

L'herpès génital à quatre mains
Suzanne BRAIG (gynécologue) Bruno CHANZY (virologue)
Centre Hospitalier d'Annecy

2002

L'herpès génital est une maladie virale dont l'agent responsable est le virus herpès simplex type 1 ou 2. Il s'agit d'une infection sexuellement transmissible dont la séroprévalence est en augmentation constante dans les pays occidentaux. Le virus acquis reste latent dans l'organisme, abrité dans le ganglion des neurones sensitifs de la moelle épinière. Il peut donner des récurrences pendant toute la vie de l'individu infecté. Sa propagation est assurée par la transmission lors de rapports sexuels non protégés au moment de poussées symptomatiques, d'excrétion virale asymptomatique ou lors de poussées cliniques non diagnostiquées comme étant de l'herpès génital. La contamination par des rapports oro-génitaux au moment d'une poussée symptomatique ou asymptomatique d'herpès labial est également possible. L'augmentation de ces pratiques rendrait compte de l'augmentation de la proportion d'HSV1 parmi les herpès génitaux. (40% HSV1 lors des primo-infections). L'herpès génital est une maladie bénigne qui peut devenir invalidante pour un patient par la fréquence et/ou l'intensité des récurrences. Certaines primo-infections symptomatiques sont très douloureuses. Une attention particulière doit être apportée au risque de transmission d'HSV1 ou HSV2 à l'accouchement en cas d'excrétion virale dans la filière génitale au moment du passage du nouveau-né.

La grossesse représente en effet une situation tout à fait paradoxale dans l'histoire naturelle de l'herpès génital : face au caractère généralement bénin mais fréquent de l'herpès génital dans la population générale, s'oppose l'extrême gravité des rares cas d'herpès néonatal (<1/35000 cas par an) acquis au moment de l'accouchement. La prise en charge de l'herpès génital pendant la grossesse a fait l'objet, en France de recommandations récemment actualisées sous forme d'une conférence de consensus en 2001. Les connaissances concernant l'épidémiologie et l'histoire naturelle de la maladie ont considérablement évoluées, de nouveaux outils diagnostiques ont été développés et, l'expérience aidant, de nouvelles approches thérapeutiques ont été évaluées, à défaut d'être validées. Ces nouveautés doivent-elles pour autant nous inciter à envisager de nouvelles stratégies pour diminuer (encore) la transmission materno-fœtale du virus herpès simplex (HSV) ?

Objectifs de la Conférence de consensus 2001 :

- Eradication de l'herpès néonatal
- Dépistage des femmes à risque de transmission
- Diminution des césariennes inutiles

Valeur diagnostique de l'examen clinique

- Sensibilité: 30 à 40 %
- Valeur prédictive positive max: 70%
- Spécificité: 84 à 99%

Quand faut-il faire le diagnostic virologique (Recommandations Conférence Consensus 2001) ?

- Lésions atypiques
- Femme en âge de procréer
- Herpès pendant la grossesse
 - Si jamais documenté
 - Si lésions dernier mois
 - Si lésions pendant le travail
 - Systématique si ATCD
- Chez le nouveau-né
 - Si lésions ou clinique +
 - Systématique 48 h si lésions mère
 - Systématique 48 h si ATCD mère

Comment faire le diagnostic virologique: la culture?

- Virus fragile
- Pas de laboratoire de virologie
- Milieu de transport
 - Eviter la dessiccation
 - Dispositifs commerciaux ou « maison »
 - Stabilité 1 à 3 heures à t° ambiante
 - plusieurs heures à + 4°C
 - Attention à l'effet de dilution
 - Valide pour culture et ELISA (+/- IF)
- Lenteur du rendu de résultat
- Culture
 - Gold standard en cas de lésions
 - Sensibilité dépend
 - du stade de la lésion
 - du stade de l'infection
 - premier épisode 77%
 - récurrence 47%
 - Croissance en 24 à 48 heures, <7jours
 - Laboratoire spécialisé
 - Lenteur du rendu de résultat
 - Antigène
 - 2 à 4 heures
 - Possibilité faux positif ELISA (neutralisation)
 - Sensibilité/culture 70%
 - Non recommandé pour excrétion asymptomatique
 - IF permet de valider la qualité du prélèvement
 - Coût
 - Culture B150 39 €
 - Antigène B40 à B70 10 à 18 €
 - PV bactériologie forfait B140 36 €
 - Traitement d'une récurrence 26 €
 - Traitement suppressif annuel 820 €

Place de la sérologie dans le diagnostic:

- Histoire d'herpès génital récurrent non documenté :
- Classique : Forte valeur prédictive négative
- Type-spécifique

