



Infections sexuellement transmissibles

- 14 février 2024 -



Charles Cazanave

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales – CHU Bordeaux
Centre National de Référence des IST bactériennes – CHU Bordeaux
Equipe ARMYNE, UMR CNRS 5234 MFP – Univ. Bordeaux
Responsable médical du CRAtb Nouvelle-Aquitaine



@charles-cazanave

@charles_cazanav



QCM

1) Concernant la syphilis précoce en France, parmi les propositions suivantes laquelle (lesquelles) est (sont) juste(s) ?

- a. elle a quasiment disparu en France à la fin des années 90
- b. elle est liée à une infection par un spirochète
- c. elle est très contagieuse
- d. les HSH représentent actuellement la population la plus à risque
- e. le traitement de 1^{ère} intention est une antibiothérapie orale

2) Concernant le gonocoque, parmi les propositions suivantes laquelle (lesquelles) est (sont) juste(s) ?

a. il s'agit d'un cocci à Gram négatif en diplocoques

b. il peut être responsable d'infections disséminées

c. la réalisation d'une culture avec antibiogramme est recommandée à chaque fois que cela est possible lorsqu'une infection est confirmée par PCR

d. le traitement de 1^{ère} intention est une antibiothérapie orale

e. le traitement repose sur une céphalosporine de 3^{ème} génération

3) Concernant *C. trachomatis*, parmi les propositions suivantes laquelle (lesquelles) est (sont) juste(s) ?

a. il s'agit d'une bactérie intracellulaire facultative

b. cette bactérie peut être cultivée sur une gélose

c. son diagnostic repose essentiellement sur la biologie moléculaire

d. *C. trachomatis* est responsable uniquement d'infections génitales basses

e. les antibiotiques les plus actifs sur cette bactérie appartiennent à la classe des macrolides et des cyclines

* Mise en bouche

- * **IST en pleine expansion !**
- * **Infections anciennes, mais d'autres émergentes : Mpox !**
- * **Les IST et notamment celles ulcérales (HSV) favorisent la transmission du VIH +++**
- * **Problème de la résistance bactérienne**
- * **Stratégies de prévention des IST (doxycycline en post-exposition)**

Recrudescence de toutes les IST...



Chlamydie (Chlamydia trachomatis)



La Syphilis (Treponema pallidum)



Recrudescence particulière des IST bactériennes



Chlamydie (Chlamydia trachomatis)



La Syphilis (Treponema pallidum)




XDR





CAS 1

- 
- Un homme de 28 ans consulte pour une baisse d'acuité visuelle évoluant depuis 15 jours. A l'interrogatoire, on apprend qu'il est homosexuel à partenaires multiples
 - Il a eu deux ans auparavant une syphilis qui a été traitée par une injection d'antibiotique ; la sérologie s'est négativée à la suite de ce traitement d'après le patient
 - Il n'a pas d'autre antécédent notable
 - Le patient rapporte il y a 2 mois la survenue d'une ulcération génitale non douloureuse, persistante malgré l'application d'antibiotiques locaux



- A l'examen, vous notez une éruption maculeuse prédominant au niveau du tronc non prurigineuse ainsi que des lésions palmo-plantaires. L'examen génital ne révèle qu'une adénopathie inguinale droite de 2 cm non inflammatoire et indolore
- L'examen neurologique et le reste de l'examen clinique sont sans particularité



Cliché C. Cazanave, Bordeaux



Cliché C. Cazanave, Bordeaux



1/ Quel est le diagnostic le plus probable ?



Syphilis secondaire avec probable neurosyphilis

■ *Syphilis secondaire*

- vraisemblable chancre il y a deux mois
 - adénopathie inguinale persistante
 - éruption maculeuse du tronc
 - éruption palmo-plantaire = syphilides
 - facteurs de risque : homosexuel, partenaires multiples, antécédents de syphilis
- } environ 2 mois
} après le contagé

■ *Neurosyphilis*

- Baisse AV, probable uvéite syphilitique (antérieure isolée ou étendue au segment postérieur dans > 60 % des cas) avec dans < 10 % des cas une névrite optique



2/ Quels examens demandez-vous pour confirmer le diagnostic ?



Examens à réaliser :

- sérologie syphilis : EIA et VDRL
- examen ophtalmologique



3/ Vous avez demandé des sérologies, en voici les résultats : EIA : 80, VDRL = 32 réagines

Comment interprétez-vous ces résultats ?



Syphilis évolutive



5/ Quel traitement aurait-il dû recevoir il y a 2 mois s'il avait consulté ? Quel traitement préconisez-vous actuellement ?



