

HERPES GENITAL

Décembre 2025

Pr François Aubin

Résumé

Il s'agit d'une infection virale, sexuellement transmise (IST), fréquente au début de la vie sexuelle. Les premières infections sont souvent asymptomatiques : seules 25 % des personnes présentent des signes visibles au moment du premier contact.

Pouvant être longtemps cliniquement muette, elle peut se réveiller des années plus tard, provoquant des poussées ou la production de virus sans lésion visible au niveau génital qui peuvent transmettre l'infection.

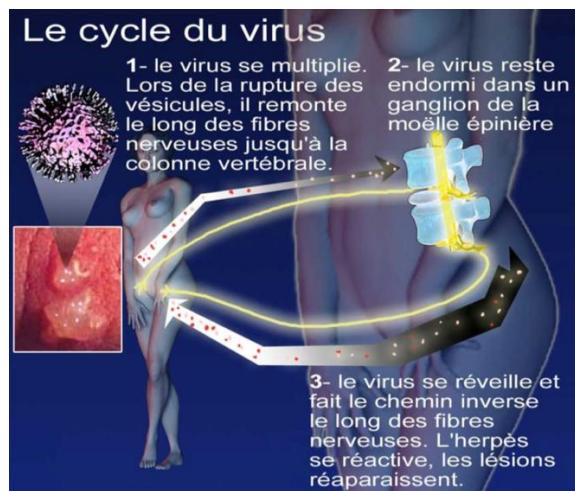
Elle présente des risques pour l'enfant au moment de l'accouchement.

Tout savoir sur l'herpès génital

L'herpès génital est une infection sexuellement transmissible, mal prévenue par le port du préservatif. Elle est relativement fréquente, notamment au début de la vie sexuelle. Il n'existe pas de risque de contamination indirecte, le virus étant très fragile en milieu extérieur.

1. L'herpès génital, qu'est-ce que c'est ?

L'herpès affecte en France environ 20 % de la population sexuellement active, et en particulier la tranche d'âge des 25-35 ans. La transmission du virus, l'herpès virus de type 2, se fait au cours d'un rapport sexuel avec un partenaire qui a des lésions actives et contagieuses, car contenant du virus. Le virus peut aussi être transmis en l'absence de lésions visibles, en raison de la présence intermittente de virus au niveau génital. Dans 50% à 90 % des cas la transmission se fait par un partenaire qui ne présente aucun symptôme, ni lésion apparente, au moment du rapport.



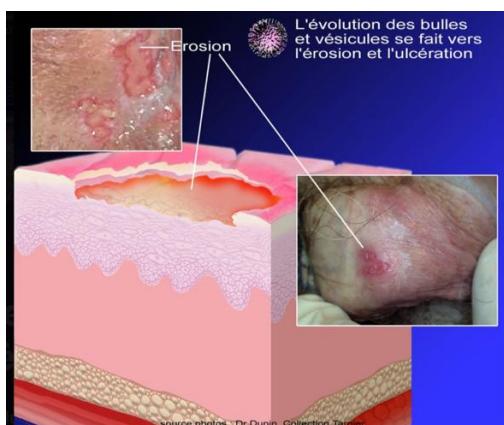
Qu'est-ce que la primo-infection herpétique ?

La primo-infection herpétique correspond au tout premier contact de l'organisme avec le virus de l'herpès.

Cette première infection est très souvent asymptomatique, ne s'exprimant par aucune lésion visible ou ressentie, et on ne s'en aperçoit alors pas (dans 75% des cas).

Lorsqu'elle la primo-infection est symptomatique, des lésions peuvent apparaître environ 5 à 10 jours après la contamination, soit au niveau de la peau, soit au niveau des muqueuses génitales. Elles se présentent alors sous forme de vésicules (voir illustration ci-dessus) ou de petites bulles douloureuses sur un fond rouge et inflammatoire. Les lésions sont très contagieuses.

La rupture de ces vésicules entraîne des ulcérations parfois très douloureuses qui guérissent sans séquelle en une huitaine de jours.



Chez la femme, ces lésions peuvent s'accompagner d'un œdème vulvaire très important, pouvant la gêner pour uriner ou même l'empêcher d'uriner. Il peut exister des ganglions dans les plis de l'aine (adénopathies inguinales), et parfois même de la fièvre. Quand elle s'exprime, cette primo-infection est donc très souvent assez bruyante et spectaculaire, en tout cas plus sévère que les épisodes de récidive qui pourront survenir par la suite.

Qu'est-ce que les récurrences herpétiques ?

