodiagnostic précis dans la mesure où les 2 types vont être de plus en plus mélangés et responsables indifféremment de poussées au niveau labial, génital ou d'autres organes.

- On peut trouver le type 1 et le type 2 aussi bien au niveau génital que labial et on peut même retrouver les 2 types sur le même site, et la seule différence sera que le nombre de récurrence sera plus fréquent avec le HSV-2.
- D'ailleurs on ne dit plus « herpès labial » ou « herpès génital » mais herpès tout court.





Structure du virus de l'herpès HSV1

La maladie va évoluer par poussées à des rythmes variables et contrairement à ce qui est couramment admis, il peut y avoir une contamination même en dehors des poussées. En effet, on peut par exemple retrouver le virus au niveau des sécrétions vaginales même en dehors des poussées.

Ça pose de réels problèmes au sein du couple lorsque l'un des deux est atteint d'herpès (peur de contaminer l'autre), sans parler évidemment des problèmes rencontrés lorsque les récurrences sont rapprochées car les symptômes génitaux empêchent généralement toute relation sexuelle.

Quelques chiffres

- C'est la **première cause d'ulcération** : plus de **20% de la population générale**, les **femmes sont plus touchées**.
- Facteur accru de contamination par le VIH et les autres IST.
- + 80 % de l'herpès génital est dû à HSV2 et +10% à HSV1. La séroprévalence de HSV1 est, dans les deux sexes, de 65%.
- L'herpès néonatal touche 1/10 000 nourrisson, avec une transmission materno-foetale lors de l'accouchement (que l'on peut éviter en donnant un traitement antiviral à la mère juste avant l'accouchement).
- La primo-infection est fréquente chez l'adolescent et l'adulte jeune.
- 75 à 90 % des individus séropositif pour HSV2 méconnaissent leur statut (asymptomatique).
- Un individu séropositif pour HSV2 a plus de risque d'acquérir le VIH d'un partenaire séropositif pour le VIH qu'un individu séronégatif HSV-2 par le biais des ulcérations dues aux poussées de la maladie.

Clinique

Primo-infection

La primo-infection herpétique correspond à la première mise en contact d'une personne avec le virus de l'herpès. La contamination est strictement inter-humaine mais peut se faire de la bouche vers le sexe (par exemple une personne ayant un herpès labial faisant une fellation ou un cunnilingus entraînera un herpes génital à son partenaire).

- L'incubation dure entre 2 et 20 jours avec une moyenne d'une semaine.
- La primo-infection est en général très bruyante et douloureuse et de topographie variable (génitale et extra-génitale)
- Typiquement : ulcérations diffuses, œdème avec impossibilité de recaloter, rétention d'urine, impossibilité de s'asseoir lorsque cela s'étend au périnée avec parfois obligation d'hospitaliser.
- La guérison se fait de manière spontanée en 4 à 8 semaines



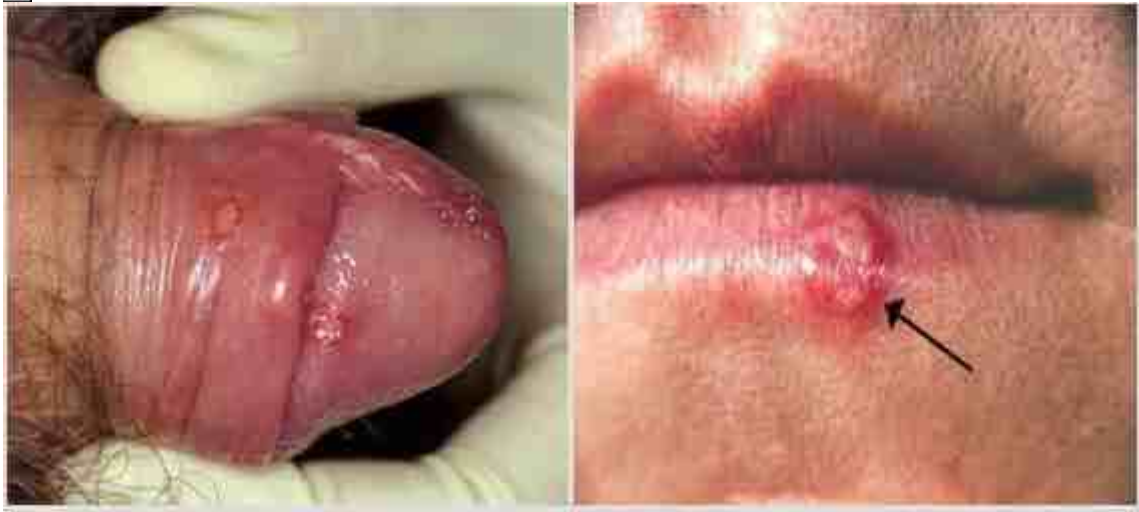
Primo-infection herpétique à gauche chez l'homme, à droite chez la femme

Récurrence

La récurrence herpétique correspond à la réactivation d'un herpès génital, que la primo-infection ait été symptomatique ou non.

- Cela touche 20 à 50% des patients porteurs d'HSV avec une fréquence très variable (certains toutes les 3 semaines, d'autres tous les 4 ans).
- Le tableau est beaucoup moins bruyant avec une gêne est très variable selon les personnes, et l'état immunitaire mais lorsque les récurrences sont rapprochées cela pose des problèmes de couple sur le plan sexuel.

- L'évolution est plus courte en 1 à 2 semaines en général.