- **Il y a 2 mois**, Benzatine benzylpénicilline : 2,4 millions d'unités en une seule injection
- **Neurosyphilis**, instaurer un traitement par PENICILLINE G IV : 5 millions d'unités x 4/ jour (ou 20 millions d'unités IVSE) pendant 10-14 j



6/ Quelles autres sérologies faut-il prescrire à ce patient ?



Sérologies VIH, VHB, VHC (VHA) à renouveler

- . *6 semaines* après le dernier rapport pour le VIH (test de dernière génération ELISA/p24)
- . *3 mois* après le dernier rapport pour VHB et VHC



7/ Comment assurer le suivi sérologique de la syphilis ?



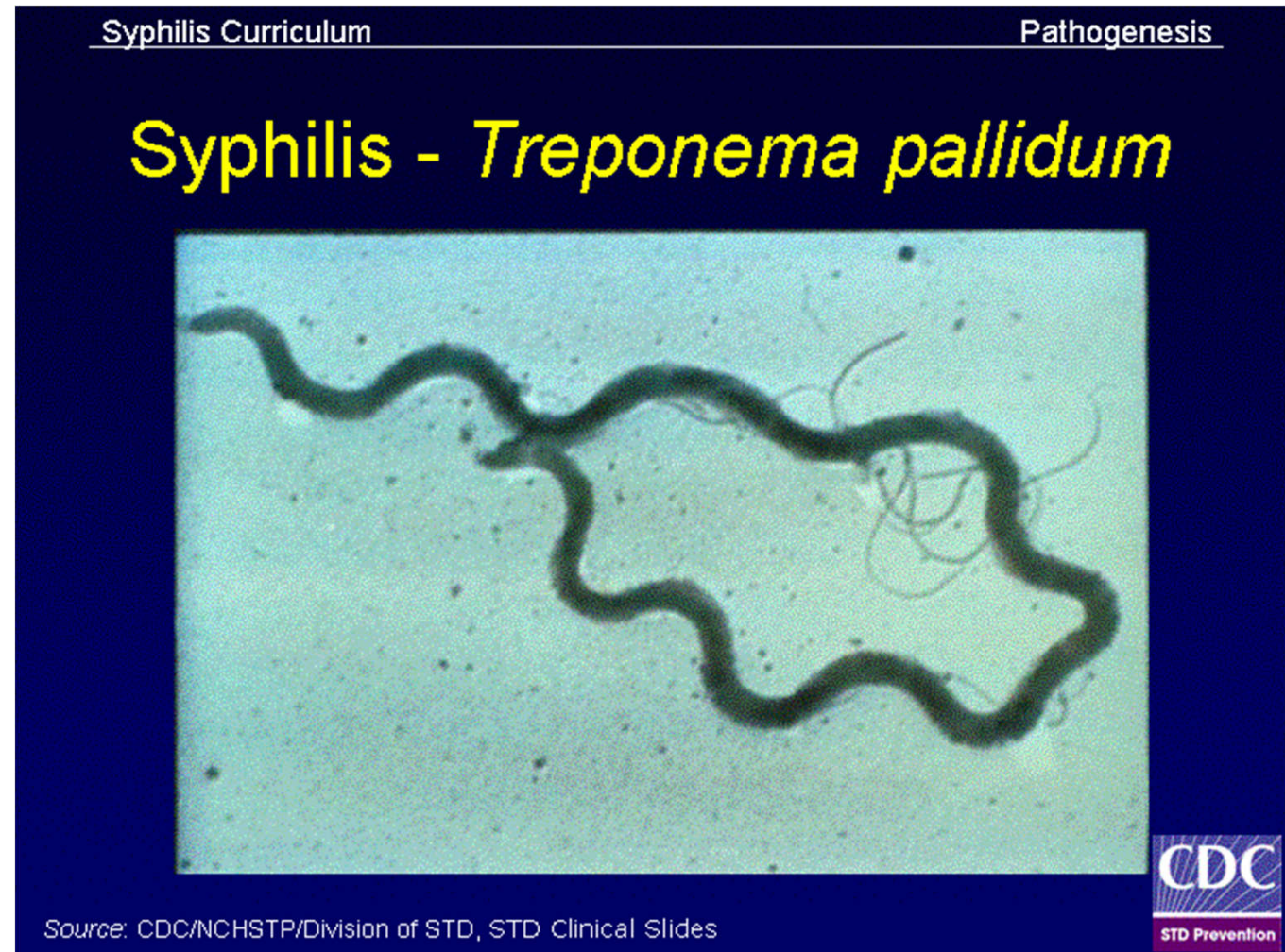
EIA/VDRL à 3, 6, 12 et 24 mois

Succès thérapeutique si baisse du VDRL d'un facteur 4, soit 2 dilutions (ex : 32 à 8 à 6 mois)

