

**ITEM N° 95 : INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : GONOCOCCIE,
CHLAMYDIOSE, SYPHILIS.**

OBJECTIFS TERMINAUX

- I. Diagnostiquer une gonococcie, une IST à *Chlamydia trachomatis*, une syphilis, une IST à papillomavirus humains**
II. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

INTRODUCTION

On recommande l'utilisation du terme d'infections sexuellement transmissible (IST) plutôt que maladies sexuellement transmissibles (MST) pour prendre en compte la fréquence des formes asymptomatiques.

Les MST peuvent engager le pronostic fonctionnel (stérilité,...) ou vital (gonococcémie, sida). La prise en charge correcte des IST diminue la transmission sexuelle de l'infection à VIH.

EPIDEMIOLOGIE

Les facteurs de risque d'IST sont le sexe féminin, la précocité du 1^{er} rapport sexuel, les deux premières décennies de la vie sexuelle, la multiplicité des partenaires sexuels, un antécédent de maladie sexuellement transmissible, l'infection par le VIH, et un niveau socioéconomique faible. Les plus fréquentes des IST, en France, sont la gonococcie, la syphilis, les chlamydioses (sérotypes D à K), l'herpès génital, la trichomonose et les papillomaviruses.

DIAGNOSTIC

Les IST ont une expression clinique limitée à la région génitale (infection génitale basse ou haute) ou généralisée (localisations extragénitales) ou une porte d'entrée muqueuse (orale, génitale) et une expression clinique générale (VIH, VHB,...).

Les différentes IST sont regroupées en différents signes ou syndromes :

- urétrite (écoulement uréthral) ;
- ulcérations, adénopathies (bubon si adénopathie purulente) ;
- vaginites et cervicovaginites (leucorrhées),
- syndrome inflammatoire pelvien (douleurs pelviennes) ;
- conjonctivite néonatale ;

Ces différents syndromes et signes sont discutés dans les chapitres correspondants.

Le diagnostic est confirmé par les prélèvements microbiologiques adaptés (examen microbiologique direct, culture, PCR, sérodiagnostic).

TRAITEMENT

- Anti-infectieux, si possible en dose unique, supervisé, gratuit.
- Abstinence sexuelle jusqu'à la guérison.
- Contrôle clinique de la guérison.

PREVENTION

- Dépistage d'autres IST associées.
- Dépistage chez le ou les partenaire(s) sexuel(s).

L'usage des préservatifs doit être largement recommandés.

Il existe deux vaccinations contre les agents sexuellement transmis (anti-HPV, anti-VHB).

DIAGNOSTIQUER UNE GONOCOCCIE, UNE CHLAMYDIOSE, UNE SYPHILIS

GONOCOCCIE

INTRODUCTION

Très transmissible. Gravité possible, fonction des complications locorégionales, néonatales et parfois septicémiques.

AGENT PATHOGENE

Neisseria gonorrhoeae, diplocoque Gram négatif, spécifiquement humain.

EPIDEMIOLOGIE

En France, recrudescence des gonococcies depuis 1998 et des formes anorectales. Le sex ratio est de 10 hommes pour 1 femme. Les homosexuels et bisexuels masculins sont un groupe à haut risque. Fréquence de l'association à la séropositivité VIH et aux rapports sexuels oraux non protégés. Les symptômes, plus fréquents chez l'homme, surviennent après une période d'incubation silencieuse et contagieuse de 2 à 7 jours.

I. DIAGNOSTIC

1. CLINIQUE

Chez l'homme

- Urétrite: brûlures mictionnelles, écoulement urétral purulent, dysurie.
- Prostatite : douleurs pelviennes ou périnéales, pollakiurie, brûlures mictionnelles, dysurie, rétention urinaire aiguë, fièvre, frissons.
- Orchi-épididymite (uni ou bilatérale) : lourdeur ou pesanteur scrotale, gros épидидyme.

