

L'herpès génital chez la femme

où en sommes-nous ?

par Louise Charest
et Marc Steben

L'INCIDENCE MONDIALE DE L'HERPÈS GÉNITAL (HG) augmente, et cette infection ne frappe plus uniquement les groupes dits « à risque ». En conséquence, vous serez amenés à voir un plus grand nombre de patients souffrant d'herpès. Puisque ce n'est pas un diagnostic toujours facile à poser, encore moins à annoncer, nous vous proposons de revoir de façon pratique les éléments clés d'une prise en charge optimale de l'HG, soit :

- les modes de transmission ;
- le diagnostic ;
- le choix du traitement approprié ;
- le *counselling*, qui devrait être fait au moment où vous annoncez le diagnostic et par la suite.

Épidémiologie

L'HG est dû au virus *Herpes simplex* de type 1 (VHS-1) ou de type 2 (VHS-2). Classiquement, c'est surtout le VHS-2 qui était décelé au niveau génital. Le VHS-1 n'était présent qu'au niveau orolabial, donnant les « feux sauvages ». On estime que depuis la dernière décennie, chez la femme, le VHS-1 est responsable de 25 à 75 % des primo-infections, alors qu'on ne diagnostiquait que 15 % des cas il y a 10 ans¹. Ce fait serait attribuable à une plus grande fréquence des relations orogénitales. Le VHS-1 au niveau génital peut être d'origine génitale même, mais le plus souvent, il est d'origine orolabiale. Par ailleurs, le VHS-2 infecte presque exclusivement la sphère génitale². **Le mode de transmission orogénital est encore peu connu de la population.** Il nous semble donc pertinent d'inclure dans

La D^e Louise Charest, omnipraticienne, est médecin-conseil à la Direction de la santé publique de Québec et clinicienne au CLSC Basse-Ville de Québec. Le D^r Marc Steben, omnipraticien, est médecin-conseil à la Direction de la santé publique de Montréal et à l'Institut national de santé publique du Québec. Il pratique également à la Clinique de l'Ouest de Verdun et à la Clinique des maladies de la vulve du CHUM, à Montréal.

l'évaluation des infections transmises sexuellement (ITS) une question comme : « Souffrez-vous, ou votre partenaire souffre-t-il d'HG ou de feux sauvages ? » Une telle question permet d'amorcer les discussions sur les modes de transmission génital-génital ou orogénital de l'HG.

L'HG est-il fréquent ?

Dans les pays industrialisés, l'HG est la principale cause des ulcérations génitales. Au Canada, on estime qu'une personne sur cinq en est infectée³. À l'heure actuelle, l'HG est le plus souvent diagnostiqué chez les femmes de 25 à 35 ans, et l'incidence semble augmenter chez les adolescentes. La fréquence est proportionnelle au nombre de partenaires sexuels.

Transmission

Il est juste de penser que la transmission se fait lorsque des lésions sont présentes. Cependant, la majorité des patients conscients de leurs lésions évitent les contacts pendant cette période. Il en résulte que, **en pratique, la transmission se produit le plus souvent entre les récidives, soit lors de la période d'excrétion virale asymptomatique.** Le taux de transmission est d'environ 10 % par année chez les couples discordants⁴. Une infection antérieure par le VHS-1 assure une certaine protection contre l'infection par le VHS-2 génital en la retardant ou en diminuant ses manifestations. Les lésions herpétiques constituent aussi une bonne porte d'entrée pour le VIH. Par ailleurs, un patient infecté en même temps par le VIH et l'HG peut transmettre plus facilement le VIH par ses lésions herpétiques.

Tableau clinique

L'HG est sous-diagnostiqué. Il est reconnu que les patients qui reçoivent un tel diagnostic ne représentent que 20 % de l'ensemble des sujets infectés. Pourtant, la majorité des personnes infectées manifestent des symptômes. Il semble que le caractère bénin des lésions, en termes de durée ou d'intensité, n'incite pas les patients à consulter.