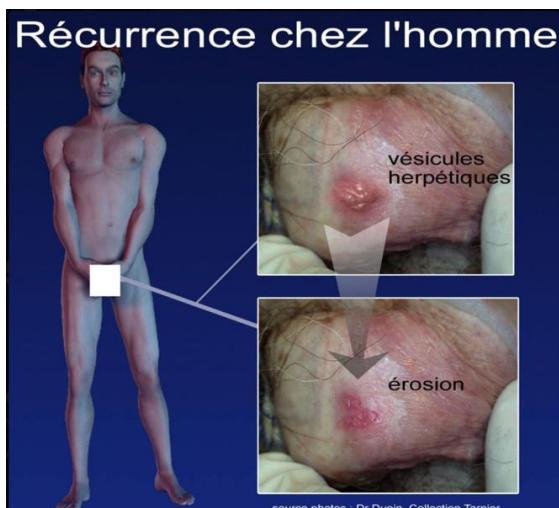
Le virus de l'herpès est capable de cheminer le long des nerfs pour aller se localiser dans un ganglion situé à proximité de la colonne vertébrale. Là, il reste inactif, comme endormi, et devient latent pendant une durée très variable, allant de quelques semaines à plusieurs années. Il peut même ne plus jamais se manifester. On ne sait pas aujourd'hui ce qui détermine la réactivation du virus. En revanche, on sait que les récurrences (ou récidives) sont plus fréquentes au cours de la première année suivant la primo-infection qu'au cours des années ultérieures.

Lors d'une récurrence, le virus migre de nouveau le long du nerf, mais cette fois en sens inverse, jusqu'aux cellules de la peau ou des muqueuses qu'il réinfecte. Réapparaissent alors les mêmes lésions, habituellement au même endroit que les poussées antérieures : de petites vésicules regroupées en « bouquet », puis des ulcérations. Ces lésions sont souvent moins intenses et moins nombreuses que lors de la primo-infection, et elles cicatrisent plus rapidement. Le virus peut aussi se réactiver et entraîner une excréption virale contagieuse sans symptôme.

Certains facteurs tels que le stress, la fatigue, une autre infection, une baisse de l'immunité ou des variations hormonales (comme les règles) peuvent favoriser ces récidives.

Juste avant la récidive, quelques symptômes annonciateurs, appelés prodromes, tels que des picotements ou des sensations de brûlure, peuvent être présents

Un des risques liés à l'herpès génital pendant la grossesse est la transmission du virus au nouveau-né au moment de l'accouchement par contact avec des lésions maternelles (vésicules ou ulcérations). Le risque pour l'enfant est alors de développer un herpès néonatal et même une infection du cerveau par le virus de l'herpès, qui peut être gravissime. Une prise en charge obstétricale par une équipe spécialisée doit être proposée à toute femme enceinte présentant une primo-infection (c'est-à-dire un premier contact avec le virus de l'herpès) ou une récurrence herpétique pendant la grossesse. Enfin toute ulcération génitale chez une femme enceinte doit faire suspecter un herpès génital même en l'absence d'antécédent.



2. Les causes de l'herpès génital

Le virus

L'herpès génital est dû à un herpès-virus appartenant à la grande famille des Herpesviridae, qui comprend plusieurs sous-familles. Dans celle-ci se trouvent notamment l'Herpès Simplex Virus de type 1 (HSV-1), l'Herpès Simplex Virus de type 2 (HSV-2) ainsi que le virus varicelle-zona (VZV).

Si l'HSV-1 était traditionnellement associé aux lésions herpétiques buccales et l'HSV-2 aux lésions génitales, mais on sait aujourd'hui qu'environ 20 % des herpès génitaux sont liés à l'HSV-1. Près de 50 % des primo-infections génitales sont désormais dues à l'HSV-1, probablement en lien avec l'augmentation des rapports bucco-génitaux depuis les années 1980. Les infections à HSV-1 semblent généralement moins récurrentes et un peu plus courtes que celles dues à HSV-2. Des doubles infections par HSV-1 et HSV-2 restent possibles, car il n'existe pas d'immunité croisée protectrice entre les deux types.

La transmission

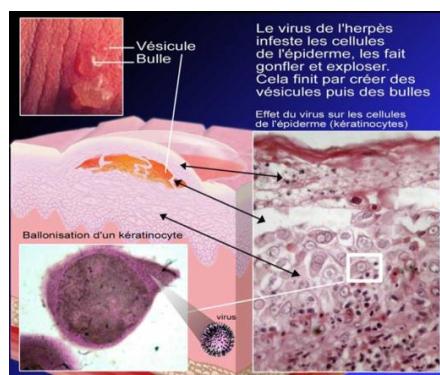
La transmission du virus se fait par contact direct de muqueuse à muqueuse, lors d'un rapport sexuel avec quelqu'un qui a des lésions actives, c'est-à-dire contenant des virus, ou avec quelqu'un qui ne présente pas de lésions mais libère du virus dans ses sécrétions génitales. Le virus infeste alors les cellules superficielles de l'épiderme (kératinocytes) ou des muqueuses.

