



Fellation non protégée : quels risques ?

Rev Med Suisse 2013; 9: 1828-31

D. Genné

Pr Daniel Genné
Médecin-chef de département
Département de médecine interne
Hôpital neuchâtelois
2300 La Chaux-de-Fonds
daniel.genne@ne.ch

Unprotected fellatio: what are the risks?
Unprotected fellatio, which has been practiced by all civilizations since mists of time, is now becoming a cause of concern due to the AIDS epidemic. Most of the sexually transmitted infectious diseases are concerned by fellatio and only few medical studies deal with this topic. This paper is therefore a non exhaustive review of risks brought upon by unprotected fellatio. It is almost impossible to assess the exact risk for a given infection because of the complexity of sexual intercourse, which is rarely exclusively oro-genital.

Pratiquée par toutes les civilisations depuis la nuit des temps, la fellation non protégée devient un sujet d'inquiétude depuis l'apparition de l'épidémie de sida. Comme la plupart des infections sexuellement transmissibles sont concernées par ce type de relation, et que les articles médicaux qui traitent de ce sujet tabou sont rares, cet article se veut une revue non exhaustive des risques de la pratique de la fellation non protégée. Chiffrer les risques relève de l'impossible en raison de la complexité des rapports sexuels rarement exclusivement génito-oraux.

INTRODUCTION

L'arrivée du sida, en 1980, a complètement bouleversé les relations sexuelles. L'absence de thérapie antivirale efficace au début de cette épidémie, associée à une mauvaise observance des mesures préventives en matière de port du préservatif, est à l'origine d'une diminution des rapports génito-génitaux en faveur d'une importante augmentation des rapports génito-oraux (fellation et cunnilingus) quelle que soit la préférence sexuelle.¹ Les pratiques, les représentations et les valeurs attachées à la fellation changent en fonction de l'histoire, des sociétés humaines et des groupes sociaux. Déjà décrite dans la Bible, on la trouve illustrée dans des papyrus égyptiens, des fresques romaines et des bas-reliefs hindous.² Courante dans le milieu gay, elle est également souvent pratiquée dans les rapports hétérosexuels hors mariage.

Les risques ORL, les désagréments ou les nausées chez le fellateur ne sont pas abordés dans cette revue, seule la transmission des maladies infectieuses est passée en revue. Peu d'études existent sur le sujet, compte tenu de la difficulté d'établir avec certitude qu'une maladie soit transmise exclusivement par fellation et non pas par une autre pratique durant le même rapport sexuel. La question des risques encourus par la fellation non protégée est fréquemment abordée par les patients en consultation ambulatoire, particulièrement ceux qui vivent avec le VIH.

REMARQUES GÉNÉRALES

De par sa nature, la fellation peut conduire à l'éjaculation buccale. Le sperme contient de nombreux constituants, notamment des lymphocytes qui peuvent véhiculer certains virus tels que le VIH.³ Il convient de ce fait de ne pas garder le sperme en bouche ni de l'avalier. En cas d'éjaculation buccale accidentelle, il est souhaitable de recracher le sperme et de rincer immédiatement la bouche à l'eau et d'éviter les bains de bouche alcoolisés qui pourraient fragiliser les muqueuses (ce conseil n'est toutefois pas médicalement démontré). En cas d'accident tel qu'une rupture de préservatif ou d'éjaculation buccale (patient VIH positif connu), il est toujours possible d'effectuer un traitement postexposition de l'infection VIH le plus rapidement possible mais pas au-delà de 48-72 heures.⁴

Le fellateur doit s'assurer de ne pas avoir de lésions labiales ou buccales qui pourraient augmenter le risque de transmission d'une infection sexuelle. Une

bonne hygiène bucco-dentaire est donc recommandée, mais se brosser les dents peu avant la fellation peut faire saigner les gencives, et avoir un effet contraire à celui recherché. Il convient également de ne pas pratiquer de fellation après des soins dentaires (tableau 1).

