

Herpès génital : Aspects gynécologiques

La présente directive clinique a été examinée par le comité sur les maladies infectieuses et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Deborah Money, MD, Vancouver (C.-B.)

Marc Steben, MD, Montréal (Québec)

COMITÉ SUR LES MALADIES INFECTIEUSES

Deborah Money, MD, Vancouver (C.-B.)

Marc Steben, MD, Montréal (Québec)

Thomas Wong, MD, Ottawa (Ont.)

Andrée Gruslin, MD, Ottawa (Ont.)

Mark Yudin, MD, Toronto (Ont.)

Howard Cohen, MD, Toronto (Ont.)

Marc Boucher, MD, Montréal (Québec)

Catherine MacKinnon, MD, Brantford (Ont.)

Caroline Paquet, sage-femme aut., Trois-Rivières (Québec)

Julie van Schalkwyk, MD, Vancouver (C.-B.)

Tous les membres du comité nous ont fait parvenir des déclarations de divulgation.

- L'obtention d'un diagnostic d'herpès génital fondé sur des résultats de laboratoire est essentielle pour assurer la mise en œuvre d'une prise en charge efficace. (II-A)
- Le traitement suppressif est suggéré pour les patientes qui présentent
 - au moins six récurrences par année
 - des complications importantes en présence de moins de six récurrences par année
 - des problèmes importants en ce qui concerne la qualité de vie liée à la santé
 - un dysfonctionnement social et sexuel
 - ou qui doivent réduire le risque de transmission à un partenaire sexuel ou au fœtus / nouveau-né. (II-B)
- L'utilisation de valacyclovir (antiviral), conjointement avec le port de condoms et l'offre de conseils quant aux pratiques sexuelles sûres, est recommandée pour les personnes chez lesquelles la présence d'herpès génital a été prouvée. (I-B)
- Le dépistage systématique ou ciblé du VHS n'est pas indiqué. (III-B)

J Obstet Gynaecol Can, vol. 30, n° 4, 2008, p. 354-361

INTRODUCTION

L'arrivée de meilleurs essais de laboratoire et de meilleures études épidémiologiques nous ont permis de comprendre que l'herpès génital constitue un problème significatif de santé sexuelle et génésique et une question de santé publique de première importance. Le présent document vise à passer en revue la pathophysiologie, l'épidémiologie, les facteurs de risque, les modes de transmission, le tableau clinique, le diagnostic de laboratoire, le traitement antiviral et la prévention de la transmission. La directive clinique de la SOGC intitulée « Prise en charge du virus de l'herpès simplex pendant la grossesse »¹ offre des recommandations pour la prise en charge du VHS dans le domaine de l'obstétrique. Les recommandations formulées dans la présente directive clinique sont évaluées au moyen des critères établis par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau 1)².

PATHOPHYSIOLOGIE

L'infection au virus de l'herpès simplex est habituellement contractée par contact avec l'une des muqueuses d'une

Résumé

Objectif : La présente directive clinique a pour but de fournir des recommandations aux fournisseurs de soins gynécologiques quant à la prise en charge optimale de l'herpès génital.

Issues : Prévention plus efficace des complications et de la transmission de l'herpès génital.

Résultats : Des recherches ont été menées dans Medline en vue d'en tirer les articles, publiés en français et en anglais, traitant de l'herpès génital et de la gynécologie. Les références que contenaient ces articles ont permis l'identification d'articles supplémentaires. Tous les types d'étude et toutes les recommandations ont été analysés.

Recommandations

- Jusqu'à 70 % de toutes les infections génitales au VHS-2 sont transmises pendant l'élimination asymptomatique; ainsi, le recours aux condoms est recommandé afin d'atténuer la probabilité de transmission de la maladie. (II-A)

Mots clés : HSV, genital herpes, antiviral, prevention, screening, counselling

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Tableau 1 Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	I. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs².

† Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs².

personne qui excrète le virus. Ce virus fait partie de la famille des *Herpesviridae*. Il compte un ADN double brin. Ce virus donne lieu à une infection affectant les nerfs sensitifs et instaure une latence dans la racine dorsale régionale ou le ganglion sensitif. À partir de cet emplacement, il peut se réactiver et cheminer le long de l'axone jusqu'à la surface muqueuse ou épidermique, où il peut être excrété ou donner lieu à des manifestations cliniques. La cause de la réactivation virale n'est pas bien comprise. Il existe deux types de VHS, VHS-1 et VHS-2; leur glycoprotéine superficielle (gD) permet de les distinguer. Bien que le VHS génital récurrent soit le plus souvent attribuable au VHS-2, au moins 10 % des cas sont attribuables au VHS-1³. Cependant, les taux de VHS génital primaire attribuable au VHS-1 (et qui s'avère rarement récurrent) sont en hausse.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Les infections génitales causées par les types 1 et 2 (VHS-1 et VHS-2) du virus de l'herpès simplex constituent les

causes les plus fréquentes d'ulcérations génitales⁴. Au sein des pays industrialisés, le taux de prévalence de l'infection au VHS-2 chez les adultes atteint jusqu'à 20 %. Les données canadiennes indiquent que la séroprévalence du VHS chez les femmes en âge de procréer est de 17 % et qu'elle connaît une hausse avec l'âge. On estime que 50 000 nouveaux cas de VHS génital se manifestent au Canada chaque année (soit environ 137 cas par jour). Au sein d'un sous-ensemble de personnes comptant plus de 10 partenaires à vie, le taux d'herpès génital était de 50 %⁵. La prévalence du VHS est plus élevée chez les femmes infectées au VIH⁶.

FACTEURS DE RISQUE

Selon une étude américaine, parmi les facteurs de risque de présenter une infection génitale au virus de l'herpès (principalement attribuable au VHS-2), on trouve le nombre accru de partenaires sexuels, les antécédents d'infection transmissible sexuellement (dont le VIH), les antécédents de lésion génitale (chez la personne ou son partenaire), le fait de ne pas être de race blanche, le fait d'être une femme, le vieillissement et la faiblesse du statut socio-économique⁷.

MODES DE TRANSMISSION

La transmission survient principalement durant les contacts anogénitaux. Certains cas de transmission surviennent durant les contacts orogénitaux. Les infections transmises

ABRÉVIATIONS

ITS	Infection transmissible sexuellement
PCR	Amplification en chaîne par polymérase
TAAN	Techniques d'amplification des acides nucléiques
VHS	Virus de l'herpès simplex
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Tableau 2 Manifestations cliniques et état sérologique

Manifestations cliniques	État sérologique au moment de l'acquisition
Infection primaire	Séronégative pour le VHS-1 et le VHS-2
1 ^{er} épisode non primaire	Séropositive pour le VHS-1 ou le VHS-2 et lésions avec présence d'anticorps au virus
Récurrentes	Séropositive pour le VHS-1 et/ou le VHS-2
Élimination asymptomatique	Séropositive pour le VHS-1 et/ou le VHS-2

par le contact de la bouche et de la région anogénitale sont habituellement de type 1. L'infection de type 2 est rarement transmise par le contact de la région anogénitale et de la bouche. Bien que l'infection par un type du virus affectant un site muqueux ne confère pas de protection contre l'infection d'un autre site muqueux, les symptômes de la deuxième infection en sont grandement atténués. Bien que l'infection de type 1 ne confère pas une protection intégrale contre l'infection de type 2, elle peut toutefois entraîner l'atténuation des symptômes que présente le site muqueux nouvellement infecté. La transmission d'une mère infectée à son enfant peut survenir de façon transplacentaire (rarement), au cours du travail et de l'accouchement ou à la suite de la naissance (par contact indirect avec les sécrétions infectées de la mère). Ce sujet fait l'objet d'une discussion détaillée dans le document d'accompagnement sur l'herpès au cours de la grossesse¹. Jusqu'à 70 % de toutes les infections génitales au VHS-2 sont transmises pendant l'élimination asymptomatique (reportez-vous à la partie « Maladie récurrente » de la section « Tableau clinique »). Le recours au condom peut s'avérer utile pour atténuer la probabilité de transmission.