Chez la femme

- Cervicite (symptomatique dans 30 % des cas) : col inflammatoire, pus cervical, leucorrhées purulentes.
- Inflammation des glandes para-urétrales, dont les glandes de Skène.
- Salpingite (risque d'obstruction tubaire), endométrite.

Dans les deux sexes

- Anorectite asymptomatique dans 2/3 des cas ; complications : abcès péri-anaux et ischio-rectaux, fistules anales.
- Oropharyngite : asymptomatique dans 80 % des cas.
- Gonococcies disséminées : fièvre, arthrites, signes cutanés.
- Gonococcie ophtalmique (conjonctivite, kératite,...).

Chez le nouveau né

- Contamination possible lors de l'accouchement : ophtalmie purulente.

2. DIAGNOSTIC

Prélèvements le matin avant émission d'urine, de l'écoulement urétral, ou en l'absence d'écoulement, par écouvillonnage endo-urétral, et chez la femme prélèvement des sécrétions cervicales. D'autres sites, pharyngé ou anal, peuvent être prélevés chez la femme et l'homosexuel masculin.

Examen direct

Il n'est interprétable que pour les prélèvements génitaux masculins (flore plurimicrobienne chez la femme). Coloration de Gram : diplocoques Gram négatif à l'intérieur de polynucléaires altérés. La sensibilité est proche de 100 % chez l'homme symptomatique. Elle est plus faible en l'absence de manifestations cliniques.

Culture

Culture avec antibiogramme systématique. Examen de référence mais culture difficile.

II. ARGUMENTER L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT PRESENTANT UNE GONOCOCCIE

1. TRAITEMENT

Urgence médicale car contagiosité, et gravité des complications. En France, la résistance des gonocoques aux fluoroquinolones dépasse maintenant 10 %. La durée de traitement varie selon la forme clinique.

- urétrites et cervicites : traitement « minute » par 250 mg de ceftriaxone, en une injection IM (indication hors AMM). Autres alternatives thérapeutiques « minute » (absence d'efficacité dans les gonococcies anorectales et pharyngées): céfixime (400 mg, *per os*), spectinomycine (2 g, IM), ciprofloxacine (500 mg *per os*) (si l'efficacité peut être secondairement documentée par un antibiogramme).
- Dans les formes compliquées : la durée du traitement est prolongée.

Le traitement de la gonococcie doit être systématiquement associé à celui des infections à *Chlamydia trachomatis* (infection associée dans 15 à 40 % des cas) : azithromycine (1 g *per os*), ou doxycycline (200 mg/jour pendant 7 jours).

Le traitement doit aussi être prescrit au(x) partenaire(s) sexuel(s).

Revoir le patient à J7 pour évaluer cliniquement la guérison. Un contrôle biologique n'est nécessaire à J7 qu'en cas d'échec clinique.

2. AUTRES MESURES

Dépistages des autres IST.

Rapports sexuels protégés (préservatifs).

IST A CHLAMYDIA TRACHOMATIS

INTRODUCTION

AGENT PATHOGENE

C. trachomatis (Ct) est une bactérie intracellulaire à transmission strictement interhumaine.

Les sérovars D et K sont responsables des infections génitales hautes et basses et les sérovars L de la lymphogranulomatose vénérienne ou maladie de Nicolas Favre. Les sérovars A à C sont responsables du trachome.

I. DIAGNOSTIC

1. FORMES CLINIQUES DES IST A CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Infections urogénitales non spécifiques

30 à 50 % des urétrites non gonococciques chez l'homme et de 30 à 50 % des salpingites de la femme.

Portage asymptomatique fréquent

Chez l'homme : urétrite subaiguë le plus souvent.

Chez la femme : cervicite le plus souvent asymptomatique ; fréquence des complications inaugurales (salpingite, endométrite, douleurs pelviennes chroniques, formes néonatales, périhépatite ou syndrome de Fitz Hugh Curtis).