VIH

Le VIH est principalement transmis par voie sexuelle dans le monde entier. Le virus est retrouvé dans le sang et dans d'autres liquides corporels tels que le sperme, les sécrétions vaginales et la salive. La salive contient essentiellement des fragments de virus et, de plus, peut inhiber sa répllication,⁵ ce qui rend ce fluide peu enclin à transmettre la maladie (embrasser par exemple). Il en va autrement de la fellation, bien que son risque ne puisse que difficilement être chiffré. Il apparaît toutefois que le/la fellateur-trice est à plus haut risque que le partenaire passif en raison des possibles traumatismes, des ulcères buccaux et autres gingivites qui sont souvent retrouvés.⁶ Un suivi de dix ans de 263 couples hétérosexuels, sérodiscordants et stables qui pratiquaient des rapports protégés à l'exception des rapports génito-oraux, n'a pas permis de mettre en évidence de séroconversion malgré 10295 contacts actifs et 10658 rapports passifs.⁷ Ce constat rassurant pour les couples hétérosexuels est plus réservé pour les couples homosexuels. Parmi 102 séroconversions dans une communauté homosexuelle,⁸ 7,8% ont été attribuées à un rapport génito-oral non protégé.⁸ Malgré de nombreuses études aux méthodologies très différentes, la transmission du VIH par la fellation semble très rare, voire inexistante en l'absence d'autre infection sexuellement transmissible (IST) ou de lésions orales préexistantes.⁹ Cette constatation ne doit toutefois pas encourager un rapport génito-oral non protégé. Seuls ceux réalisés avec un partenaire présentant une maladie VIH contrôlée (virémie indétectable depuis au moins six mois, selon le Swiss Statment) sans autre IST, ni blessure ou pathologie buccale du fellateur, pourraient être envisagés.

Toutefois, le risque zéro n'existant jamais, le risque de transmission du VIH en cas de rapport oral actif (fellateur) est évalué à < 0,01% et celui d'un rapport oral passif à < 0,005%¹⁰ (estimations qui ne tiennent pas compte de la virémie).

PAPILLOMAVIRUS

Les papillomavirus humains (HPV) représentent l'infection sexuellement transmissible la plus fréquente dans le monde. On considère que les HPV infectent 70-80% de la population. D'une part, le décours asymptomatique de la maladie joue un rôle important dans sa facilité de transmission, et d'autre part, les barrières de protection habituelles, telles que les préservatifs, ne sont pas entièrement protectrices. Si l'individu contaminé ne parvient pas spontanément à se débarrasser des papillomavirus, ce qui n'est en général pas le cas, ces derniers peuvent provoquer des condylomes chez les femmes et les hommes, mais aussi des carcinomes du col de l'utérus ou des cancers de l'anus (particulièrement les HPV 16 et 18). Le potentiel tumoral est également en cause dans la fellation. Si le risque encouru par le partenaire passif est faible (le développement de condylomes étant plus fréquent que celui d'un cancer du gland), pour le fellateur, le risque est bien réel de développer un carcinome de la sphère ORL. Ce lien semble toutefois bien plus complexe qu'une simple cause à effet. Il faut un enchaînement de facteurs pour que les propriétés oncogéniques puissent se développer. Dans un premier temps, une succession de contacts pour assurer une infection chronique (plus de 26 partenaires en général et/ou plus de six avec lesquels une relation génito-orale a été engagée) a été démontrée comme étant un facteur de risque.¹¹ Ensuite, un certain degré d'immunosuppression ou une consommation à risque d'alcool et/ou de tabac.¹² Dans des études actuelles, il a pu être démontré que 20 à 80% des patients atteints d'un cancer ORL étaient HPV positifs. Dans une étude zurichoise, de l'ADN viral a été retrouvé dans 50% des tumeurs entre 2002 et 2007, ce qui laisse penser que ce carcinogène est en progression.¹³ Le pronostic est heureusement nettement meilleur lorsque l'HPV est à l'origine de ces tumeurs par comparaison au rôle du tabac et de l'alcool. Le taux de survie à cinq ans est de 80 à 90%, au prix d'une radio-chimiothérapie.