TABLEAU CLINIQUE

L'infection au VHS peut être décrite par

- site : anogénitale ou orolabiale;
- stade de l'infection : initiale ou récurrente
- état immunitaire précédent : primaire ou non primaire (infection affectant habituellement un autre site).

Reportez-vous au Tableau 2 pour consulter les manifestations cliniques et l'état sérologique au moment de l'infection.

Infection initiale

Lorsque l'infection initiale est primaire, les manifestations peuvent alors être à la fois locales et générales. Parmi les manifestations générales, on trouve les symptômes pseudo-grippaux (fièvre, céphalée, myalgie), la difficulté à entamer la miction ou la défécation et les douleurs génitales. Les manifestations génitales de l'infection initiale vont de symptômes légers ou non diagnostiqués à des lésions bilatérales et vésiculaires graves (accompagnées d'une base

érythémateuse). Elles se transforment en pustules, lesquelles s'ulcèrent pour enfin former des lésions croûteuses⁵. Une infection primaire peut donner lieu à plus d'une génération de lésions, ce qui représente une absence d'immunité au virus plutôt qu'une autoinoculation. Fait intéressant à noter, les manifestations bilatérales graves ne sont pas exclusivement associées à l'infection primaire⁸.

Infection récurrente

Par maladie récurrente, on entend l'éventail qui va de l'élimination virale asymptomatique aux récurrences cliniques manifestes.

Élimination asymptomatique

L'élimination asymptomatique survient lorsque, malgré la présence du virus à la surface de la peau ou de la muqueuse, la personne infectée ne présente aucune lésion ni aucun symptôme⁹.

La transmission asymptomatique est possible de la part d'une personne infectée par l'herpès oral ou génital. La séropositivité pour le VHS-1 et le VHS-2 signale habituellement une infection orale/labiale au VHS-1, tandis que la séropositivité pour le VHS-2 signale une infection urologique et anogénitale. Ce qui est encore plus important, l'infectiosité des personnes qui ne savent pas qu'elles sont infectées et de celles qui le savent semble être équivalente¹⁰. Il a été établi qu'en l'absence de symptômes, le VHS-2 peut être détecté dans le tractus génital (par mise en culture virale) pendant 3 % des jours au cours de la première année à la suite de l'infection initiale; il peut être détecté pendant 1 % des jours au cours des deux années suivantes. Lorsqu'elle est mesurée au moyen de techniques d'amplification des acides nucléiques, l'élimination asymptomatique peut atteindre jusqu'à 30 %. La pertinence de la mesure de l'élimination par PCR a été remise en question, puisque cette technique peut également détecter des virus morts ou des concentrations de virus en deçà du seuil infectieux. L'élimination asymptomatique est plus fréquente chez les personnes présentant une infection primaire récente, près du moment des récurrences cliniques (avant et après) et chez les personnes immuno-

déficientes^{11,12}. La plupart des personnes infectées par l'herpès génital connaîtront une élimination sporadique et imprévisible, peu importe si elles sont symptomatiques ou non^{13,14}.

Lésions évidentes sur le plan clinique

Les lésions évidentes sur le plan clinique sont précédées d'un stade prodromique chez 90,6 % des patients dans 59,1 % des épisodes¹⁵. Au cours du stade prodromique, le virus est déjà présent à la surface de la peau ou de la muqueuse.