Photo 1. Primo-infection.

Source : M. Steben. Reproduction autorisée.

Par ailleurs, si le patient ne consulte pas rapidement un médecin, le diagnostic ne peut être posé. Il faut également noter que, souvent, le tableau clinique ne correspond pas au tableau classique de « bouquets » de vésicules ou d'ulcères, de sorte que le médecin ne le reconnaît pas. Enfin, un autre 20 % des patients sont des porteurs asymptomatiques et n'auront aucune manifestation, ce qui ne les empêchera pas d'être, eux aussi, contagieux à l'occasion.

La patiente peut consulter lors d'une des phases suivantes :

- initiale : primaire (primo-infection) ou non primaire ;
- latence ;
- récurrence : typique ou atypique ;
- excrétion virale asymptomatique.

Infection initiale primaire (photo 1)

Il s'agit d'une première manifestation clinique chez une patiente qui n'est pas porteuse d'anticorps VHS (1 ou 2). L'incubation dure de deux à quatre semaines. La personne atteinte peut être affectée par des symptômes systémiques de type viral tels que les malaises, la fièvre, les céphalées et les myalgies. Au niveau génital, on note la présence, bilatéralement, d'un grand nombre de vésicules et d'ulcères douloureux, ainsi que des adénopathies. La durée moyenne de l'excrétion virale, soit le laps de temps qui s'écoule entre l'apparition des lésions et l'élimination totale du virus, est d'environ 12 jours (excluant le prodrome).

Complications

- Dysurie par contact avec la vulve ou par infection herpétique de l'urètre ;
- Cellulite par surinfection ;
- Cervicite (lors d'une primo-infection due au VHS-2,

on peut constater une cervicite généralement ulcéreuse dans 70 à 90 % des cas) ; l'examen à l'aide du spéculum est déconseillé parce que, à ce stade, on risque de favoriser la propagation locale des lésions, et surtout parce que cet examen serait trop douloureux ;

- Vaginite à *Candida* concomitante, chez plus de 10 % de ces patientes⁴ ;
- Pharyngite symptomatique, chez 20 % des patientes ;
- Symptômes neurologiques (par exemple, myélite transverse : il faudrait rapidement adresser ces patientes à un neurologue).

Le virus survit difficilement à l'air libre. Cependant, il est bon de rappeler à la patiente qu'elle doit éviter tout contact avec ses yeux si elle a touché ses lésions. Une hygiène de base suffit. Lors d'une infection primaire, le diagnostic est clinique. Un test d'identification virale, comme la culture virale, vient confirmer le diagnostic et nous donne le type, ce qui nous aidera lors du *counselling*.

À tous les stades cliniques, il est impossible de distinguer à l'examen visuel une infection associée au VHS-1 d'une infection associée au VHS-2.

Il faut amorcer le traitement immédiatement, sans attendre les résultats du test. On informera la patiente que les symptômes, surtout systémiques, devraient s'atténuer dans les 48 heures. Dans le cas contraire, elle devrait consulter de nouveau. On lui conseillera également de prendre rendez-vous la semaine suivante. À cette occasion, on devrait revoir sa réaction émotionnelle et sa compréhension des autres phases de l'infection (latence, excrétion asymptomatique, récurrence, prodrome). On devrait également lui parler des choix de traitements, aborder la question du suivi, l'inciter à informer son partenaire du fait qu'elle est infectée, et répondre à ses questions. Enfin, lors de cette consultation, on pourrait aussi procéder au dépistage des autres ITS, selon les facteurs de risque et la période fenêtre propre à chaque ITS.

Infection initiale non primaire

Il s'agit d'une première manifestation d'HG chez des personnes possédant des anticorps (généralement contre le VHS-1). Sur le plan clinique, on peut constater que les symptômes systémiques sont rares, et les lésions bilatérales moins nombreuses que lors d'une infection initiale primaire.