La vaccination chez les adolescentes suisses, avant leur premier rapport sexuel, devrait diminuer fortement ce risque. Il faudrait aussi envisager de vacciner les garçons pour enrayer l'épidémie en cause chez les homosexuels.

HERPÈS

La contagion de muqueuse à muqueuse étant commune pour les virus de la famille des herpès, ceux-ci peuvent se transmettre facilement par la fellation non protégée et infecter la sphère orale et/ou génitale. C'est particulièrement vrai pour l'herpès type 1 (HSV1), l'herpès type 2 (HSV2), le cytomégalovirus et l'HSV8, l'agent du sarcome de Kaposi.¹⁴ Si une grande partie des adultes européens ont été en contact avec HSV1 dans leur enfance (séroprévalence suisse de 70%), il en va autrement d'HSV2 (séroprévalence en Suisse de 20%).¹⁵ La clinique ne permet pas de les différencier, il semble toutefois que les récurrences génitales,

Tableau 1. Risques et conséquences possibles de la fellation non protégée

	Risque de transmission	Conséquences possibles
VIH	(+)*/-	Sida
Papillomavirus	+++	Condylomes, cancer ORL
Hépatite B	++	Cirrhose, HCA**
Hépatite C	-	Cirrhose, HCA**
Herpès	+++	Herpès génital, angine
Syphilis	+++	Atteinte organique multiple
Gonocoque	++	Transmission de bactéries résistantes, urétrite, angine
Chlamydia	++	Angine, urétrite
Trichomonas	-	Urétrite

* Risque à considérer si sperme dans la cavité buccale, sinon se rapporter au texte.

** HCA: hépatocarcinome.



de même que l'excrétion de virus, soient plus rares avec HSV1 qu'avec HSV2. C'est plutôt une bonne nouvelle au vu de l'augmentation continue de cas d'HSV1 transmis par relation génito-orale alors que l'incidence d'HSV2 diminue.¹⁵ Dans une étude récemment publiée, les infections causées par HSV1, cliniquement identifiées dans une cohorte de jeunes patientes, étaient trois fois plus fréquentes au niveau génital qu'oral et 84% des infections primaires se situaient au niveau génital.¹⁶ Selon l'âge des patientes, ce rapport tend à s'inverser. Les jeunes sont probablement plus enclins aux relations génito-orales que les personnes plus âgées.¹⁷ Étonnamment, aucune patiente de l'étude citée ci-dessus n'a développé d'infection à HSV2 au niveau pharyngé. On peut dès lors se demander si HSV2 se transmet plus difficilement par relations génito-orales qu'HSV1.

Le valaciclovir représente le traitement de choix des épisodes infectieux récurrents. Bien que ce médicament ait amélioré le confort des patients déjà infectés, il ne protège pas les patients séronégatifs contre une potentielle transmission.¹⁸ L'excrétion de particules virales est possible même en l'absence de lésions cliniquement décelables, ainsi la contagion est possible à tout moment dans un couple sérodiscordant. Finalement, le vaccin préventif n'est qu'en début d'investigation et les premiers résultats sont plutôt décevants.¹⁹

AUTRES VIRUS

Dans les études de suivi épidémiologique des patients discordants pour l'hépatite C (VHC), la séroconversion du partenaire sain est extrêmement rare.²⁰ Ces études ne se sont pas intéressées spécifiquement aux relations génito-orales mais on peut imaginer que ces couples, suivis pendant près de quinze ans, ont pratiqué ce type de relations. Ainsi, le VHC ne fait pas partie des virus dangereux pour cette pratique.