Défis cliniques de la prise en charge de l'herpès génital

Principes ITS

Les patientes se présentant pour un dépistage des ITS devraient être avisées que ce dépistage ne couvre pas l'herpès. Le diagnostic de l'herpès génital récurrent constitue un défi puisque les récurrences sont de courtes durées, ne permettant en moyenne qu'une fenêtre de moins de cinq jours pour procéder à une mise en culture virale. La plupart des patientes attendent la survenue d'une récurrence avant de consulter leur fournisseur de soins de santé pour la première fois, et ce, afin d'obtenir un diagnostic. Il est possible que jusqu'à la moitié des mises en cultures virales effectuées pendant une récurrence génèrent des résultats faux négatifs, et ce, en raison de techniques de prélèvement mal adaptées et de mesures inadéquates en matière de manutention et de transport des prélèvements. Bien que la PCR soit plus sensible, elle n'est pas systématiquement disponible. Il est maintenant établi que la plupart des personnes (91 %) qui présentent un diagnostic d'herpès génital ne le savent pas. Cependant, une grande partie (60–75 %) de ces personnes ont reçu un diagnostic erroné indiquant qu'elles présentent d'autres pathologies urogénitales. L'autodiagnostic d'infections au VHS initiale et récurrentes est fréquent, bien que souvent erroné. Les symptômes qui portent les femmes à croire qu'elles sont infectées au VHS sont souvent attribuables à d'autres causes, dont les suivantes¹⁶ :

- vaginite
- allergies ou réactions (papier hygiénique, serviettes sanitaires ou autres produits liés aux règles, savons, condoms, accessoire de rasage ou produit d'épilation)
- relations sexuelles (lubrification inadéquate, rapports sexuels trop fréquents, sécheresse vaginale)
- irritation attribuable au port de jeans serrés ou d'un cache-sexe et à l'utilisation de certaines selles de vélo
- infections des voies urinaires
- hémorroïdes ou fissures anales

La mise en œuvre d'un autotraitement inapproprié est courante, particulièrement au moyen de traitements en

vente libre qui visent les symptômes et non l'infection. Cela peut compliquer le diagnostic en laboratoire et retarder la prévention de la transmission ou la mise en œuvre d'un traitement adéquat.

DIAGNOSTIC DES INFECTIONS AU VHS

Nécessité d'un diagnostic confirmé

L'obtention d'un diagnostic d'herpès génital fondé sur des résultats de laboratoire est essentielle pour assurer la mise en œuvre d'une prise en charge efficace. Un tel diagnostic fournit des données quant à l'étiologie des lésions qui soutiennent la sensibilisation, la notification aux partenaires et le counseling. On ne peut obtenir un diagnostic clinique précis de VHS en ne se fondant que sur l'anamnèse et l'examen visuel, et ce, parce que bon nombre de lésions sont atypiques (résultats faux négatifs) et que de nombreuses autres pathologies imitent l'herpès (résultats faux positifs).

L'Agence de la santé publique du Canada recommande que tous les diagnostics d'herpès génital soient confirmés par la tenue de tests de laboratoire¹⁷.

Tests de laboratoire

Il existe deux catégories de tests permettant de diagnostiquer les infections au VHS : (1) les tests d'identification virale et (2) les tests sérologiques. Consultez le Tableau 3 pour l'interprétation des résultats.

Identification virale

Il existe deux types principaux de tests d'identification virale : mise en culture virale et TAAN. Un test d'identification virale devrait être mis en œuvre pour toutes les patientes qui n'ont jamais reçu un diagnostic de VHS. Il devrait être effectué à partir de lésions excrétoires humides : vésicules, pustules ou ulcères humides. Ces deux types de tests viraux permettent l'obtention de résultats optimaux lorsqu'ils sont effectués à partir de lésions précoces. La mise en culture virale ne permet pas l'obtention de résultats adéquats lorsque les ulcères sont secs ou en présence de lésions croûtées.

Test sérologique spécifique de type

Le dépistage sérologique spécifique de type peut être utilisé à titre :

- **d'outil diagnostique**, lorsque l'on soupçonne la présence d'herpès génital, mais que des tests d'identification virale ne peuvent être effectués ou s'avèrent négatifs. Cela peut s'avérer utile dans les situations suivantes : pour les patientes qui ont de la difficulté à planifier des consultations; lorsque le transport des prélèvements ou le dépistage viral ne constituent pas une option; pour les patientes qui

Tableau 3 Tests de laboratoire utilisés pour le diagnostic de l'infection au VHS : interprétation des résultats¹⁶

