



Micro-organisme

- Un virus : *virus herpès simplex* ou **HSV**
- Il existe 2 espèces : HSV-1 et HSV-2.
- Après la primo-infection, le virus persiste toute la vie dans les **ganglions nerveux sensitifs**. Cette persistance explique le phénomène de réactivations et de **réurrences cliniques**.
- Le HSV-1 est majoritairement associé aux infections orales et le HSV-2 aux infections génitales. Cette dichotomie n'est plus aussi vraie, notamment du fait de l'évolution des pratiques sexuelles. La fréquence des infections génitales par le HSV-1 est en augmentation.
- La prévalence des infections par les HSV est estimée en France à environ :
 - 65% pour l'herpès oral
 - 15% pour l'herpès génital

Transmission

- Mode de contamination
 - La contamination se fait principalement par **contact direct** et prolongé avec les lésions cutané-muqueuses ou des fluides corporels (salive, sécrétions génitales...)
 - Une transmission verticale au cours de **l'accouchement par voie basse** est possible. La prévalence de l'herpès néonatal est estimée à 3 / 100 000 naissances en France.
 - Une contamination par des objets contaminés est possible (serviette de toilette...), le virus est toutefois peu résistant dans le milieu extérieur
- Durée de contagiosité
 - Un malade est contagieux tant que **les lésions sont présentes** soit habituellement 2 à 4 semaines en cas de primo-infection et 7 à 10 jours en cas de récurrence
 - Une personne est contagieuse en cas de réactivation virale asymptomatique par le biais des fluides corporels.

Facteur de risque

Les facteurs de risques d'infection sont les contacts avec une personne symptomatique ou asymptomatique excréant le virus. D'autres facteurs de risque ont été identifiés notamment pour l'herpès génital.

Principaux facteurs de risque d'infection herpétique génitale

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sexe féminin • Multi-partenariat sexuel | <ul style="list-style-type: none"> • Autre IST dont l'infection par le HIV • Niveau socio-économique faible |
|--|---|

Des facteurs peuvent favoriser les récurrences :

Principaux facteurs de risque de récurrence d'infection herpétique

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Immunodépression (greffe, HIV...) • Cancers et hémopathies • Stress | <ul style="list-style-type: none"> • Fatigue • Infections • Exposition au soleil |
|---|---|

Incubation

La durée d'incubation varie habituellement de **2 à 10 jours**.



Présentation clinique

Primo-infection	Asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> La primo-infection est le plus souvent asymptomatique quelle que soit la localisation de l'infection et l'espèce virale : → ≈ 90% pour l'herpès oral → ≈ 70% pour l'herpès génital
	Orale (gingivostomatite)	<ul style="list-style-type: none"> Signes locaux : tableau de dysphagie associée à une hypersialorrhée, des vésicules endo-buccales qui évoluent rapidement vers des érosions polycycliques des gencives et de la muqueuse buccale se recouvrant d'un enduit blanchâtre Signes généraux : fièvre associée à une altération de l'état général Guérison en 2 à 4 semaines
	Génitale	<ul style="list-style-type: none"> Chez la femme : vulvovaginite aiguë érosive très douloureuse. Elle est fréquemment associée à des adénopathies inguinales et parfois à une rétention aiguë d'urine Chez l'homme : bouquet de vésicules évoluant vers l'ulcération. La symptomatologie est souvent moins bruyante que chez la femme et s'approche des récurrences Guérison en 2 à 4 semaines
Récurrence	Orale ou génitale	<ul style="list-style-type: none"> Elles sont fréquemment annoncées par des prodromes (fièvre, prurit) dans les 24 heures précédant l'éruption Elles se présentent sous forme d'un bouquet de vésicules qui évolue vers l'ulcération Le siège des récurrences est habituellement identique Guérison en 7 à 10 jours
Atteinte d'organe	Neuroméningée	<ul style="list-style-type: none"> Méningoencéphalite : infection rare lié au HSV-1 mais de morbimortalité élevée (≈ 70% de décès sans antiviral, < 20% avec antiviral mais ≈ 75% de séquelles neurologiques fonctionnelles) Méningite récurrente lymphocytaire aseptique (anciennement de « Mollaret ») : due au HSV-2, les symptômes sont modérés et l'évolution spontanément résolutive chez l'immunocompétent
	Autres	<ul style="list-style-type: none"> Oculaire, hépatique, pulmonaire ...