Par contre, le virus de l'hépatite B est très contagieux et facilement transmissible par contact muqueux. De plus, il peut se trouver dans toutes les sécrétions corporelles (salive, sperme). Pour cette raison, il convient de se faire vacciner avant de s'engager dans une relation sexuelle, quelle qu'elle soit.

TRICHOMONAS

Il s'agit de la maladie sexuellement transmissible curable la plus fréquente mondialement. Elle est essentiellement asymptomatique chez 80% des patients et touche préférentiellement les femmes (10 F: 1 M) pour des raisons hormonales (l'œstrogène inhibe un neutralisant naturel du parasite) et de la présence de fer dans le vagin (favorisant l'adhésion du parasite à l'épithélium).²¹ Pour ces raisons, la durée de l'infection est plus longue chez la femme (en moyenne 1-1,5 année) que chez l'homme (en moyenne environ un mois).

Si la fellation peut théoriquement transmettre le trichomonas, il s'agit d'une infection très rare, la cavité buccale étant exceptionnellement atteinte. Parmi plus de 500 patients homosexuels suivis dans une clinique de vénéréologie à la recherche d'urétrites asymptomatiques, aucun cas de

trichomonas n'a été trouvé, ce qui laisse penser qu'il ne s'agit pas d'une infection transmise par relation génito-orale.²²

GONOCOQUE ET CHLAMYDIA

La transmission de ces deux bactéries de l'oropharynx à l'urètre et vice versa est bien décrite. Le portage asymptomatique chez des homosexuels qui consultent après une fellation est de 3,5% pour *C. trachomatis* et de 3,1% pour le gonocoque.²³ Dans une population hétérosexuelle qui consulte une clinique d'IST après un rapport génito-oral, ce taux d'infections est beaucoup plus faible (1% pour *C. trachomatis* et 1,6% pour le gonocoque).²³

La transmission de ces deux bactéries est trois fois plus fréquente lors d'un rapport génito-génital ou génito-anal que lors d'une fellation. Même si le risque de transmission est plus rare, il doit être discuté et expliqué aux patients, sachant que les complications épidémiologiques ne sont pas banales. L'oropharynx peut jouer le rôle de réservoir, essentiellement en cas de gonorrhée. L'élimination définitive des gonocoques du pharynx, et particulièrement des amygdales, est plus difficile à atteindre qu'en cas d'infection vaginale ou rectale.²⁴ Pour cette raison, le risque de sélectionner des gonocoques résistant aux traitements antibiotiques habituels (céfixime et ceftriaxone) semble plus facile, ainsi le pharynx pourrait jouer un rôle important dans le développement et la transmission de gonocoques résistants. Ces infections pharyngées sont habituellement asymptomatiques ou se manifestent comme une angine, par une légère dysphagie et des maux de gorge. Dans une maison close de Tel Aviv, 9% des prostituées portaient des gonocoques dans leur pharynx, toutes étaient asymptomatiques.²⁵

Les Chlamydias restent très sensibles aux macrolides. Une dose unique de 1 g d'azithromycine suffit habituellement. Le traitement des gonocoques est sujet à discussion en raison d'une augmentation progressive des résistances. Le Center for Disease Control and Prevention propose d'associer 400 mg de céfixime à 2 g d'azithromycine en dose unique, et de s'assurer de la guérison de l'infection par un frottis de contrôle.²⁶ Cette association a l'avantage de couvrir ces deux bactéries, sachant qu'il existe une co-infection dans 16% des infections pharyngées sexuellement transmises.²⁷ Pour éviter les réinfections, un traitement minute identique devrait être remis au patient pour son/sa partenaire.