Indications de la sérologie dans l'herpès génital

situations	Test	Commentaire
symptomatique, isolement +	Aucun Classique	Valeur prédictive négative élevée (VPN) en dehors primo infection
symptomatique, isolement -	Type spécifique Classique	Intérêt dans HSV-2 uniquement Intérêt en cas d'herpès génital primaire
grossesse, première manifestation d'herpès génital	Type spécifique Classique	Distingue primo/réurrence HSV2 VPN élevée
histoire d'herpès génital récurrent non documenté	Type spécifique	VPN élevée. Valeur prédictive élevée (VPP) uniquement en cas HSV-2 +
couples séro-différents	Type spécifique Classique	Prévention VPN élevée
asymptomatique, risque > 8 S	Type spécifique	Intérêt dans HSV-2 uniquement Pas de datation possible

Diagnostic virologique

	Culture virale	antigène par IF	antigène par ELISA	PCR
Nature prélèvement	Ecouvillon frottis/tissu	Ecouvillon frottis/tissu	Ecouvillon	Ecouvillon frottis/tissu
Sensibilité	+++	+	++	++++
Spécificité	+++	+++	+++	+++
Avantages	Type de virus Sensibilité antiviraux	Faible coût	Faible coût rapidité	Sensibilité rapidité
Inconvénients	Transport Labo spécialisé	Peu sensible	Peu sensible (si lésions -)	Peu de trousseaux Coût Labo spécialisé
Coût/remboursement	26 à 39 €/ oui	10,4 €/ oui	18,2 €/ oui	56 à 156 €/ non

Primo-infection au premier trimestre:

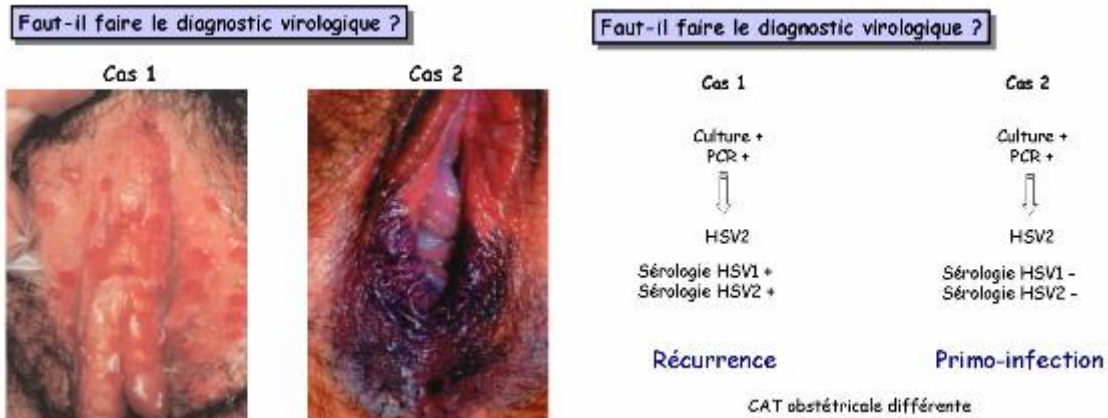
- Traitement antiviral de l'épisode initial
- Pas de transmission in utero
- Reprise du traitement antiviral à partir de 36SA

- Voie basse en l'absence de lésions

Risque de transmission per natale en cas de primo infection au cours du troisième trimestre = 50%

Risque maximal en cas de primo infection asymptomatique et accouchement avant la séro-conversion

Pourquoi le diagnostic virologique: la clinique ne suffit pas



Histoire naturelle de l'herpès génital

Séroprévalence HSV 2 = 17%

Proportion HG à HSV1 ? 40%

Excrétion asymptomatique et symptomatique maximal dans l'année qui suit la primo-infection

Excrétion asymptomatique = 3% des jours max avant et après une lésion clinique

Moins de récurrences avec HSV1

Le traitement antiviral prophylactique

- Herpès génital récurrent avec > 6 crises /an
 - Diagnostic virologique préalable
 - Suppression à 95% de l'excrétion virale symptomatique et asymptomatique
- Valaciclovir 500mg 1cp/j pendant 6mois à renouveler en fonction de l'efficacité
- ou Aciclovir 200mg 2cp 2fois/j

Traitement antiviral

Primo-infection	Valaciclovir 500	2cp/j	10jours
	Aciclovir 200	1cp 5fois/j	10 jours
Récurrence	Valaciclovir 500	2 cp/j	5 jours
	Aciclovir 200	1 cp 5fois/j	5 jours
Prophylactique	Valaciclovir 500	1cp/j	6 mois renouvelable
	Aciclovir 200	2cp 2fois/j	6mois renouvelable

Cas clinique numéro 1:

Mme Jane Eco, 25 ans consulte pour ulcérations génitales évoquant en priorité l'herpès génital:

- Lésion vulvaire très étendue inflammatoire
- Dysurie, Adénopathie inguinale
- Asthénie

Votre attitude?

