

## Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

Ces dernières années, nous assistons en France à une forte recrudescence des IST, et notamment des gonococcies, de la syphilis et des infections à *Chlamydiae trachomatis*.

Étant donné que les IST sont souvent asymptomatiques, leur dépistage est primordial pour limiter leur transmission et leurs complications à long terme : cancer du col pour les Papillomavirus, atteinte du nouveau-né pour *Herpes simplex*, cancer du foie pour l'hépatite B, sida pour le VIH, stérilité et grossesse extra-utérine pour *C. trachomatis*.

### 1. Les principaux agents responsables des IST et leur épidémiologie :

|           |  |
|-----------|--|
| Virus     | Virus des hépatite B et C : VHB et VHC<br>Virus de l'immunodéficience humaine : VIH<br><i>Papillomavirus</i> : HPV<br><i>Herpes simplex virus</i> : HSV  |
| Bactéries | <i>Chlamydiae trachomatis</i> : la + fréquente des IST en France (2-5% de la population, 10-15% en CDAG)<br><i>Neisseria gonorrhoeae</i> : recrudescence observée dans le monde et en France<br><i>Mycoplasma genitalium</i> : 15-25% des urétrites non gonococciques (UNG)<br><i>Treponema pallidum</i> : syphilis récentes : en augmentation chez les hommes homosexuels<br><i>Haemophilus ducreyi</i> : incidence très faible en France |
| Parasite  | <i>Trichomonas vaginalis</i> : fréquence faible (faibles moyens diagnostiques)   |

### 2. Quels examens prescrire pour dépister les IST les plus fréquentes ?

| MEMO PRESCRIPTION DEPISTAGE IST / MST   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sérologies VHB, VHC et VIH</li> <li>• Sérologie syphilis BW</li> <li>• Recherche de <i>C. trachomatis</i> + Gonocoque + par PCR (urine 1er jet ou auto-prélèvement vaginal)</li> <li>• si patient(e) symptomatique, faire en plus : prélèvement urétral / vaginal</li> </ul> |

### 3. Examens microbiologiques à ne PLUS prescrire :

- **sérologie Mycoplasmes uro-génitaux** : aucun intérêt, non remboursée
- **sérologie Gonocoque** : aucun intérêt, non remboursée : lui préférer la recherche par PCR

La **sérologie *Chlamydiae trachomatis*** est d'interprétation délicate et doit être réservée à des cas bien précis :

- une sérologie négative n'exclut pas une infection basse (cervicite, urétrite) : il faut préférer la PCR
- elle est utile dans les bilans de stérilité : un titre élevé sera évocateur d'infection haute
- la recherche d'IgM a un intérêt chez le nouveau-né s'il présente une pneumopathie atypique
- en revanche, la sérologie est toujours positive en cas de lymphogranulomatose vénérienne (LGV)
- permet le diagnostic d'une arthrite réactionnelle ou d'un syndrome de Fiessinger Leroy Reiter

**Dans tous les autres cas, préférer la recherche directe de *Chlamydiae trachomatis* par PCR**

#### 4. Traitement des IST et contrôle après traitement :

##### Antibiothérapie des infections sexuellement transmissibles non virales

|  | Antibiotique de 1 <sup>ère</sup> intention   | Alternative  |
|--|--|--|
| <i>Chlamydiae trachomatis</i>            | Doxycycline 100mg 2x/j pdt 7 jours<br>Azithromycine 1g dose unique   | Erythromycine 500mg 2x/j pdt 7 jours<br>Ofloxacin 200mg 2x/j pdt 7 jours |
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i>             | Ceftriaxone IM 500mg dose unique<br>▶ un traitement anti- <i>Chlamydiae</i> doit être systématiquement associé<br>Rq : le céfixime n'est plus indiqué en ttt de 1 <sup>ère</sup> intention à cause des résistances observées | Azithromycine 2g dose unique   |
| <i>Mycoplasma genitalium</i>             | Azithromycine 500mg le 1 <sup>er</sup> jour puis 250mg pendant 4 jours   | Josamycine 1g 2x/j pdt 14 jours  |
| Syphilis précoce (<1an après le chancre) | Benzathine pénicilline IM 2,4MU dose unique  | Doxycycline 100mg 2x/j pdt 14 jours                                      |
| Syphilis tardive                         | Benzathine pénicilline IM 2,4MU/sem pdt 3 sem  |  |
| <i>Trichomonas vaginalis</i>             | Métronidazole 2g dose unique<br>Secnidazole 2g dose unique<br>Métronidazole 500mg 2x/j pdt 7jours  | Tinidazole 2g/j pdt 2 jours  |

##### LORS D'UNE DECOUVERTE D' IST

- Il est impératif de réaliser la recherche d' IST associées (sérologies VIH VHB VHC BW et recherche de *Chlamydiae* + Gonocoque + *Mycoplasma genitalium* par PCR)
- Ne pas oublier de traiter et de dépister le ou les partenaires
- Une infection bactérienne ne protège pas d'une recontamination