SYPHILIS

Depuis une dizaine d'années, la syphilis connaît une explosion de nouveaux cas partout dans le monde. Devenue assez rare dans les années 90, vraisemblablement en raison de l'épidémie naissante de sida, la syphilis redevient malheureusement une infection très courante. *Treponema pallidum*, l'agent responsable de la syphilis, est une bactérie extrêmement contagieuse. On considère habituellement que 50% des contacts muqueux sont susceptibles de transmettre cette infection. Les relations génito-orales ne font pas défaut à ce risque. Une étude française a montré que la fellation non protégée, dans une cohorte d'homosexuels, était accompagnée d'un risque très élevé d'être atteint de la sy-



philis (RR 4,86).²⁸ Le chancre, manifestation primaire de la maladie, peut se retrouver partout dans la sphère buccale mais principalement sur les lèvres, le palais, la langue et les amygdales.²⁷ Cette ulcération est habituellement indolore et accompagnée d'une adénopathie satellite. L'examen clinique accompagné de la sérologie permet de poser le diagnostic. Une dose unique de benzathine-benzylpénicilline 2,4 Mio par voie intramusculaire suffit habituellement pour se débarrasser de cette infection, mais il convient de traiter également la/le partenaire. Une désinfection de la cavité buccale par une solution appropriée doit accompagner le traitement antibiotique.

PRÉVENTION

Le préservatif n'étant pas porté systématiquement, que doit-on conseiller au minimum ? La vaccination contre l'hépatite B et l'HPV avant le premier rapport pour les deux genres est indispensable. Un traitement de ténofovir + emtricitabine (Truvada) s'est montré partiellement efficace pour diminuer la transmission du VIH chez les couples sérodiscordants.²⁹ Toutefois, aucune étude ne répond à la question de l'efficacité de ce médicament consommé peu avant une fellation non protégée avec un individu séropositif. Malgré une augmentation de cas rapportés de gonocoques résistant à la céfixime et à la ceftriaxone, toutes les

infections non virales se traitent facilement au moyen d'antibiotiques. Une prophylaxie d'azithromycine + céfixime semble complètement disproportionnée par rapport au message de *safer sex* qui doit rester la règle. ■

Remerciements

Je remercie le Dr Christopher Richard pour sa lecture attentive et ses remarques.

L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Implications pratiques

- La fellation non protégée est beaucoup moins risquée que les relations génito-génitales pour la transmission d'IST
- Les papillomavirus, la syphilis et l'herpès sont particulièrement concernés
- En l'absence de contact muqueux du sperme avec la cavité buccale ou de blessure buccale, il n'existe pas d'étude prospective qui montre que le VIH se transmette par cette voie
- Le port du préservatif, associé à la vaccination contre l'HPV (16-18) et l'HBV, demeure la meilleure prophylaxie