- Le diagnostic d'herpès ne nécessite pas d'autres investigations
- Traitement local seul
- Valaciclovir per os
- Aciclovir per os
- Diagnostic virologique par prélèvement de la lésion

La culture virale revient positive à HSV2:

Il s'agit très certainement d'une primo-infection symptomatique

Traitement:

- Antisepsie locale
- Anesthésiant percutané
- Valaciclovir (Zelitrex) 500mg 2cp/j pendant 10 jours
- Explication contagiosité et récurrences

Elle revient 4 jours plus tard

Retard de règles: Enceinte de 7SA. Elle est très inquiète sur la transmission au fœtus.

Votre attitude?

- Sans risque pendant la grossesse
- Peu de risque de transmission
- Indication d'un traitement antiviral au long cours
- Traitement préventif en fin de grossesse
- Césarienne systématique

Cas clinique numéro 2:

Patiente de 30 ans consulte pour des crises d'herpès génital récurrents sous traitement prophylactique

- Mariée depuis 3 ans
- Conjoint porteur d'herpès génital
- Crises subintrantes depuis 1an1/2
- Partiellement améliorée par Valaciclovir en continu depuis 6mois
- Lésions typiques, jamais de diagnostic virologique
- Pas de lésions au moment de la consultation

Votre attitude ? Dans quel ordre posez vous ces questions?

- Prend elle correctement son ttt?

- Est-elle immunodéprimée ?
- Continuer le même ttt en la rassurant
- Demander une confirmation virologique. Laquelle ?
- A-t-elle eu des ttt avant le ttt au long cours ?
- Evoquer une résistance aux antiviraux

Vous arrêtez le ttt, lui prescrivez une sérologie non type-spécifique et lui dites de revenir pendant une récurrence

Sérologie HSV : négative: VPP bonne quand HSV2 +

Elle vous parle de son désir de grossesse et de sa crainte d'attraper l'herpès génital de son conjoint. Vos conseils?

- Abstention sexuelle pendant toute la grossesse
- Sérologie HSV1+2 chez le mari
- Sérologie HSV2 type-spécifique chez le mari
- Culture virale chez le conjoint en cas de poussée
- Protection par préservatif
- Ttt prophylactique chez le mari pendant la grossesse

Couples sérodifférents

Transmission < 10% par an

Séroconversion en cours de grossesse de la femme négative: 2,1%

Prévention de la transmission

- Préservatif
- Abstention
- Ttt prophylactique
- Sérologie éventuelle pour la femme avant l'accouchement
- si négative: surveillance NN

Cas clinique numéro 3

Une femme enceinte à terme se présente avec une lésion vésiculeuse de la vulve. Notion d'antécédent semblable, jamais documenté. Elle n'est pas en travail

Que faire?

- Césarienne
- Prélèvement lésion pour recherche d'antigène
- Prélèvement lésion pour culture virale
- Surveillance NN

Suspicion de récurrence d'herpès génital en fin de grossesse: Intérêt du diagnostic virologique en dehors de la grossesse pour toute lésion suspecte même typique

Coût

- Culture B150 39 €
- Antigène B40 à B70 10 à 18 €
- PV bactériologie forfait B140 36 €
- Traitement d'une récurrence 26 €

- Traitement suppressif annuel 820 €

Cas clinique numéro 4

Femme enceinte ayant eu un épisode d'ulcération génitale non étiquetée un mois avant terme. Pas d'antécédent personnel

- Le mari a un herpès génital actuellement traité au long cours.
- Elle se présente la veille du déclenchement Absence de lésion à l'examen clinique de la vulve et du col

Votre attitude?

Suspicion de primo-infection en fin de grossesse

Difficulté de prise en charge au moment de l'accouchement en raison de l'absence de diagnostic virologique d'une primo-manifestation en fin de grossesse !

Risque de transmission per-natal majeur en cas de primo-infection sans séroconversion avec excrétion virale asymptomatique au moment de l'accouchement

- Culture virale vulve et col
- Indication de PCR ?
- Culture œil, gorge nouveau né si accouchement (retarder déclenchement ?)
- Sérologie de la mère (HSV1+2 et type spécifique HSV2)
- A répéter si négative

Particularités de la prise en charge chez la femme enceinte

[Recommandations Conférence Consensus 2001: traitement pendant la grossesse](#)

[Recommandations Conférence Consensus 2001: conduite par rapport à l'accouchement](#)