Latence

La latence, soit le laps de temps qui s'écoule entre deux

manifestations du virus, peut durer de quelques semaines à quelques années. Pendant cette période, le virus siège au niveau du ganglion de la racine sensitive S2 ou S3. La durée de la période de latence dépend de l'équilibre qui s'installe entre le système immunitaire et le virus. Grâce aux explications données au sujet de cet équilibre, on peut aider la patiente à se prendre en charge, sans la culpabiliser.

Récidive typique (photo 2)

La majorité des patientes consultent le médecin pour la première fois lors d'une récidive. Souvent, la patiente nous demande : « Depuis quand suis-je infectée ? » La réponse est inconnue.

Habituellement, les lésions se présentent sous forme de bouquets de vésicules ou d'ulcères sur un fond érythémateux, s'accompagnant occasionnellement d'adénopathies inguinales. La période moyenne d'excrétion virale est de cinq jours. Les symptômes systémiques sont très rares. Chez la majorité des patientes, le prodrome prend la forme de picotements, de prurit, de brûlures ou de névralgie le long du dermatome sacré. Généralement parlant, ce sont toujours les mêmes symptômes qui annoncent la récidive, et si la patiente sait les reconnaître, elle pourra amorcer dès lors le traitement.

Les récidives dépendent du type de virus et de la durée de la maladie. Elles sont plus fréquentes dans le cas du VHS-2 que du VHS-1. Ainsi, durant la première année, 38 % des patientes infectées par le VHS-2 auront plus de six récidives, et 20 % même plus de dix. Comparativement, seulement 5 % des personnes infectées par le VHS-1 connaîtront plus de quatre récidives au cours de la première année⁴. La fréquence et la durée des récidives diminuent avec le temps.

Jusqu'ici, nous avons décrit les manifestations classiques de l'herpès génital, et dans ce cas, le médecin devrait reconnaître les lésions. Par contre, un certain nombre de patientes ont des lésions « atypiques ».

Récidive atypique

Les lésions peuvent être atypiques sur le plan du lieu d'apparition et de l'apparence.

Lieu d'apparition atypique. Le virus peut apparaître ailleurs sur le trajet du dermatome. Prenons l'exemple d'une patiente dont les lésions sont toujours apparues sur la vulve et qui, cette fois-ci, vous consulte à cause d'une lésion présente sur une fesse. Dans ce cas, il peut s'agir du même virus ou, très rarement, d'une nouvelle infection. En fait, le



Photo 2. Récidive typique d'HG.

Source : M. Steben. Reproduction autorisée.

principe est simple : cette fois-ci, au lieu de migrer vers l'extrémité axonale habituelle, le virus s'est arrêté sur une autre terminaison de la racine sensitive. On peut aussi observer des lésions de cervicite, de proctite ou d'urétrite.

Apparence atypique. Parfois, un seul ulcère est présent ; d'autres fois, il est plutôt allongé, ou alors il prend la forme d'une courte fissure ou encore d'une rougeur^{4,5}.

Excrétion virale asymptomatique (EVA)

L'EVA se définit par la présence du virus sur une surface muqueuse ou cutanée en l'absence de symptômes. Tout comme pour les autres phases, il faut rester vigilant : l'infection n'est pas localisée. **L'excrétion se fait par une multitude de foyers de la région anogénitale.** Chez la femme, on peut ainsi retrouver le virus au niveau de la vulve, du col ou de la région périnéale. Chez l'homme hétérosexuel, on trouve surtout le virus au niveau du pénis et, accessoirement, au niveau de la région périnéale et de l'urètre. C'est la raison pour laquelle le condom protégerait peut-être davantage la femme que l'homme⁶.

Les facteurs qui peuvent prédire l'EVA sont :

- le temps écoulé depuis que le VHS a été contracté (l'EVA est plus fréquente la première année) ;
- le type de virus (le VHS-2 plus souvent que le VHS-1) ;
- le taux annuel de récidives (l'EVA est plus importante juste avant et après une récidive).