Critères de sévérité

- Atteinte d'organe
- Lésions extensives
- Rétention aiguë d'urine (HSV-2)

Diagnostic

• Méthodes

Amplification génique (PCR...)	<ul style="list-style-type: none"> Principal méthode diagnostique, elle est indiquée dans les formes sévères ou sur un terrain à risque : <ul style="list-style-type: none"> ○ Forme neuroméningée et autre atteinte d'organe ○ Chez la personne immunodéprimée ○ Chez la femme enceinte ○ Primo-infection avec lésions douloureuses ou extensives
Culture virale	<ul style="list-style-type: none"> Examen spécialisé, non réalisé pour le diagnostic en routine
Sérologie (IgG)	<ul style="list-style-type: none"> La recherche d'IgG est limitée à quelques indications : <ul style="list-style-type: none"> ○ Primo-infection chez la femme lors de l'accouchement (distinction HSV-1 et HSV-2) ○ Bilan pré-greffe (détermination du statut immunitaire) La recherche des IgM ne présente pas d'intérêt



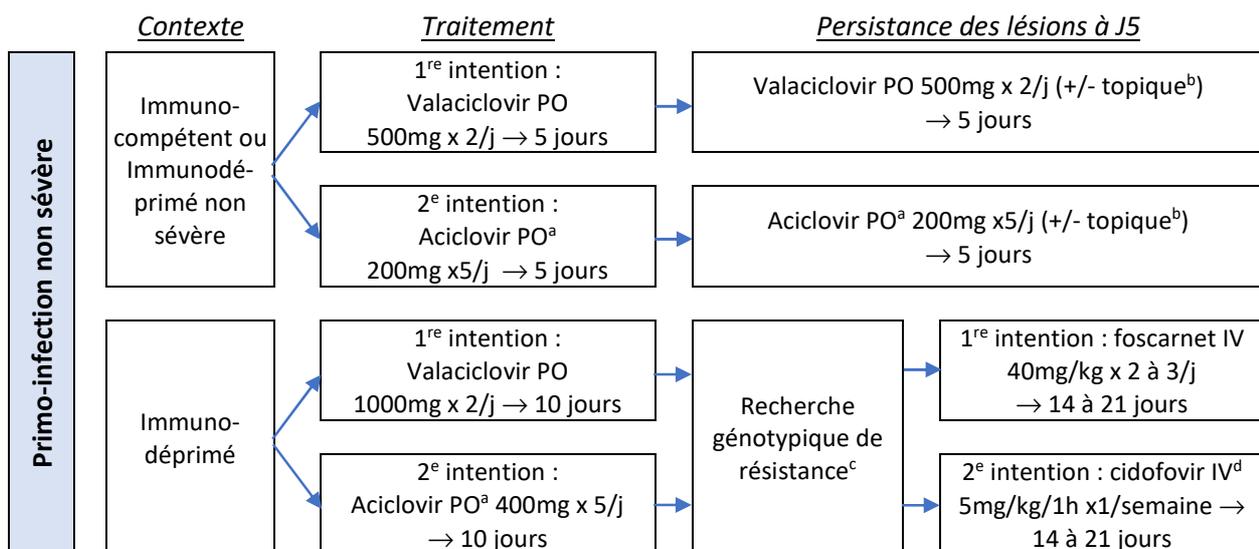
• Stratégie

Primo-infection symptomatique	<ul style="list-style-type: none"> • Peu symptomatique : pas d'examen complémentaire • Lésions extensives ou très douloureuses : PCR sur un prélèvement des lésions + débuter l'antiviral sans attendre les résultats
Récurrence	<ul style="list-style-type: none"> • Immunocompétent : pas d'examen complémentaire • Immunodéprimé : PCR sur un prélèvement des lésions + débuter l'antiviral sans attendre les résultats
Encéphalite herpétique à HSV-1	<ul style="list-style-type: none"> • PCR sur liquide céphalorachidien à répéter 4 jours après le début des symptômes en cas de résultat négatif • Débuter l'antiviral sans attendre les résultats
Méningite récurrente lymphocytaire à HSV-2	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement non codifié en France
Atteinte oculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Avis spécialisé • PCR sur un prélèvement de cornée (kératite) ou humeur aqueuse (uvéite, rétinite) • Débuter l'antiviral sans attendre les résultats
Atteinte hépatite	<ul style="list-style-type: none"> • Avis spécialisé • PCR sur un prélèvement sanguin • Débuter l'antiviral sans attendre les résultats