Dans les deux sexes : atteinte pharyngée (exceptionnelle), anale, conjonctivale. Syndrome de Fiessinger Leroy Reiter associant une conjonctivite, une urétrite et une polyarthrite (80 % HLA B27 positif).

Chez le nouveau-né : Risque de contamination néonatale en cas de cervicite au moment de l'accouchement avec conjonctivite, rhinite, otite, pneumopathie alvéolo-interstitielle retardée

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

La LGV est plus répandue dans les régions tropicales que dans les pays industrialisés (recrudescence actuelle chez les homosexuels masculins, prostituées ou voyageurs).

Période d'incubation : 3 à 30 jours.

Evolution schématique en 3 stades successifs qui ne sont pas toujours retrouvés : primaire (ulcération muqueuse et transitoire), secondaire ganglionnaire (bubon) et tertiaire (lésions destructrices, fibrose et troubles du drainage lymphatique). Les anorectites sont parfois, plus bruyantes, étendues, avec un retentissement fonctionnel marqué et des signes généraux.

2. DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

LGV : sérologie ; PCR

Infections génitales non spécifiques :

- Chez l'homme : PCR sur le 1^{er} jet d'urines.
- Chez la femme symptomatique : PCR sur le 1^{er} jet d'urines et le frottis d'endocol.
- Chez la femme asymptomatique : PCR sur le 1^{er} jet d'urines.

II. ARGUMENTER L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT AVEC UNE IST A *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

1. TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

LGV : doxycycline 200 mg/j 3 semaines.

Salpingites aiguës : association d'antibiotiques (amoxicilline-acide clavulanique + doxycycline ou C3G + métronidazole + ofloxacine).

Epididymites et prostatites : doxycycline, ofloxacine

Urétrites et cervicites, azithromycine (dose unique, 1 g, *per os*) ou doxycycline 200 mg/j pendant 7j.

2. AUTRES MESURES

- Dépistage d'autres IST
- Traitement simultané du(des) partenaire(s).
- Rapports sexuels protégés jusqu'à guérison.
- Contrôle clinique de la guérison.

SYPHILIS

INTRODUCTION

AGENT PATHOGENE

Treponema pallidum appartenant à la famille des spirochètes.

EPIDEMIOLOGIE

Contamination directe par contact vénérien sauf les exceptionnelles syphilis transfusionnelles et congénitales.

I. DIAGNOSTIC

1. CLINIQUE

- Evolution clinique en 4 phases : primaire (chancre, secondaire (multiviscérale), latente (phase asymptomatique pendant laquelle seul le diagnostic sérologique est possible) et tertiaire (polarisation viscérale)
- Incubation moyenne : trois semaines

Syphilis primaire

- Ulcération génitale (ou autre muqueuse) superficielle, indolore, unique, bien limitée, à la surface propre, reposant sur une base indurée.
- Adénopathie inguinale, uni ou bilatérale, indolore sans péri-adénite.

Syphilis secondaire

- Manifestations cutanées précoces : la roséole
- Manifestations cutanées tardives : les syphilides.
- Manifestations muqueuses : plaques muqueuses.

Syphilis tertiaire

- En cas de traitement incorrect ou inexistant.

- Localisations viscérales : cardiovasculaires, osseuses...

Neurosyphilis possible à tous les stades secondaires.

- Neurosyphilis précoce : ophtalmologique, méningite, vascularite.
- Neurosyphilis tardive : tabès, paralysie générale, gommès.

2. BIOLOGIQUE

2-1. Diagnostic direct

- mise en évidence au microscope à fond noir de *T. pallidum* (sérosité issue d'ulcération génitale ou ponction ganglionnaire ou lésions secondaires cutanéomuqueuses).

2-2. Sérodiagnostic des tréponématoses

- **VDRL et TPHA positifs** : syphilis ou tréponématose non vénérienne.
- **VDRL positif et TPHA négatif** : réaction faussement positive.
- **VDRL négatif et TPHA positif** : cicatrice sérologique d'une tréponématose ancienne, vénérienne ou non vénérienne ou syphilis débutante.