En moyenne, après la première année, la fréquence d'EVA mesurée par culture virale est de 1 à 2 % des jours sans lésion, ce qui équivaut à quatre à huit jours par année⁷.

Diagnostic différentiel de l'herpès

Dans les pays industrialisés, l'HG représente la principale

cause d'ulcérations génitales. Cependant, il est important d'exclure les autres causes possibles, telles que :

- les lésions dermatologiques (par exemple, lichen simple, candidose) ;
- les lésions traumatiques ;
- la syphilis, le chancre mou, le lymphogranulome vénérien ;
- une allergie à des préparations topiques ou à des produits de soins corporels ou génitaux ;
- une maladie immunitaire : maladie de Crohn, de Behçet.

Épreuves de laboratoire

Le diagnostic de l'herpès génital est confirmé par un test d'identification virale. Les tests disponibles actuellement sont :

- la culture virale ;
- la sérologie spécifique de type.

La **culture virale** est le test le plus couramment utilisé. En fait, il est recommandé que tout diagnostic clinique soit confirmé par une culture, car elle peut, en plus, renseigner sur le sous-type. L'échantillon doit être prélevé sur une lésion humide et suintante et placé dans un milieu de Hanck ou semi-solide (la « culturette » virale). Il doit être gardé au réfrigérateur et rapidement transporté sur glace. Les médecins n'ont qu'à suivre les directives du laboratoire de leur région. La culture virale a cependant certaines limites, dont les suivantes :

- si l'échantillon est prélevé sur une vésicule, on pourra mieux identifier le virus (93 %) que s'il est prélevé sur un ulcère (72 %) ou sur une lésion croûteuse (27 %) ⁸ ;
- lors de l'infection initiale, la quantité de virus est plus importante que lors d'une récurrence ;
- la patiente ne doit pas être sous traitement ;
- les conditions de transport peuvent également modifier les résultats.

Il faut noter qu'un résultat négatif ne signifie pas que l'HG n'est pas présent.

Certains centres spécialisés et laboratoires privés offrent des **sérologies spécifiques de type**. Actuellement, ces tests ne sont pas fournis gratuitement par le système public, et la patiente doit les payer entre 60 et 115 \$. Plusieurs assurances privées couvrent ce test. Il y a au moins deux techniques utilisées : 1) le test Western Blot, qui a une sensibilité et une spécificité de plus de 98 % pour distinguer les anticorps contre le VHS-1 des anticorps contre le VHS-2 ; 2) l'ELISA est plus facile à exécuter, techniquement parlant, que le Western Blot, et a une sensibilité et une spécificité de 95 % et 96 % pour le VHS-1, et de 97 % et 98 %

pour le VHS-2⁷. L'ELISA ne permet de détecter que les anticorps de type IgG. Il n'y a donc aucun avantage à demander un test de sérologie lors d'une infection primaire.

La sérologie spécifique ne remplace pas la culture virale et, actuellement, il n'y a pas de consensus quant à son utilité. Par contre, on la recommanderait pour exclure le VHS en présence d'une lésion suspecte, dont la mise en culture lors d'au moins deux poussées à des temps différents a donné des résultats négatifs malgré des conditions optimales de prélèvement.

Le test sérologique non spécifique de type n'est utile que pour exclure l'HG, si le résultat est négatif, six semaines après une manifestation clinique évocatrice d'HG. Il faut se souvenir qu'un résultat positif indique que la patiente a déjà eu un contact avec le VHS, qu'il s'agisse du VHS-1 ou du VHS-2. Or, bon nombre d'adultes, même à leur insu, ont été en contact avec l'herpès orolabial en bas âge et n'auront peut-être même pas de feux sauvages. Donc, un résultat positif pourrait être mal interprété, et la patiente risque de quitter votre cabinet certaine d'être atteinte d'HG, et souffrir de toutes les conséquences sociopsychologiques qu'un tel diagnostic peut entraîner. Il n'est à toutes fins utiles jamais recommandé.

