

Club Santé

« Idées vraies, Idées fausses sur l'herpès »

Dimanche 26 mars 2006

Contacts Presse : Florence PARIS – Fanny ALLAIRE
Tél : 01.39.17.90.85 – Fax : 01.39.17.86.56
Adresses e-mail : florence.f.paris@gsk.com – fanny.m.allaire@gsk.com

Herpès : Epidémiologie et Aspects cliniques

*Dr Jean-Marc BOHBOT, Infectiologue
Institut Alfred Fournier – PARIS*

Les infections herpétiques sont dues à 2 virus de la famille des herpesvirus : HSV1 et HSV2. Traditionnellement, on distribue ces pathologies en fonction de leur localisation anatomique :

- HSV1, responsable de l'herpès oro-facial (qui inclut également les herpès des zones cutanées)
- HSV2, responsable de l'herpès génital.

Depuis quelques années, on assiste à une modification de ce schéma : de plus en plus d'herpès génitaux sont dus à HSV1 (+ 42 % en Norvège en 10 ans, par exemple¹) et quelques cas d'herpès oro-faciaux sont dus à HSV2.

En France, on considère qu'environ 65 % de la population est porteuse du HSV1² (prévalence) et environ 15 % du HSV2².

L'amélioration de l'hygiène de vie explique la décroissance de la prévalence de HSV1 au fil des années dans les pays développés³. Cette infection s'acquiert dès l'enfance, contrairement à l'infection à HSV2 qui se développe dès le début de l'activité sexuelle. Cette infection génitale progresse avec l'âge avec un pic au cours de la 3^{ème} décennie de vie pour se stabiliser ensuite⁴⁻⁵.

En ce qui concerne l'herpès génital, certains pays notent une augmentation de la prévalence ces dernières années⁴. Ce n'est pas une généralité. En France, certaines études montrent une très légère progression de cette prévalence : 15,1 % en 1996 contre 15,5 % en 2005⁶⁻². Quasiment toutes les études relèvent une prévalence de l'herpès génital supérieur chez les femmes que chez les hommes. En France, en 1996, 13,7 % des hommes étaient porteurs du HSV2 contre 17,9 % des femmes⁶.

Tous les sujets porteurs d'un HSV n'exprimeront pas nécessairement leur infection par des symptômes cliniques. Seul 1 sujet sur 5, porteur d'un HSV2 présente des symptômes cliniques diagnostiqués comme d'origine herpétique²⁻⁷. Mais il existe un grand nombre de sujets (jusqu'à 1/3)⁸ réellement infectés pour lequel le diagnostic d'herpès n'est pas fait. Ces formes trompeuses (soit symptômes atypiques soit formes inapparentes) échappent à tout diagnostic et donc à tout traitement et favorisent la dissémination de l'infection.

Cliniquement, la maladie herpétique évolue en plusieurs phases : une primo-infection et des récurrences. La primo-infection est le 1^{er} épisode clinique qui suit la contamination. Elle est généralement sévère mais elle peut également passer totalement inaperçue (formes inapparentes, légères ou erreurs diagnostiques).

Ultérieurement, des récurrences apparaissent à un rythme très variable d'un individu à l'autre et d'une année sur l'autre chez le même sujet. Là encore, des formes atypiques existent, surtout dans l'herpès génital, conduisant à des retards diagnostiques et favorisant la transmission sexuelle.

Les causes favorisant les récurrences sont multiples : fièvre, règles, rapports sexuels, chaud, froid, stress, fatigue...

Même si les complications médicales sont rares (sauf pour l'herpès oculaire), la multiplication des récurrences peut entraîner de graves désordres psychologiques et altérer la qualité de vie de l'individu.

Références :

1. SANDERS SA, et al Would you say you 'had sex' if...? JAMA 1999;281:275–277.
2. MALVY D and al Epidemiology of genital herpes simplex virus infections in a community-based sample in France: results of the HERPIMAX study. Sex Transm Dis. 2005 Aug;32(8):499-505.
3. VYSE AJ, et al. The burden of infection with HSV-1 and HSV-2 in England and Wales: implications for the changing epidemiology of genital herpes. Sex Transm Infect 2000;76:183–187.
4. FLEMING DT, et al. Herpes simplex virus type 2 in the United States, 1976 to 1994. N Engl J Med 1997;337:1105–1111.
5. KINGHORN GR. Epidemiology of genital herpes. J Int Med Res 1994;22:14A–23A.
6. MALKIN JE, et al. Seroprevalence of HSV-1 and HSV-2 infection in the general French population. Sex Trans Infect 2002;78:201–203.
7. COREY L, et al Genital herpes simplex virus infections: clinical manifestations, course, and complications. Ann Intern Med 1983;98:958–972.
8. MALKIN JE Epidemiology of HSV in Developed Countries • HERPES 11 Supplement 1 2004

L'Herpès à Travers les Ages de la Vie

Les Modes de Transmission

Pr Philippe G Judlin
Professeur de gynécologie-obstétrique.
Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique NANCY France

L'herpès est une maladie virale très contagieuse aux localisations variées. L'herpès génital (HG) constitue une des plus fréquentes Infections Sexuellement Transmissibles et sa prévalence est en constante augmentation. L'HG peut être grave dans certaines situations :

- en raison du risque - faible mais réel - de transmission materno-fœtale (TMF),
- parce qu'il facilite l'acquisition par voie sexuelle de l'infection à VIH
- chez le sujet immunodéprimé.