II. ARGUMENTER L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT PRESENTANT UNE SYPHILIS

1. TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

1-1. Antibiotiques utilisés :

- pénicilline G retard ;
- si allergie à la pénicilline : cyclines.

1-2. Modalités de traitement

- Syphilis précoce : une IM de 2.4 Millions d'UI d'extencilline.
- Syphilis tardive : 3 IM de 2.4 Millions d'UI d'extencilline à une semaine d'intervalle.
- Neurosyphilis : pénicilline G IV pendant 14 jours à 21 jours.

1-3. SURVEILLANCE DU TRAITEMENT

- Réaction d'Herxheimer.
- Diminution significative du VDRL quantitatif = critère de guérison.

2. AUTRES MESURES

- Traitement systématique du (des) partenaire(s).
- Dépistage des autres IST.
- Relations sexuelles protégées jusqu'à guérison.

IST A PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (PVH)

INTRODUCTION

Les IST induites par les papillomavirus humains sont les condylomes et certains cancers muqueux (anus, utérus).

AGENT PATHOGENE

Les (PVH) sont des virus à ADN, infectant les kératinocytes. Il en existe plus de 100 types dont seuls certains sont oncogènes (col utérin, carcinome anal).

EPIDEMIOLOGIE

La contamination est le plus souvent sexuelle. La transmission verticale mère-enfant est documentée. Les condylomes ont une prévalence 2 fois supérieure à celle de l'herpès génital. Chez les patients infectés par le VIH, les infections à PVH sont plus fréquentes, plus étendues, plus souvent multifocales et plus fréquemment responsables de cancers.

I. DIAGNOSTIC

1. CLINIQUE

- Les condylomes acuminés (végétations vénériennes ou crêtes de coq), sont associés à des PVH non oncogènes (sérotypes 6, 11).
Incubation variable de 1 mois à 1 an.
Diagnostic clinique : papules kératosiques à la surface des muqueuses génitales, anales ou orales.
- Etats dysplasiques, carcinomes *in situ* et cancers invasifs, associés aux PVH (sérotypes 16, 18, 31, 35) oncogènes.
La séquence évolutive (de la dysplasie modérée à la dysplasie sévère des néoplasies intra-épithéliales, voire au carcinome invasif) est démontrée.
- Tumeurs observées au niveau des muqueuses génitales externes et de la région périnéale (papulose bowénoïde, tumeur de Buschke-Loewenstein) et de la muqueuse orale (papillomatose orale floride).

2. DIAGNOSTIC

Le diagnostic des condylomes est clinique. L'histologie est indiquée en cas de persistance des lésions, de doute diagnostique avec une tumeur et dans les autres formes muqueuses.

L'identification des PVH en cause n'est pas de pratique courante.

Un bilan (bilan lésionnel locorégional, partenaire(s), recherche d'une IST ou d'une immunodépression) est indispensable avant traitement.

II. ARGUMENTER L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT PRESENTANT UNE IST A PVH

1. TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

Le traitement des condylomes est difficile.

Aucun traitement antiviral spécifique

Environ 60 à 70% de guérison avec la cryothérapie, l'imiquimod ou la podophyllotoxine, traitements de 1^{ere} intention.

2. PREVENTION

Un vaccin visant les sérotypes oncogènes les plus fréquents est disponible. La population cible est les jeunes filles de 14 ans.

La vaccination ne dispense pas du frottis de dépistage habituel chez la femme.



DOSSIERS CLINIQUES : DC 2008-36 ; DC 2008-49 ; DC 2008-50 ; DC 2008-51

Se reporter aux items 88 et 89

POUR EN SAVOIR PLUS

E. PILLY 2008

**Chapitres 43, 44
Chapitre 57
Chapitre 73
Chapitre 81
Chapitre 103**