Dépistage

Le sérodiagnostic de l'herpès n'a pas sa place dans le dépistage des ITS. Les critères d'utilisation d'un test de dépistage dans une population sont, entre autres, sa sensibilité, sa spécificité et sa valeur prédictive positive (VPP). Or, la prévalence élevée de l'HG ou de l'herpès orolabial dans la population générale affecte sa VPP. Autrement dit, un test sérologique effectué chez une patiente exposée à un faible risque peut donner un résultat faussement positif. De plus, avant de demander ce test, il faut aussi prendre en compte des facteurs tels que les répercussions psychologiques, l'absence de traitement « curatif » et les coûts pour le système de santé. Sans qu'il y ait de consensus en la matière, selon les experts, la sérologie spécifique de type pourrait être utile pour la femme enceinte sans antécédents d'herpès dont le partenaire est porteur d'HG.

Options thérapeutiques

Les traitements symptomatiques (bains, compresses, analgésiques) s'ajoutent au traitement pharmacologique (*tableau*). L'acyclovir est utilisé depuis près de 20 ans, mais, compte tenu de la fréquence des prises, on a tendance à le prescrire de moins en moins souvent. Le valacyclovir est

un précurseur de l'acyclovir, et sa biodisponibilité est plus élevée. Le famciclovir est un précurseur du penciclovir. Actuellement, plusieurs vaccins font l'objet d'études, sans qu'on ait encore pu démontrer leur efficacité. Aucun ne sera lancé sur le marché dans un proche avenir. Les immunomodulateurs comme le resiquimod constituent une nouvelle classe de médicaments expérimentaux. Les résultats préliminaires sont intéressants mais, dans leur cas également, il faudra attendre quelques années encore.

Les objectifs du traitement sont de diminuer les symptômes et le risque de transmission ainsi que d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes. En cas de récurrence, trois options s'offrent à la patiente : le traitement de la récurrence, le traitement suppressif ou l'absence de tout traitement.

Le traitement de la récurrence devrait être entrepris le plus rapidement possible, dès le début du prodrome. En effet, dans un tiers des cas, un traitement amorcé en début de prodrome peut même faire avorter la récurrence⁴. Habituellement, la durée d'un tel traitement est de cinq jours. Cependant, une étude portant sur 800 patients n'a révélé aucune différence d'efficacité entre un traitement au valacyclovir de 500 mg deux fois par jour pendant trois jours comparativement à un traitement à la même dose pendant cinq jours pour ce qui est de la durée et de l'intensité des symptômes⁹.

Le traitement suppressif devrait être envisagé en fonction de divers facteurs, dont le nombre de récurrences par année, la gravité des lésions et les répercussions psychologiques sur la patiente. Son efficacité n'est pas de 100 %. Le traitement peut être donné en continu pendant quelques semaines ou une plus longue période, selon les besoins de la patiente (nouveau partenaire, période de stress, etc.). Auparavant, certains auteurs suggéraient d'arrêter le traitement après un an, mais en pratique, il faut revoir la patiente après ce laps de temps pour réévaluer ses besoins. La prise de médicaments par les femmes en âge de procréer nous inquiète. À ce jour, on n'a noté aucun excédent d'anomalie congénitale. Par contre, si la patiente envisage une grossesse, il est recommandé d'arrêter le traitement, mais il faudrait juger chaque cas individuellement, selon les facteurs qui nous ont incité à le prescrire. Par ailleurs, il faudrait opter pour la même démarche si la patiente qui suit un traitement suppressif est enceinte.