Re contamination si ré ascension VDRL durant le suivi

Points essentiels Syphilis

- *Treponema pallidum* (spirochète)





Epidémiologie

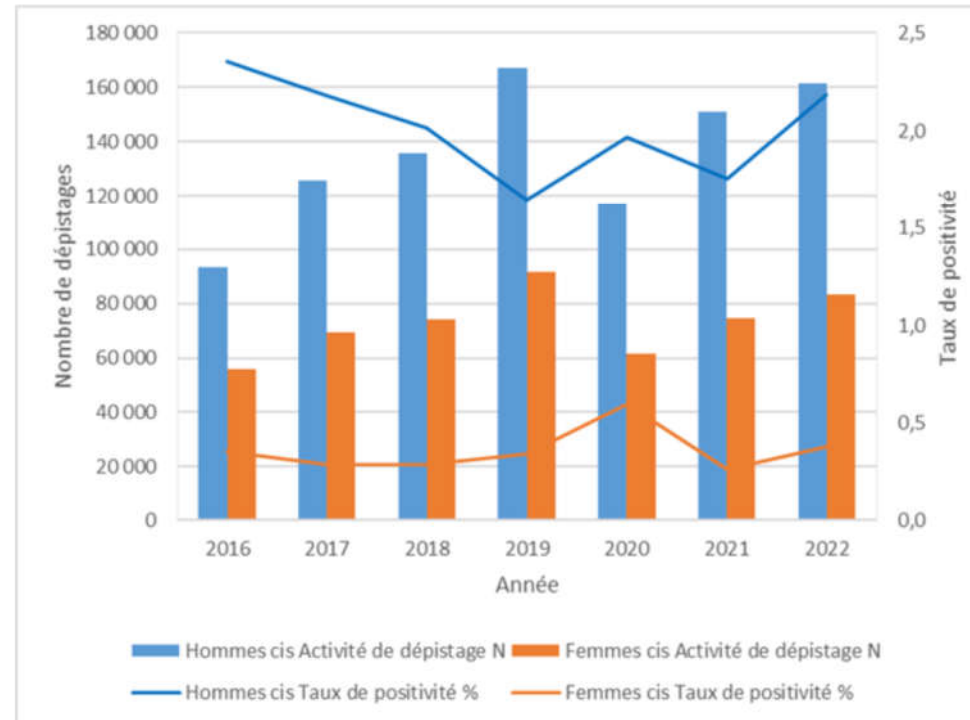
- *Treponema pallidum* (spirochète)
- Contamination directe, contagiosité +++
- Recrudescence depuis 2000, surtout 2008 (HSH, VIH+)

- Déclaration sur le volontariat
Surtout réalisée par les CeGIDD



Epidémiologie nationale syphilis

Figure 23. Evolution du nombre et du taux de positivité des dépistages de la syphilis en CeGIDD, chez les hommes et femmes cis, France, 2016-2022



Source : Données des rapports d'activité et performance (RAP) des CeGIDD. Exploitation Santé publique France

Augmentation en 2022
(27 % par rapport à 2019)
91% d'hommes cis (HSH ++), 8%
de femmes cis et 1% de
personnes trans
Age médian : 34 ans

Syphilis récentes



Classification

● Syphilis précoce

- **Définition** : évolution datant de moins de 1 an (J0 = 1^{er} jour du chancre)
- **Incubation** ~ 3 semaines
- Période la plus en tréponèmes et donc la plus contagieuse +++
- **Regroupe** :
 - . Syphilis I
 - . Syphilis II
 - . Syphilis sérologique (= latente) précoce
- **Intérêt de cette classification simplifiée majeur** :
 - . Même si infection disséminée (tréponèmes dans le LCR dès la phase I), atteinte neurologique parenchymateuse (profonde) exceptionnelle à ce stade → pas de PL
 - . TTT par une seule injection de benzathine pénicilline G suffit

● Syphilis tardive



Clinique Syphilis Précoce

● Syphilis primaire

- Chancre : constant

- . Unique, induré, indolore, fond propre et superficiel
- . Parfois diagnostic difficile
- . Ulcération « atypique »
- . Guérie spontanément en 2 semaines

- ADP



Syphilis Précoce

● Syphilis secondaire

- Succède à une Σ I non traitée
- Inconstante : 1/3 des patients
- Dans les 6 semaines après le chancre (maximum 1 an après)
- **1^{ère} floraison : roséole**
- **2^{nde} floraison : syphilides cutanées papulo-squameuses**
 - . Caractéristiques
 - Polymorphes
 - Tronc et visage
 - Contagieuses si excoriées ou érosives ou ulcéreuses
- **Atteinte muqueuse parfois associée**
 - . Plaques muqueuses
 - . Alopécie, queue des sourcils