Bibliographie

- 1 Finer LB. Trends in premarital sex in the United States, 1954-2003. *Public Health Rep* 2007;122:73-8.
- 2 La Sainte Bible, passage du Livre des Proverbes. Pr 30. 18-20 et dans le Cantique des Cantiques Ct 2. 3 «Comme un pommier au milieu des arbres de la forêt, tel est mon bien-aimé parmi les jeunes hommes. J'ai désiré m'asseoir à son ombre et son fruit est doux à mon palais».
- 3 Anderson DJ, Politch JA, Oneta M, et al. Efficacy of conventional semen processing techniques in separation of motile sperm from HIV-1 and HIV-1 host cells. 48th annual Meeting of the American Fertility Society 1992; 107: Abstracts P 213.
- 4 Boffi El Amari A, Iten T, et al. PEP ou pas PEP? Du rationnel de l'emploi des prophylaxies postexpositionnelles. *Rev Med Suisse* 2008;4:899-900.
- 5 Fultz PN. Components of saliva inactivate human immunodeficiency virus. *Lancet* 1986;2:1215.
- 6 Scully C, Portner S. HIV topic update: Oro-genital transmission of HIV. *Oral Dis* 2000;6:92-8.
- 7 Del Romero J, Marinovich B, Castilla J, et al. Evaluating the risk of HIV transmission through unprotected orogenital sex. *AIDS* 2002;16:1296-7.
- 8 Dillon B, Hecht FM, Swanson M. Primary HIV infection associated with oral transmission. 7th CROI 2000, abstract 478.
- 9 Campo J, Perea MA, Del Romero J, et al. Oral transmission of HIV, reality or fiction? An update. *Oral Dis* 2006;12:219-28.
- 10 Wassilew N, Boffi El Amari E, Bonfillon C, Yerly S, Calmy A. La prophylaxie postexposition dans tous ses états. *Rev Med Suisse* 2013;9:872-8.
- 11 Upile T, Jerjes W, Al-Khawalde M, Radhi H, Sudhoff H. Oral sex, cancer and death: Sexually transmitted cancers. *Head Neck Oncol* 2012;4:31-4.
- 12 Rosenquist SE. Is oral sex really a dangerous carcinogen? Let's take a closer look. *J Sex Med* 2012;9:2224-32.
- 13 * Broglie MA, Stöckli SJ. Rôle du papillomavirus humain dans le cancer de l'oropharynx. *Forum Med Suisse* 2012;12:15-7.
- 14 Edwards S, Carne C. Oral sex and the transmission of viral STIs. *Sex Transm Inf* 1998;74:6-10.
- 15 Meylan P. Recommandations suisses pour le traitement de l'herpès génital et de l'herpès du nouveau-né. *Rev Med Suisse* 2005;1:2315-26.
- 16 Bernstein D, Bellamy A, Hookill E, et al. Epidemiology, clinical presentation and antibody response to primary infection with herpes simplex virus type 1 and type 2 in young women. *Clin Infect Dis* 2013;56:344-51.
- 17 Helapern-Felsher B, Cornell J, Kropp R, Tschann J. Oral versus vaginal sex among adolescents: Perceptions, attitudes, and behavior. *Pediatrics* 2005;115:845-51.
- 18 Whitley RJ. Changing epidemiology of herpes simplex virus infections. *Clin Infect Dis* 2013;56:352-3.
- 19 Belshe RB, Leone PA, Bernstein D, et al. Efficacy results of a trial of a herpes simplex vaccine. *N Engl J Med* 2012;366:34-43.
- 20 Terrault NA, Dodge JL, Murphy EL, et al. Sexual transmission of hepatitis C virus among monogamous heterosexual couples: The HCV partners study. *Hepatology* 2013;57:881-9.
- 21 Poole DN, McClelland RS. Global epidemiology of *Trichomonas vaginalis*. *Sex Transm Infect* 2013;89:418-22.
- 22 Kelley CF, Rosenberg ES, O'Hara BM, et al. Prevalence of urethral *Trichomonas vaginalis* in black and white men who have sex with men. *Sex Transm Dis* 2012;39:739.
- 23 Marcus JL, Kohn RP, Barry PM, et al. Chlamydia trachomatis and *Neisseria gonorrhoeae* transmission from the female oropharynx to the male urethra. *Sex Transm Dis* 2010;37:1-2.
- 24 Manavi K, Young H, McMillan A. The outcome of oropharyngeal gonorrhoea treatment with different regimens. *Int J STD AIDS* 2005;16:68-70.
- 25 Dan MP. Pharyngeal gonorrhoea in female sex workers: Response to a single 2-g dose of azithromycin. *Sex Transm Dis* 2006;33:512-5.
- 26 CDC grand rounds: The growing threat of multi-drug-resistant gonorrhoea. *JAMA* 2013;309:1453-5.
- 27 ** Schöfer H. Sexuelle übertragbare Infektionen der Mundhöhle. *Hautarzt* 2012;63:676-7.
- 28 Champenois A, Cousien A, Ndiaye B, et al. Risk factors for syphilis infection in men who have sex with men: Results of a case-control study in Lille, France. *Sex Transm Infect* 2013;89:128-32.
- 29 Heneine W, Kashuba A. HIV prevention by oral preexposure prophylaxis. *Cold Spring Harb Perspect Med* 2012;2:a007419.

* à lire

** à lire absolument