L'HG se transmet par les rapports sexuels mais aussi oro-génitaux. La plupart des sujets atteints sont asymptomatiques ou non diagnostiqués, ce qui rend la transmission souvent silencieuse. Ceci est aggravé par la possibilité d'excrétion virale asymptomatique (EVA), définie par la sécrétion virale en dehors de toute manifestation clinique.

Chez l'enfant, l'herpès est essentiellement dû à HSV-1, donnant des localisations oro-faciales.

La TMF se produit essentiellement en fin de grossesse ou durant l'accouchement. Le risque principal est représenté par la primo-infection au 3ème trimestre de la gestation. La Conférence de Consensus de 2001 a indiqué que les médicaments antiviraux pouvaient être utilisés pendant la grossesse et qu'il convenait de les prescrire en cas de primo-infection ou de récurrence. Un traitement supprimeur est également préconisé en fin de grossesse en cas de primo-infection. L'accouchement par césarienne pour prévenir la TMF n'a plus actuellement qu'une place très limitée : la survenue d'une poussée herpétique (primo-infection ou récurrence) à proximité immédiate de l'accouchement en constitue la seule indication, à la condition qu'il n'y ait pas eu d'ouverture de la poche des eaux de plus de 6 heures.

L'augmentation continue de la prévalence de l'herpès et la gravité potentielle de l'infection doivent conduire à proposer des mesures répondant à 3 questions :

- Comment mieux diagnostiquer l'herpès génital ?
- Quels conseils donner pour diminuer la transmission ?
- Est-il possible de réduire la contagiosité ?

Une sensibilisation du public et des professionnels de santé devrait permettre d'améliorer le diagnostic et de mettre en garde sur les risques de transmission qui peut survenir en l'absence de tout symptôme (EVA). Les moyens de diminuer la contagiosité sont discutés mais ils ne constituent qu'une solution imparfaite. La vaccination préventive, dont le développement s'avère difficile, constituera certainement une réponse plus adaptée pour freiner la propagation silencieuse de l'herpès.

Herpès : Qualité de vie, Conseils et traitements

*Dr Jean-Marc BOHBOT, Infectiologue
Institut Alfred Fournier – PARIS*

Herpès vient du mot latin « herpein » qui signifie : ramper. Dans cette seule étymologie, on devine l'aspect surnois, imprévisible de la maladie qui évoque immédiatement le serpent.

Si les conséquences médicales de l'herpès sont bénignes dans l'immense majorité des cas, force est de constater que **le retentissement psychologique de cette infection peut être important au point de perturber vie sexuelle, sociale ou professionnelle des patients.**

Des évaluations scientifiques de cet impact ont été menées. Dans une étude française¹, 57 % des sujets atteints disaient avoir modifié leur vie sexuelle, 37 % avaient une impression de vie gâchée, 27 % ressentaient de la honte, 23 % une perte de confiance en soi. Dans une étude multicentrique², l'impact sur la qualité de vie augmentait avec le nombre de récurrences par an et l'intensité des douleurs. On a pu calculer que les symptômes cliniques de l'herpès réduisaient de 25 à 50 % l'efficacité au travail².

Ces études nous guident pour la gestion de la maladie, non seulement chez l'individu atteint, en insistant sur toutes les informations de nature à dédramatiser la situation, mais aussi au sein du couple. En effet, il n'est pas rare que dans un couple, un sujet soit atteint et l'autre pas. Nombre de questions, sources potentielles de conflit se posent alors sur l'origine de l'infection, les risques de transmission et les moyens de prévention.

Les avancées thérapeutiques nous permettent actuellement de réduire l'impact de ces infections. Les traitements antiviraux donnés par voie générale traitent rapidement les primo-infections et les récurrences.

Le traitement suppressif (antiviral donné quotidiennement pendant plusieurs mois) réduit de 70 à 80 % les récurrences et les annule parfois³. Ce traitement réduit également de près de 50 % le risque de transmission au partenaire indemne⁴.

Ces progrès thérapeutiques ne doivent pas faire oublier **les conseils de bon sens** : utilisation de préservatifs pendant les récurrences, abstention de contacts oro-génitaux pendant les récurrences oro-faciales ou génitales.

Enfin, il faut rappeler le rôle fondamental de l'information du public et des acteurs de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens...) sur ces pathologies dont certaines appartiennent au domaine des Infections Sexuellement Transmissibles. Seules ces informations permettront de dédramatiser ces infections si fréquentes.

Références :

1. TABOULET F et al Quality of life and use of health care among people with genital herpes in France. Acta Derm Venereol. 1999 Sep;79(5):380-4
2. PATEL R et al Patients' perspectives on the burden of recurrent genital herpes. Int J STD AIDS. 2001 Oct;12(10):640-5. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR 2002;51(No. RR-6):[12-17]
4. COREY L et al Prevention of herpes simplex virus type 2 transmission with antiviral therapy. Herpes. 2004 Aug;11 Suppl 3:170A-174A