Herpès néonatal

On note une fréquence accrue de cas aux États-Unis. Une

T A B L E A U

Traitement antiviral de l'HG*

Infection initiale (traitement de 5 à 10 jours)

- Acyclovir (Zovirax[®]) 400 mg, 3 fois/jour (de 28,50 à 51,60 \$)
- Valacyclovir (Valtrex[®]) 1000 mg, 2 fois/jour (de 60,40 à 120,80 \$)
- Famciclovir (Famvir[™]) 250 mg, 3 fois/jour (de 51 à 102 \$)

Récidive

- Acyclovir (Zovirax[®]) 200 mg, 5 fois/jour, pendant 5 jours (21,75 \$)
- Valacyclovir (Valtrex[®]) 500 mg, 2 fois/jour, pendant 3 à 5 jours (de 18 à 30 \$)
- Valacyclovir (Valtrex[®]) 1000 mg, 1 fois/jour, pendant 5 jours (30 \$)
- Famciclovir (Famvir[™]) 125 mg, 2 fois/jour, pendant 5 jours (25,30 \$)

Traitement suppressif

- Acyclovir (Zovirax[®]) 400 mg, 2 fois/jour (1300 \$/année)
- Valacyclovir (Valtrex[®]) 500 mg, en une ou deux doses par jour (1100 \$/année)
- Valacyclovir (Valtrex[®]) 1000 mg, en une ou deux doses par jour, dans le cas de plus de 10 récurrences par année (2200 \$/année)
- Famciclovir (Famvir[™]) 250 mg, 2 fois/jour (2500 \$/année)

* Les prix sont tirés de la Liste des médicaments de la RAMQ, janvier 2002.

N.B. Les traitements topiques d'antiviraux sont très peu efficaces et ne devraient plus être utilisés.

étude de surveillance active est actuellement menée au Canada par le réseau de surveillance de l'Association pédiatrique du Canada. Le risque de transmission de l'herpès de la mère à l'enfant est de :

- 50 % si la primo-infection est contractée pendant le troisième trimestre ;
- 2 % s'il y a récurrence lors de l'accouchement par voie vaginale ;
- 0,02 % en cas d'EVA lors de l'accouchement.

Actuellement, la césarienne est réservée aux cas où des lésions actives sont présentes au début du travail ou si la patiente signale un prodrome. À cause de l'EVA, la césarienne ne permet pas de prévenir la transmission dans tous les cas.

Recommandations lors de la grossesse

Dans le cas d'une patiente non infectée dont le partenaire est porteur, si l'herpès se manifeste au niveau :

- orolabial, il faut éviter les relations orogénitales ;
- génital, il faut utiliser un condom et envisager de donner

un traitement suppressif au partenaire.

Si la patiente et son conjoint sont infectés, il n'y a aucun problème s'il s'agit du même type de virus.

Dans les deux cas, une sérologie spécifique de type pourrait être envisagée.

Conséquences psychosociales

Au moment où elle reçoit le diagnostic, la patiente est souvent sous le choc. On peut facilement imaginer ce que peut ressentir une femme qui consulte pour des lésions à la vulve, pensant qu'elle souffre peut-être d'une vaginite, et à qui l'on apprend qu'elle a l'HG, donc une ITS, ce qui ébranle parfois le couple. De plus, la patiente sait que l'HG est une maladie chronique. **Quatre-vingt-deux pour cent des patientes souffriront de dépression ; 75 % auront peur du rejet, et 69 % s'isoleront. Même après un an, 50 % des patientes souffriront encore de dépression¹⁰.** La patiente craint la transmission pendant l'EVA, les effets possibles de l'infection sur la grossesse et d'être jugée ou rejetée par son partenaire, et même par le médecin. Les problèmes d'ordre sexuel font partie des séquelles psychologiques. Un grand nombre de patientes s'isoleront et s'abstiendront de tout rapport sexuel. On comprend donc facilement qu'il est important de donner un *counselling* adéquat, de dédramatiser les faits. Au besoin, le médecin ne doit pas hésiter à orienter la patiente vers un psychologue ou un sexologue expérimenté. Par ailleurs, comme il est essentiel que le partenaire soit informé, le médecin peut aider la patiente dans cette démarche. Dans certaines régions, il existe également des groupes de soutien.