Test utilisé pour le diagnostic de l'herpès génital	Interprétation	Commentaires
Test d'identification virale	Confirme l'infection au VHS	Nécessite l'excrétion du virus au site de l'écouvillonnage
Mise en culture virale	Confirme l'infection de type 1 ou de type 2	Excrétion de courte durée, particulièrement en récurrence De nombreux faux négatifs, particulièrement dans le cas de l'infection récurrente
TAAN	Confirme l'infection de type 1 ou de type 2	Identifie le VHS non vivant. Peut associer des lésions non herpétiques au VHS
Coloration immunofluorescente	Confirme l'infection de type 1 ou de type 2	Manque de sensibilité De nombreux faux négatifs, particulièrement dans le cas de l'infection récurrente
Test de Tzanck	Confirme l'infection à l'herpès	Manque de sensibilité et n'établit pas de distinction entre les types de virus de l'herpès De nombreux faux négatifs, particulièrement dans le cas de l'infection récurrente
Sérologie		
Spécifique de type	VHS-2+ et VHS-1- Indique une infection de type 2 (probablement génitale) VHS-2- et VHS-1+ Indique une infection de type 1 (mais non son emplacement; il pourrait s'agir d'une infection orale et/ou génitale) VHS-2+ et VHS-1+ Indique une infection double, probablement une infection de type 2 affectant la région génitale et une infection de type 1 affectant la région orale VHS-2- et VHS-1- si > 12 semaines du moment de l'infection, indique l'absence d'une infection au VHS	Disponibilité déficiente
Non spécifique de type	Si négative, confirme l'absence d'une infection au VHS	N'établit pas de distinction entre les types ou l'infection aux deux types, lorsqu'elle est positive

présentent des lésions peu fréquemment; lorsque les tests d'identification virale effectués sur des lésions que l'on pensait être attribuables à l'herpès génital s'avèrent négatifs; et pour les femmes enceintes qui présentent des antécédents de problèmes urologiques ou anogénitaux non diagnostiqués.

- **d'outil de gestion de cas**, chez un couple présentant une discordance sur le plan clinique ou chez une femme enceinte, afin de diminuer le risque de transmission à un enfant ou à un partenaire sensible; ou pour déterminer la sensibilité d'un partenaire avant de prescrire une prophylaxie au valacyclovir (afin de prévenir la transmission au partenaire en question, s'il s'avère sensible) à une personne infectée au VHS-2.

Quels tests devraient être mis en œuvre pour une patiente donnée?

- **Chez les patientes présentant des lésions**, un test d'identification virale devrait être mis en œuvre. Une mise en culture de cellules, lorsque disponible,

constitue un bon test, lorsqu'une quantité suffisante de virus est prélevée à partir du liquide qu'excrètent les lésions ou lorsque l'on parvient à prélever un nombre suffisant de cellules infectées à partir de la base de l'ulcère. Les TAAN, telles que la PCR, sont à privilégier, mais il est possible qu'elles ne soient pas disponibles et utilisables facilement. L'obtention de résultats négatifs à la suite d'un test d'identification virale n'écarte pas la possibilité d'un diagnostic d'herpès génital.

- **Chez les patientes sans lésions**, lorsque la situation est telle que la patiente ne peut attendre qu'une autre lésion apparaisse, un test sérologique spécifique de type devrait être mis en œuvre.

Sérologie non spécifique de type

La sérologie non spécifique de type ne fait pas de distinction entre les types 1 et 2 du VHS ou l'infection double. Elle s'avère utile seulement lorsqu'elle donne lieu à des résultats négatifs, de façon à confirmer la sensibilité.

Sérologie spécifique de type

Bien que la séropositivité pour le VHS-2 ne puisse techniquement confirmer la présence d'herpès génital, elle en rend le diagnostic très probable lorsque la patiente présentait des lésions dans les dermatomes appropriés.

La séropositivité pour le VHS-1 et le VHS-2 signale habituellement une infection orale / labiale au VHS-1 et une infection urologique ou anogénitale au VHS-2.

La séropositivité pour le VHS-1, en présence d'une séronégativité pour le VHS-2, complique l'interprétation du cas en question. Chez une patiente sans lésions orales ou génitales, une telle situation est plus susceptible de signaler une infection orale-labiale qu'une infection génitale. Cependant, chez une patiente présentant une lésion ayant l'apparence de l'herpès génital, le diagnostic d'herpès génital attribuable au VHS-1 est probable, mais devrait idéalement être confirmé par un test d'identification virale au moment de la réapparition de la lésion.