Le risque de transmission est maximal pendant une poussée ou en période de "prodromes" (picotements, brûlures annonciatrices).

Cependant, la transmission reste possible en dehors des poussées, du fait de l'excrétion virale asymptomatique.

Le préservatif réduit le risque de transmission mais ne protège pas totalement, car certaines lésions ou zones d'excrétion peuvent se situer en dehors de la zone couverte.

Ce virus est毒ique pour les cellules épidermiques et entraîne leur ballonisation, c'est-à-dire leur gonflement. Les cellules se nécrosent et se transforment alors en vésicules ou en bulles puis en ulcérations ou érosions.



Le risque de contamination est d'autant plus élevé que les lésions sont à un stade précoce. En d'autres termes, les vésicules et les bulles sont plus contagieuses que les ulcérations, les croûtes ou les cicatrices. Ce sont donc les vésicules et les bulles qui sont les lésions les plus contagieuses car elles contiennent beaucoup de virus.

3. Quels examens pour l'herpès génital ?

La recherche du virus au laboratoire peut être nécessaire en cas de doute diagnostique

Le diagnostic d'herpès génital sur le simple aspect des lésions est parfois difficile. En cas de doute, il peut être utile de réaliser un prélèvement au niveau des lésions, qui apportera une confirmation diagnostique.

Le diagnostic de l'herpès génital est avant tout clinique, c'est-à-dire basé sur l'examen des lésions par un médecin expérimenté. Cependant, ce diagnostic n'est pas toujours simple, et une confirmation microbiologique est recommandée au moindre doute. Il est possible d'effectuer une mise en culture du virus prélevé au niveau des lésions, idéalement des vésicules ou bulles riches en virus, ou à défaut de l'ulcération ou de la croûte. Le résultat est obtenu en 48 heures.

Aujourd’hui, la technique de référence est la PCR, qui recherche l’ADN viral à partir d’un prélèvement de vésicule ou d’ulcération. Elle est plus sensible et plus spécifique que la culture, et permet d’identifier le type viral (HSV-1 ou HSV-2).

Aucun intérêt des examens sanguins

La réalisation d’une prise de sang à la recherche d’une sérologie positive à l’herpès virus n’a pas d’intérêt pour diagnostiquer un herpès génital. En effet, la sérologie ne permet ni de dater l’infection, ni de déterminer précisément si les lésions observées sont liées à HSV. Elle peut avoir un intérêt épidémiologique, c’est-à-dire pour évaluer la circulation du virus dans une population, mais pas pour poser un diagnostic clinique.

Rechercher d’éventuelles autres maladies sexuellement transmissibles associées

La présence d’un herpès génital, qui est une infection sexuellement transmissible, doit conduire à rechercher d’autres IST pouvant être associées. Il est donc important que le médecin examine l’ensemble de la région génitale et propose un dépistage adapté : recherche de Chlamydiae (analyse du premier jet urinaire chez l’homme, prélèvement par écouvillon au niveau du col de l’utérus chez la femme), ainsi qu’une prise de sang pour dépister le VIH, la syphilis et l’hépatite B.

4. Les traitements de l’herpès génital

Selon les recommandations actualisées de la HAS de 2024 concernant la prise en charge thérapeutique de l’herpès génital :

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3562501/fr/prise-en-charge-therapeutique-du-patient-atteint-d-herpes-genital

Il existe des médicaments antiviraux contre l’herpès génital. Ces traitements sont efficaces pour diminuer la durée des symptômes, réduire l’intensité des douleurs et raccourcir la durée d’excrétion virale.

Ils n’éliminent pas définitivement le virus, mais permettent de mieux contrôler les épisodes.

Le traitement dépend de la situation clinique : primo-infection, récurrence, ou prévention des poussées fréquentes.

Aucun intérêt des traitements locaux

Les traitements locaux quels qu’ils soient (crèmes antivirales) n’ont jamais démontré leur efficacité.

Bien qu’ils soient régulièrement utilisés, aucune étude scientifique n’a à ce jour démontré leur intérêt, ni sur la durée de l’épisode, ni sur la prévention des récidives.

Traitements de la première poussée (primo-infection)

La première infection par l’herpès génital est en général plus longue, plus douloureuse et plus gênante que les poussées suivantes. C’est pour cette raison qu’un traitement antiviral est systématiquement recommandé, afin de réduire la durée des symptômes.

En France, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2024) préconisent un traitement antiviral sur une durée courte de 5 jours, afin de favoriser la prise correcte et complète du médicament.

Cependant, les nouvelles recommandations européennes soulignent que, dans la pratique, une durée de 5 jours peut parfois être insuffisante, en particulier lors de la première poussée. Elles recommandent un traitement d'au moins 7 jours, afin d'obtenir une meilleure efficacité clinique.