Récurrence herpétique

Traitement

Chez l'immunocompétent

<div data-bbox="113 1155 143 1189"></div> <p>Traitement de la primo-infection</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aciclovir ou Zovirax® 200 mg 5 fois par jour pendant 5 à 10 jours. ou ▪ Valaciclovir ou Zelitrex® comprimés à 500 mg est actuellement le traitement de 1^{ère} intention à raison de 500 mg x2/jour, pendant 5 à 10 jours. <p>Dans les formes sévères</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aciclovir IV 5mg/kg/ 8 heures puis relais per os . ▪ Famciclovir :250 mg x3 /j pendant 5J 	<p>Traitement des récurrences</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surtout en début de la récurrence et si le tableau clinique est important. • Aciclovir 200 mg x 5 /jour pendant 5 jours ou 800x2 fois / jour pendant 5 jours ou • Valaciclovir 500 mg x 2 pendant 5 jours. Ce dernier est souvent prescrit en première intention ou • Famciclovir 125 mgx2 pendant 5 J jours
<p>Traitement local</p> <ul style="list-style-type: none"> • antiseptique local, forme de pâte ou de crème, éviter l'application d'<u>aciclovir</u> local, car irritant et risque de résistance, • antalgiques, traitement de la rétention urinaire. 	

Traitement de l'herpès chez le sujet immunocompétent

Pas d'aciclovir en crème, préférer les crèmes cicatrisantes (dermocuir® , cicalfate®, bepanthène®)

Chez l'immunodéprimé

Primo-infection	Récurrences
<ul style="list-style-type: none">■ Aciclovir 400-800mg per os 2 à 3 /jour (soit aciclovir IV 5 mg/kg toutes les 8 heures sur 8 à 10 jours)ou■ Famciclovir per os 500 mg x2/jourou■ Valaciclovir per os 500mg x2/jour	<ul style="list-style-type: none">■ Aciclovir per os 400 mg x 3/j pendant 5-10 joursou■ Famciclovir 500 mg x 2/j pendant 5-10 joursou■ Valaciclovir 1gr x 2/j pendant 5-10 jours
Herpes résistant à l'Aciclovir Fréquent chez les sujets VIH et souvent chez les patients au stade SIDA. Le traitement de choix est le foscarnet en perfusion (FOSCAVIR® 6 g/250 ml sol inj p perf), soit 80 mg/kg/jour en 2 perfusions d'une heure chacune, à adapter à la fonction rénale.	

Traitement de l'herpès chez le sujet immunodéprimé

Traitement préventif

Le traitement préventif réduit la fréquence des poussées avec une **bonne tolérance et un bénéfice psychologique et affectif non négligeable**. On le propose chez les patients qui font plus de 6 poussées par an. Même si on peut avoir quelques réticences à prescrire un traitement anti-infectieux en continu sur une durée d'un an, il faut garder en tête que ce traitement est très bien toléré et qu'il n'a pas (pour l'instant) été rapporté de résistance aux anti-viraux suite à la prise continue au long cours (même si le patient oublie de temps en temps de prendre son traitement). Il convient également d'informer les patients sur l'évolution naturelle de la maladie, le risque de contagion même en dehors des poussées, règles d'hygiène avec l'usage de préservatif voire abstinence dans le cas de couple discordants (femme enceinte non infectée mais partenaire HSV +)

- **Chez l'immuno-compétent** au delà de **6 récurrences/an** et en cas d'herpès génital invalidant
 - Aciclovir 400 mg x 2/jour pendant 6 à 12 mois (durée à réévaluer selon les recommandations de la réunion du consensus)
 - Valaciclovir 500 mg/jour pendant 6 à 12 mois (CI chez la femme enceinte)

- Famciclovir 500 g/j en 1 à 2 prises (pas d' AMM en France)
- **Chez l'immunodéprimé** au delà de **6 récurrences/an**
 - Aciclovir idem immunocompétents.
 - Famciclovir 500 mg x 2 fois/jour pendant 8 semaines.

Il peut arriver que durant le traitement le patient fasse une poussée, qui sera quand même beaucoup moins importante que les poussées habituelles. Soit on continue le traitement de façon identique, soit on peut se poser la question d'une résistance et changer de molécule. L'avantage du Zelitrex® (valaciclovir) est qu'on ne prend qu'un seul comprimé par jour ce qui favorise l'observance.

Traitement chez la femme enceinte

L'herpès demeure une cause importante de morbidité et de mortalité chez les nouveau-nés. C'est pourquoi chez une jeune femme avec un désir de grossesse ou même si elle est déjà enceinte et qu'on a une notion d'antécédent d'herpès il faut faire :

- soit un prélèvement avec culture et PCR si il existe des lésions
- soit une sérologie en début de grossesse afin d'avoir une trace écrite à présenter à l'obstétricien montrant qu'elles sont porteuses d'herpès
- on peut également faire une prescription différée avec culture + PCR à effectuer en cas de poussée durant la grossesse

Recommandations en cas de primo-infection et/ou lors d'infections au 3ème trimestre de la grossesse :

- Si **primo-infection** survenant **1 mois avant l'accouchement** :
 - Aciclovir 200 mg x 5/ jour jusqu'à l'accouchement.
- Si poussée avant le dernier mois de grossesse :
 - Aciclovir 200 mg x 5/ jour pendant **10 jours** puis 400 mg x 3 / jour à partir de la **36ème semaine jusqu'à la fin de la grossesse**
- Si poussée **pendant le travail** :
 - Indication d'une **césarienne** + traitement de la mère de préférence par voie IV et prophylaxie du nouveau né (**aciclovir 20 mg/ kg pendant 14 jours** dans les formes cutanéomuqueuses et 21 jours dans les formes neurologiques).

Actuellement, on ne retrouve pas de risque malformatif lié à l'aciclovir.