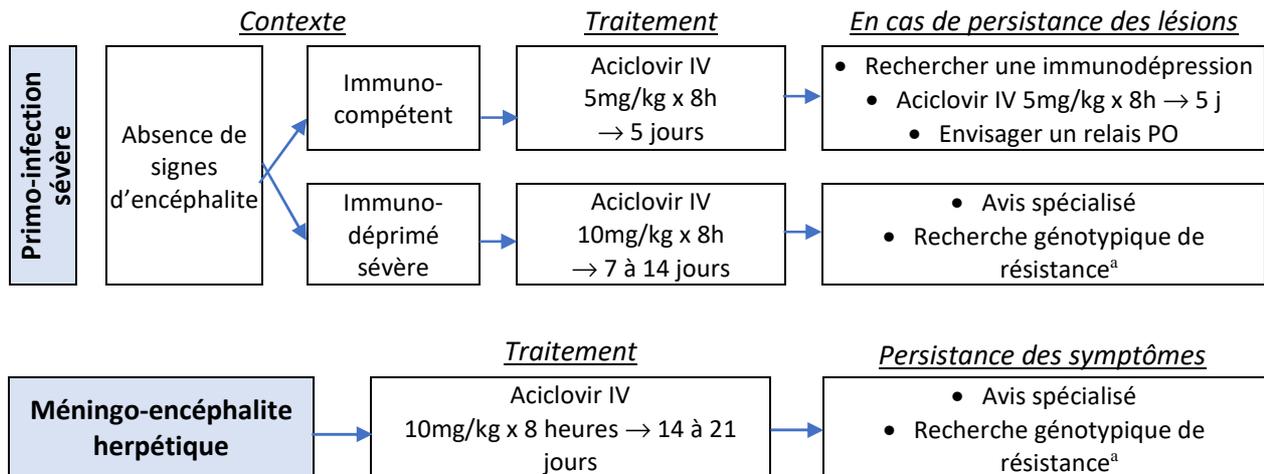
→ En cas de primo-infection herpétique génitale, un bilan complet d'IST bactériennes et virales est systématique : HIV, hépatite B, syphilis, Chlamydia/gonocoque...

Traitement curatif

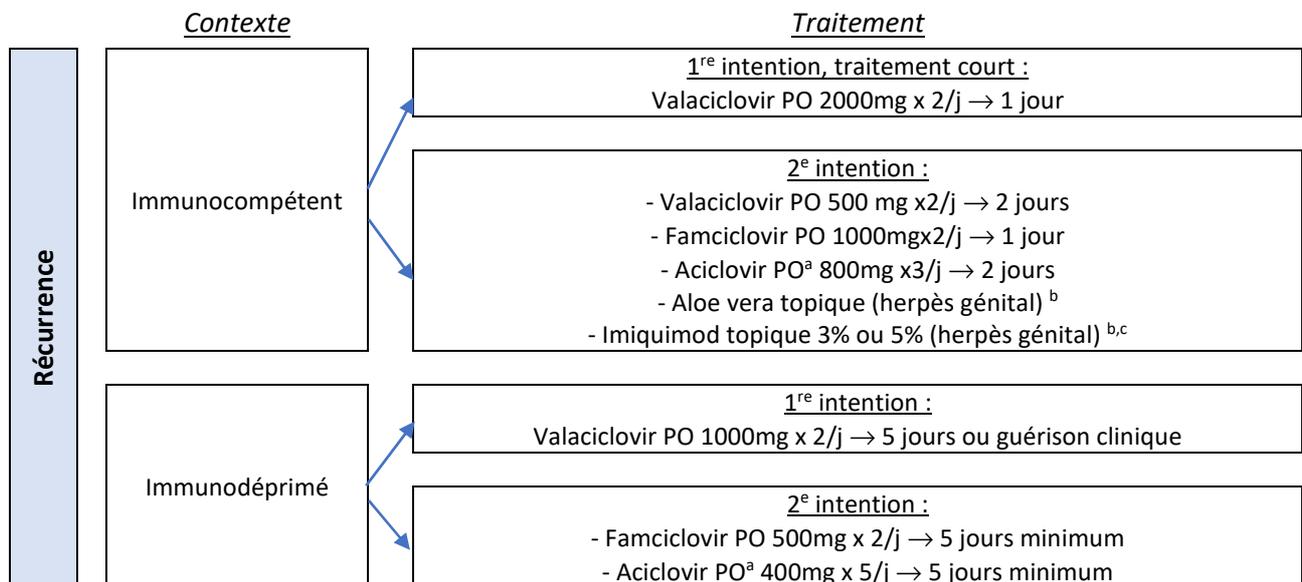
- Il repose sur un **antiviral** administré par voie orale (PO) ou intraveineuse (IV). Les antiviraux topiques n'ont plus de place en première intention sauf pour les kératites ou ils sont associés avec un antiviral par voie générale
- L'**hospitalisation** est recommandée en cas de forme sévère ou d'impossibilité de prise orale
- La présence de **signes neurologiques** faisant évoquer une méningoencéphalite et faire débuter un traitement antiviral sans délai