Ainsi, chez l'adulte immunocompétent en primo-infection le traitement recommandé est :

- 1re intention : valaciclovir 500 mg 2 fois par jour pendant 5 jours (pouvant être prolongé jusqu'à 7 jours).
- 2e intention : aciclovir 200 mg 5 fois par jour pendant 5 jours (pouvant être prolongé jusqu'à 7 jours).

Chez la femme enceinte : même schéma que chez l'adulte immunocompétent.

Chez l'immunodéprimé non sévère vivant avec le VIH ($CD4 > 200/\text{mm}^3$) : même schéma également.

Chez l'immunodéprimé sévère la dose et la durée du traitement seront majorés.

Traitements des récidives

Les récidives sont en général plus courtes et moins intenses.

Le traitement doit être débuté le plus tôt possible, idéalement dès les premiers signes cliniques. La HAS recommande également des traitements plus courts qu'auparavant sur 3 jours.

Intérêt d'un traitement préventif

Un traitement antiviral préventif, pris au long cours, peut être proposé afin de réduire la fréquence des poussées, leur intensité, et le risque de transmission au partenaire.

Selon les recommandations françaises, ce traitement est classiquement indiqué chez les personnes présentant plus de 4 à 6 poussées par an, notamment lorsque le retentissement sur la qualité de vie est important et/ou en raison du risque de transmission au partenaire.

Les nouvelles recommandations européennes apportent cependant une évolution importante puisque le traitement préventif peut désormais être proposé quel que soit le nombre de récidives annuelles, même en dessous de 6 épisodes par an, dès lors qu'un bénéfice est attendu pour le patient (confort, anxiété, vie intime, prévention de la transmission).

La dose exacte dépend de l'antiviral prescrit et est adaptée au nombre de poussées habituellement observées sur une année.

Il s'agit le plus souvent d'un traitement à prendre une fois par jour pendant 6 à 12 mois. Ce type de traitement permet de réduire de façon notable le nombre d'épisodes, l'excrétion virale et ainsi le risque de transmission. En revanche cela ne permet pas d'éliminer définitivement le virus qui reste malgré tout latent dans les ganglions nerveux.

Rapports protégés

Au cours des poussées, il est recommandé d'utiliser un préservatif tant que subsistent les lésions afin de limiter les risques de contamination du partenaire. La protection n'est toutefois pas totale, notamment en cas de localisations cutanée ou vulvaire des lésions.

Quels conseils suivre ?

Démystifier l'herpès génital

L'herpès génital est une infection sexuellement transmissible, mal prévenue par le port du préservatif. Il n'existe pas de risque de contamination indirecte, le virus étant très fragile en milieu extérieur. Des précautions doivent être prises au cours de la grossesse, car il existe un danger en cas de contamination de l'enfant pendant l'accouchement.

Le virus peut rester endormi et ne se manifester qu'après des années

La survenue d'un herpès génital au sein d'un couple stable ne doit pas nécessairement faire suspecter un rapport extraconjugal. En effet, l'herpès a pu être contracté il y a très longtemps, au début de la vie sexuelle d'un individu, être resté latent, c'est-à-dire endormi, pendant des années, et resurgir inopinément, des années plus tard, à la faveur d'un stress, d'une fatigue, d'une autre infection ou même parfois sans aucune raison...

Le préservatif ne protège pas totalement de l'herpès

Le préservatif évite la contamination au contact des lésions situées sur les muqueuses couvertes par celui-ci ou à partir des sécrétions génitales chez quelqu'un ne présentant pas de symptômes, mais pas la contamination par les lésions cutanées ou vulvaires.

Le port du préservatif est recommandé en cas de lésion visible, lors des poussées.

L'herpès ne s'attrape pas n'importe où, ni n'importe comment

Le virus de l'herpès est un virus fragile, qui ne vit que très peu de temps en dehors de son hôte. Il n'existe donc pas de risque de transmission indirecte dans les piscines ou par le siège des toilettes. La contamination ne s'effectue que par un contact direct, intime, et prolongé.

Quelques mesures à prendre en cas de grossesse

Un des risques liés à l'herpès génital pendant la grossesse est la transmission du virus au nouveau-né au moment de l'accouchement par contact avec des lésions maternelles (vésicules ou ulcérations). L'herpès néonatal peut être grave et nécessiter une prise en charge urgente. Une prise en charge obstétricale par une équipe spécialisée doit être proposée à toute femme enceinte présentant une primo-infection (c'est-à-dire un premier contact avec le virus de l'herpès) ou une récurrence herpétique pendant la grossesse. Un traitement antiviral préventif (aciclovir ou valaciclovir) peut être recommandé en fin de grossesse pour réduire le risque de poussée au moment de l'accouchement et une césarienne sera alors discutée au cas par cas.