##### RECOMMANDATIONS POST-THERAPEUTIQUES

- Gono + : contrôle clinique et bactériologique par PCR à J7
- *Chlamydiae* + : 2 types de contrôles sont préconisés :
  - le contrôle post-traitement (attendre 5 semaines à la fin de celui-ci)
  - le contrôle d'une recontamination éventuelle à 3 ou 6 mois. A défaut de pouvoir retester les personnes infectées dans ce délai court, il est recommandé de les suivre dans les 12 mois suivant le traitement initial dans le but de dépister et de traiter les recontaminations éventuelles

## POUR EN SAVOIR PLUS :

### ***Chlamydiae trachomatis* :**

Infection asymptomatique > à 50% avec un portage pharyngé et rectal, 1<sup>ère</sup> cause de stérilité chez la femme en France, responsable d'urétrites, de cervicites, en augmentation aussi pour les souches responsables de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) chez les hommes homosexuels, notamment HIV+, en région parisienne  
Diagnostic : l'**amplification génique par PCR** est le gold standard

### ***Neisseria gonorrhoeae* :**

Agent de la blennorragie (communément appelée chaude pisse) : infection asymptomatique >10% chez l'homme et > à 50% chez la femme avec un portage pharyngé et rectal possible

Diagnostic : toujours associer la **PCR à la culture** afin de pouvoir tester la sensibilité aux antibiotiques, l'infection est très surveillée en raison de l'émergence de souches résistantes aux antibiotiques classiques

### ***Mycoplasma genitalium* :**

Son pouvoir pathogène est reconnu, responsable d'urétrites aiguës, chroniques ou récidivantes, de cervicites et il est retrouvé chez 15% des femmes ayant une infection génitale haute

Diagnostic : non cultivable, l'**amplification génique par PCR** est le seul moyen diagnostique

Y penser en cas d'urétrite non gonococcique et non à *Chlamydiae trachomatis*, ou en cas d'échec thérapeutique

### ***Ureaplasma urealyticum (Uu) et Mycoplasma hominis (Mh) :***

Mycoplasmes commensaux qui ne sont plus considérés comme des agents responsables d'IST mais plutôt comme des marqueurs de déséquilibre de la flore

Mh : souvent associé à la vaginose, non pathogène chez l'homme

Uu : responsable d'urétrites chez l'homme, non pathogène chez la femme en dehors de la grossesse (peut être responsable de rupture prématurée des membranes RPM et de menace d'accouchement prématuré MAP)

Diagnostic : recherche par **culture (prélèvement vaginal, urétral ou urines 1er jet)**

### ***Treponema pallidum (agent de la syphilis) :***

Diagnostic : essentiellement sérologique mais aucune sérologie ne permet de différencier la syphilis des tréponématoses non vénériennes (pian, bejel, pinta) généralement transmises dès l'enfance par contact direct. Le diagnostic est concomitamment clinique et/ou épidémiologique

Lorsque la sérologie est négative, répéter le test en cas de suspicion de contamination récente (délai de séroconversion de 3-5 semaines, mais il existe des cas à 3 mois)

L'examen direct au microscope à fond noir n'est plus recommandé par manque de sensibilité, la recherche par PCR est possible mais ne figure pas encore à la nomenclature

### ***Trichomonas vaginalis* :**

Responsable d'urétrite et de vaginite avec une infection asymptomatique évaluée à 90% chez l'homme et de 12 à 25% chez la femme

Diagnostic : recherche systématique effectuée à **l'état frais sur les prélèvements vaginaux et urétraux**, une recherche par PCR permettra de les dépister plus fréquemment (trousse multiplex)

## Les IST virales

- VHB : vaccination recommandée, **sérologie VHB avec les 3 marqueurs AgHBs, Ac antiHBs et Ac antiHBc**

- VHC : **sérologie VHC**

- VIH : **sérologie VIH** : la co-infection du VIH avec la syphilis et la LGV est très fréquente

Les techniques disponibles dans les laboratoires dépistent les Ac anti-HIV1 et HIV2, ainsi que l'Ag P24

- HPV : **frottis de dépistage** chez la femme (HAS juillet 2010) : recherche du génome des HPV et typage pour les frottis dits « ASCUS », vaccination recommandée entre 11 et 14 ans, avec rattrapage possible jusqu'à 19 ans

- HSV1 et HSV2 : dépistage par **PCR** sur écouvillonnage de l'ulcération : examen + sensible et + rapide que la culture virale, en cours d'inscription à la NABM, permet de différencier HSV1 et HSV2

### Sources :

- Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles de la société française de dermatologie (février 2016) :

<http://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guidelines%202016%281%29.pdf>

- Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2010 : <https://www.cdc.gov/std/treatment/2010/>