^a L'aciclovir PO présente une faible biodisponibilité, ^b Aloe vera ou imiquimod en cas d'herpes génital sur avis spécialisé, contre-indiqué chez la femme enceinte, ^c réalisée par un laboratoire spécialisé, ^d hors AMM (autorisation de mise sur le marché)



^a réalisée par un laboratoire spécialisé



^a L'aciclovir PO présente une faible biodisponibilité

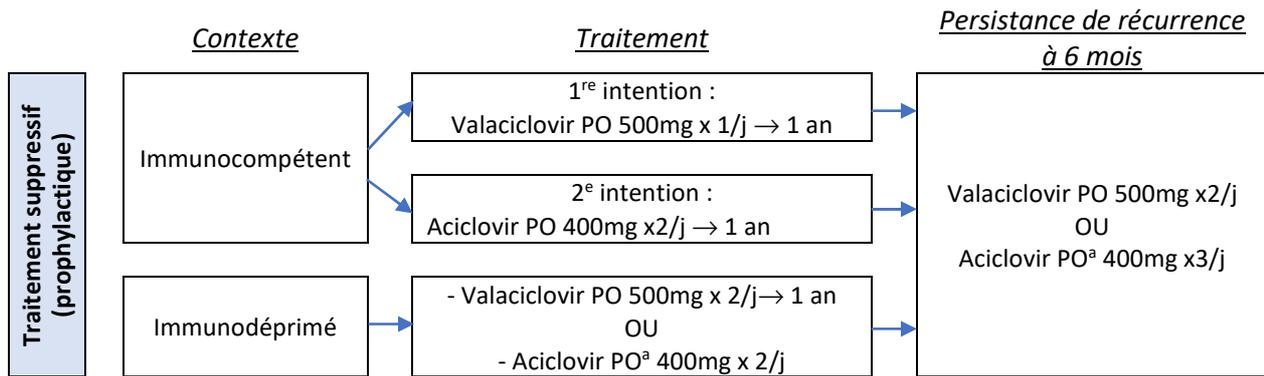
^b En cas d'herpes génital sur avis spécialisé, contre-indiqué chez la femme enceinte

^c L'imiquimod 1% a montré son efficacité, seuls les dosages à 3% et 5% sont disponibles en France, exposant à un risque d'effets secondaires plus important

Traitement suppressif (prophylaxie des récurrences)

Indications

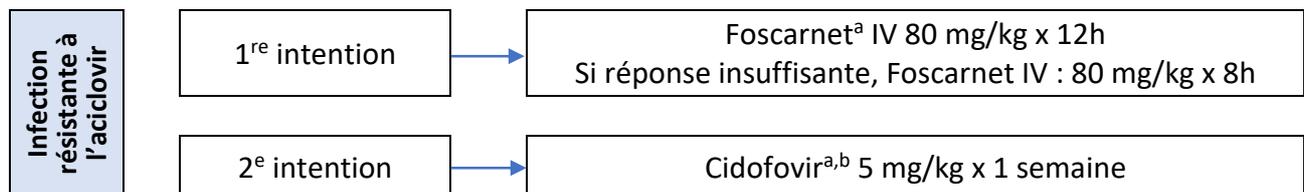
- Récurrences fréquentes et/ou sévères
- Retentissement important sur la qualité de vie et/ou impact psychologique
- Risque de transmission au(x) partenaire(s) (couples sérodiscordants)



^a L'aciclovir PO présente une faible biodisponibilité

Résistance des HSV aux antiviraux

- L'émergence de résistance des HSV aux antiviraux est exceptionnelle chez l'individu immunocompétent, elle est plus fréquente chez l'individu **immunodéprimé**
- La **recherche de résistance** est recommandée en l'absence d'amélioration des lésions ou persistance d'une charge virale positive sous traitement bien conduit **après avis spécialisé** (après au moins 7 jours de traitement bien conduit pour les herpès cutanéomuqueux). Elle est réalisée par des laboratoires spécialisés.
- La durée du traitement de seconde ligne est de 2 ou 3 semaines ou jusqu'à guérison des lésions



^a Foscarnet et cidofovir présentent une néphrotoxicité, ^b hors AMM