TRAITEMENT

Traitement antiviral¹⁷

Les antiviraux oraux sont efficaces de nombreuses façons pour presque toutes les patientes infectées au VHS. Ces agents comptent un dossier d'innocuité très solide. Les antiviraux topiques présentent une efficacité limitée pour ce qui est des infections aiguës; de plus, puisque leur efficacité contre les récurrences génitales n'a pas été démontrée, leur utilisation n'est pas recommandée.

Épisode initial

Lorsque la présence d'une infection initiale est soupçonnée ou diagnostiquée et que les lésions ne se sont pas entièrement croûtées, la mise en œuvre d'un traitement antiviral est justifiée en vue de réduire la durée et la gravité de la flambée.

En présence d'une infection initiale, l'un des traitements suivants devrait être administré :

- Acyclovir, à raison de 200 mg par voie orale, cinq fois par jour pendant 10 jours
- Acyclovir, à raison de 400 mg par voie orale, trois fois par jour pendant 10 jours
- Famciclovir, à raison de 250 mg par voie orale, trois fois par jour pendant cinq jours
- Valacyclovir, à raison de 1 000 mg par voie orale, deux fois par jour pendant 10 jours

Infection récurrente

Les schémas posologiques épisodique et suppressif sont tous deux à la portée des patientes qui présentent un herpès génital récurrent. Le traitement se doit d'être fondé sur les

préférences de la patiente et la nature de la maladie. Les indications de la santé publique suggèrent la mise en œuvre d'un traitement suppressif afin de prévenir la transmission du virus aux autres. La décision d'avoir recours à un traitement épisodique ou suppressif devrait être prise conjointement par la patiente et le fournisseur de soins. À certains moments de la vie de la patiente, l'un de ces traitements pourrait s'avérer plus approprié que l'autre.

Traitement épisodique

Le traitement épisodique est un traitement entamé par la patiente qui doit être prescrit à l'avance, de façon à ce que la patiente puisse pouvoir se procurer les médicaments nécessaires au moment d'une flambée. Ce type de traitement pourrait être recommandé pour les patientes qui ne présentent pas fréquemment des lésions et qui présentent un prodrome clair, et chez lesquelles les flambées n'exercent qu'un effet minimal sur la qualité de vie ou le fonctionnement social / sexuel :

Les antiviraux recommandés devraient être administrés dès que possible, au moment de l'apparition du prodrome, afin de réduire la durée et la gravité de la flambée.

Schémas recommandés

- Acyclovir, à raison de 200 mg par voie orale cinq fois par jour pendant cinq jours
- Acyclovir, à raison de 800 mg par voie orale trois fois par jour pendant deux jours
- Famciclovir, à raison de 125 mg par voie orale deux fois par jour pendant cinq jours
- Famciclovir, à raison de 1 000 mg par voie orale deux fois par jour pendant un jour
- Valacyclovir, à raison de 500 mg par voie orale deux fois par jour pendant trois jours
- Valacyclovir, à raison de 1,0 g par voie orale une fois par jour pendant trois jours

L'efficacité du traitement antiviral topique pour ce qui est de la minimisation des récurrences n'a jamais été démontrée.

Traitement suppressif

Le traitement suppressif est suggéré pour les patientes qui présentent au moins l'un des effets suivants attribuables à l'infection : problèmes importants en ce qui concerne la qualité de vie liée à la santé; dysfonctionnement social et sexuel; nécessité de réduire le risque de transmission à un partenaire sexuel ou au fœtus / nouveau-né; complications importantes en présence de moins de six récurrences par année; au moins six récurrences par année. De plus, les patientes présentant un VHS génital récurrent qui ont des partenaires sensibles ou qui ont des relations sexuelles avec de nouveaux ou de multiples partenaires devraient se voir

offrir un traitement suppressif, afin de prévenir la transmission du virus à d'autres personnes. Cette recommandation est fondée sur les données issues d'une étude sur la suppression au moyen de valacyclovir dans le cadre de laquelle il a été démontré que l'utilisation de cet antiviral (valacyclovir), conjointement avec le port de condoms et l'offre de conseils quant aux pratiques sexuelles sûres, entraînait une baisse du risque de transmission sexuelle de l'ordre de 48 %. Cet effet était limité à la période d'utilisation. L'efficacité était proportionnelle à l'observance. Le taux de transmission a été évalué comme étant de 1,1 % dans le cas des patientes prenant au moins 95 % de leurs pilules¹⁸.