Les patientes disposent de plusieurs ressources :

- Ligne Info-santé de leur territoire ;
- Dépliant du ministère de la Santé et des Services sociaux ;
- Dépliants publiés par les laboratoires pharmaceutiques ;
- Réseau national de soutien : 1 888 426-9555 ;
- Ruban en route : (514) 855-8995 ;
- Sites Internet : www.ihmf.org ; www.herpes.org.nz ; www.herpesalliance.org (liens à différents sites Internet, dont un site francophone) ; www.ashstd.org.

L'HG EST DE PLUS EN PLUS FRÉQUENT. Le public est peu sensibilisé aux problèmes liés à la transmission oro-génitale et au risque de contamination pendant la période d'excrétion virale asymptomatique. Le tableau clinique de l'HG n'est pas toujours classique. Nous disposons cependant aujourd'hui de meilleurs outils diagnostiques. Le sérodiag-

nostic ne fait pas partie des méthodes de dépistage des ITS. Les patients doivent participer au choix du traitement. On ne connaît pas de traitement curatif. La prévention reste de mise. Les conséquences psychosociales de cette infection sont très importantes, particulièrement chez les femmes, et le médecin ne doit pas négliger cet aspect. Elles réclament, et c'est légitime, d'être bien informées sur l'HG afin de pouvoir faire des choix éclairés. ☞

Date de réception : 18 février 2002.

Date d'acceptation : 13 mars 2002.

Mots clés : herpès génital, tableau clinique, diagnostic, traitements, aspects psychosociaux.

Bibliographie

1. Tayal SC, Pattman RS. High prevalence of herpes simplex type 1 in female anogenital herpes simplex in Newcastle upon time 1983-92. *Int J Sex Transm Dis and Aids* 1994 ; 5 : 359-61.
2. Schomogyi M, Wald A, Corey L. Herpes simplex virus-2 infection, an emerging disease? *Infect Dis Clin North Am* 1998 ; 12 : 47-61.
3. Patrick DM, Dawar M, Cook DA, et al. Antenatal seroprevalence of herpes simplex type 2 (HSV-2) in Canadian women. *Sex Transm Dis* 2001 ; 28 (7) : 424-8.
4. Corey L, Wald A. Genital herpes. Dans : Holmes KK, réd. *Sexually Transmitted Diseases*. New York : McGraw-Hill, 1999 : 285-312.
5. Ashley RL, Wald A. Genital herpes: Review of the epidemic and potential use of type-specific serology. *Clin Microbiol Rev* 1999 ; 12 : 1-8.
6. Wald A, Langenberg AGM, et al. Effects of condom on reducing the transmission of Herpes simplex virus type 2 from men to women. *JAMA* 2001 ; 285 : 3100-6.
7. Tétrault I, Boivin G. Recent advances in management of genital herpes. *Can Fam Physician* 2000 ; 46 : 1622-9.
8. Papp K. Diagnostic des infections herpétiques. Dans : Perspectives actuelles sur la prise en charge de l'herpès génital. *Le Clinicien* mai 2000 ; Suppl : 5-7.
9. Leone PA, Trottier S, Miller JM, et al. A comparison of oral valacyclovir 500 mg twice daily for three or five days in the treatment of recurrent genital herpes. Dans : *Program and Abstracts of the 8th International Congress on Infectious Diseases*, 15-18 mai 1998, Boston, Mass : 90 ; affiche 22.012.
10. Clarke P. The impact of a herpes diagnosis and the implications for patient counselling. Dans : Sacks S. *Clinical Management of Herpes Virus*. Burke, Virginia : IOS Press, 1995 : 79.

Remerciements

Les auteurs remercient les D^{rs} Sylvie Venne, Harold Dion, Johanne Blais et Suzanne Gagnon, qui ont participé avec eux à l'élaboration du contenu de l'atelier « Deux défis MTS au médecin de famille », organisé par le Collège québécois des médecins de famille [tél. : (514) 481-5962]. Ce matériel a servi de point de départ à la rédaction de cet article.