Schémas posologiques de traitement suppressif :

- Acyclovir, à raison de 400 mg par voie orale deux fois par jour
- Acyclovir, à raison de 200 mg, de trois à cinq fois par jour
- Famciclovir, à raison de 250 mg par voie orale deux fois par jour
- Valacyclovir
 - à raison de 500 mg par voie orale une fois par jour
 - à raison de 1 g par voie orale une fois par jour

La durée du traitement suppressif est déterminée en fonction des besoins de la patiente. L'ordonnance devrait être renouvelée une fois l'an; une réévaluation de la situation de la patiente est recommandée à cette occasion. La posologie suppressive pour la grossesse est spécifique¹.

CONSIDÉRATIONS FUTURES

Aucun vaccin thérapeutique n'est disponible. Seul un vaccin prophylactique fait présentement l'objet d'une étude de phase 3 (dont nous attendons prochainement les résultats). Il a été démontré que ce vaccin prophylactique fondé sur une glycoprotéine accordait une protection de 74 % aux femmes séronégatives pour le VHS-1 et le VHS-2¹⁹. Des essais de plus grande envergure sont présentement en cours.

Prévention de la stigmatisation

Les infections transmissibles sexuellement, dont l'herpès génital, sont fréquemment stigmatisées et associées à des sentiments négatifs (tels que l'humeur dépressive, l'isolement, la peur du rejet et la peur de voir son état mis au jour) et à des comportements autodestructeurs²⁰. Les fournisseurs de soins de santé peuvent venir en aide à leurs patientes en les orientant vers les services d'un psychologue ou d'un spécialiste de la médecine sexuelle et/ou de groupes d'entraide. La stigmatisation pourrait empêcher certaines patientes d'obtenir des soins thérapeutiques et préventifs²¹.

Divulgarion de l'état

Lorsque la patiente divulgue à son nouveau partenaire qu'elle est atteinte d'herpès génital, la probabilité de transmission connaît une baisse de 50 %. Puisque la période médiane d'acquisition survient 61 jours à la suite du début des rapports sexuels avec un nouveau partenaire, des efforts devraient être mis en œuvre pour procéder à une divulgation appropriée et opportune de l'état quant au VHS, et ce, en vue d'assurer l'utilisation de méthodes de barrière, avec ou sans protection antivirale. La plupart des patientes qui s'opposent à la divulgation craignent d'être rejetées. Elles devraient être avisées du droit que détiennent tous les partenaires sexuels potentiels d'être avisés de l'état quant au VHS avant de consentir à des relations sexuelles; elles devraient également bénéficier de conseils quant à la façon de divulguer leur état.

CONCLUSION

L'infection génitale au VHS est la maladie ulcérate urogénitale la plus courante à l'échelle internationale. La plupart des patientes qui sont séropositives pour le VHS-2 devraient être considérées comme étant non diagnostiquées, et non pas asymptomatiques. L'obtention d'une confirmation en laboratoire est recommandée avant l'établissement d'un diagnostic d'herpès génital. Le traitement antiviral et le counseling personnalisé aident les patientes à mieux s'adapter aux défis de l'herpès génital et contribuent à prévenir la transmission de l'infection.

RÉFÉRENCES

1. Money D, Steben M. « Prise en charge du virus de l'herpès simplex pendant la grossesse. Directive clinique de la SOGC, No. 207. *J Obstet Gynaecol Can.* sous presse. 2008.
2. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. « Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care », *CMAJ*, vol. 169, n° 3, 2003, p. 207–8.
3. Webb DH, Fife KH. « Genital herpes simplex virus infections », *Infect Dis Clin North Am*, vol. 1, 1987, p. 97–122.
4. Benedetti J, Corey L, Ashley R. « Recurrence rates in genital herpes after symptomatic first-episode infection », *Ann Intern Med*, vol. 121, 1994, p. 847.
5. Steben M, Sacks SL. « Genital herpes: the epidemiology and control of a common sexually transmitted disease », *Can J Hum Sex*, vol. 6, n° 2, 1997, p. 127–34.
6. Patrick DM, Dawar M, Kraiden M, Cook D, Kraiden M, Ng H. « Antenatal seroprevalence of Herpes Simplex Virus Type 2 (HSV-2) in Canadian Women », *Sex Transm Dis*, vol. 28, n° 7, 2001, p. 424–8.
7. Fleming DT, McQuillan GM, Johnson RE, Nahmias AJ, Aral SO, Lee FK et coll. « Herpes simplex virus type 2 in the United States, 1976 to 1994 », *N Engl J Med*, vol. 337, n° 16, 1997, p. 1105–11.
8. Hitchcock PJ, MacKay HT, Wasserheit JN. « Sexually transmitted diseases and adverse outcomes of pregnancy », *American Society for Microbiology*, 1999, p. 248–9.
9. Mertz GJ, Benedetti J, Ashley R, Selke S, Corey L. « Risk factors for the sexual transmission of genital herpes », *Ann Intern Med*, vol. 116, n° 3, 1992, p. 197–202.

10. Wald A, Zeh J, Selke S, Warren T, Ryncarz AJ, Ashley R et coll. « Reactivation of genital herpes simplex virus type 2 infection in asymptomatic seropositive persons », *N Engl J Med*, vol. 342, 2000, p. 844–50.
11. Wald A, Zeh J, Selke S, Warren T, Ashley R, Correy L. « Genital shedding of herpes simplex virus among men », *J Infect Dis*, vol. 186, suppl. 1, 2002, p. S34–S39.
12. Schacker T, Zeh J, Hu HL, Hill E, Corey L. « Frequency of symptomatic and asymptomatic herpes simplex virus type 2 reactivations among human immunodeficiency virus-infected men », *J Infect Dis*, vol. 178, 1998, p. 1616–22.
13. Brock BV, Selke S, Benedetti J, Douglas JM, Corey L. « Frequency of asymptomatic shedding of herpes simplex virus in women with genital herpes », *JAMA*, vol. 263, 1990, p. 418–20.
14. Strategies for interrupting the transmission of genital HSV infection. International herpes management forum, Disponible à : <http://www.ihmf.org/journal/journal.asp>. Consulté le 7 mars 2008.
15. Sacks SL. « Frequency and duration of patient-observed recurrent genital herpes simplex virus infection: characterization of the nonlesional prodrome », *J Infect Dis*, vol. 150, n° 6, 1984, p. 873–7.
16. Steben M. « Genital herpes simplex virus infection », *Clin Obstet Gynecol*, vol. 4, 2005, p. 838–44.
17. Agence de santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, édition 2006. Disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti_2006/sti_intro2006_f.html. Consulté le 7 mars 2008.
18. Corey L, Wald A, Patel R, Sacks SL, Tyring SK, Warren T et coll. « Once-daily valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes », *N Engl J Med*, vol. 350, 2004, p. 11–20.
19. Stanberry LR, Spruance SL, Cunningham AL, Bernstein DI, Mindel A, Sacks S et coll. « Glycoprotein- D-adjuvant vaccine to prevent genital herpes », *N Engl J Med*, vol. 347, 2002, p. 1652–61.
20. Clarke P. « The impact of a herpes diagnosis and the implications for patient counselling », dans : Sacks SL, Whitley RJ, Griffiths, éd. *Clinical management of herpes viruses*, Burke : IOS Press, 1995, p. 75–86.
21. Fortenberry JD. « The effects of stigma on genital herpes care-seeking behaviours », *Herpes*, vol. 11, 2004, p. 8–11.