Cliché, N. Dupin, Tarnier

Clichés C. Cazanave, Bordeaux



Clichés C. Cazanave, Bordeaux



Clichés C. Cazanave, Bordeaux





Syphilis Précoce

● Syphilis secondaire

- Autres manifestations

- . Fièvre
- . ADP
- . Ostéo-arthrite
- . Hépatite
- . Neurosyphilis : atteintes ophtalmologiques et neurologiques

● Syphilis latente précoce

- Une grande partie des patients
- Seule une sérologie négative < 1 an permet de l'affirmer
- Examen clinique strictement normal



Syphilis Tardive

● Caractéristiques

- Période la moins riche en tréponèmes
- **Regroupe :**
 - . Σ III
 - . Σ sérologique tardive
- Réaction immunologique granulomateuse autour des tréponèmes peut provoquer des manifestations de Σ (gommés) sur la peau, les muqueuses et tous les viscères (aorte, SN)



Neurosyphilis

- **Neurosyphilis**
 - Entité à part
 - *Neurosyphilis précoce* : **ophtalmologique +++**,
méningite, vascularite
 - *Neurosyphilis tardive* : tabès, paralysie, démence



Diagnostic

● Indirect : sérologie +++

- **Sérologies des tréponématoses (croisent avec tréponématoses non vénériennes) +++**
- **Sérologies tréponémiques (dites spécifiques)**
 - . TPHA (*T. pallidum* Haemagglutinin Assay) : manuels → obsolète
 - . **Tests immunoenzymatiques (ELISA, EIA) : automatisés +++**
 - . FTA-abs : obsolète
- **Sérologies non tréponémiques**
 - . **VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) : manuel ++**
 - . RPR (Rapid Plasma Reagin)



Points essentiels Syphilis

Réactions	Interprétation
EIA - VDRL -	<ul style="list-style-type: none">. Absence de tréponématose. Syphilis en incubation. Syphilis primaire dans les 5 à 10 premiers jours du chancre
EIA - VDRL ++ à +++	Faux positifs
EIA + VDRL -	<ul style="list-style-type: none">. Cicatrice sérologique syphilis. Séquelle sérologique d'une tréponématose non vénérienne. Syphilis tertiaire
EIA + VDRL + à +++	Tréponématose vénérienne ou non vénérienne (zone d'endémie)



Traitement

- **Traitement étiologique**
 - *Syphilis précoce* : 1 IM de 2,4 M UI benzathine benzylpénicilline
Ou doxycycline 200 mg/j 2 semaines
 - *Syphilis tardive* : 3 IM à 1 semaine d'intervalle
 - *Neurosyphilis* : pénicilline G IV 20 M UI/j, 10-14 j

- **Mesures associées**
 - Dépistage et TTT du/des partenaire(s)
 - Dépistage autres IST
 - Relations protégées



Cas 2



Jean-Christophe, 26 ans, cadre commercial, consulte pour des brûlures urétrales mictionnelles, peu intenses, apparues il y a une quinzaine de jours

Il a une petite irritation du méat et signale avoir eu un écoulement minime transparent isolé un matin

A l'occasion d'un déplacement professionnel, il aurait vu il y a 8 jours un médecin dans une autre ville, qui lui aurait prescrit de la spectinomycine, 2 g en IM, sans résultat

Il vit avec la même partenaire depuis plus de 8 mois et n'a pas d'antécédent notable. Il n'a pas d'allergie connue



1) Quel est le diagnostic clinique ? Précisez les autres signes que vous recherchez lors de votre examen clinique



Il s'agit d'une urétrite subaigüe, évocatrice d'une infection à *C. trachomatis*

L'examen doit comporter une inspection génito-anale et une palpation à la recherche d'une orchite-épididymite et d'adénopathies

Recherche arthralgies



2) Quels examens biologiques envisagez-vous ?



Il n'y a pas d'écoulement, donc pas de prélèvement de « goutte »

1^{er} jet des urines pour **PCR chlam /gono**

PCR *Chlamydia* : oui

La sérologie chlamydia est inutile



3) Quel traitement proposez-vous ?



C. trachomatis

Doxycycline 100 mg x 2 pendant 7 jours PO



4) Quelles sont les complications possibles dues à cette bactérie chez Jean-Christophe et sa partenaire ? Quels autres type de manifestations génitales peut-elle induire ?



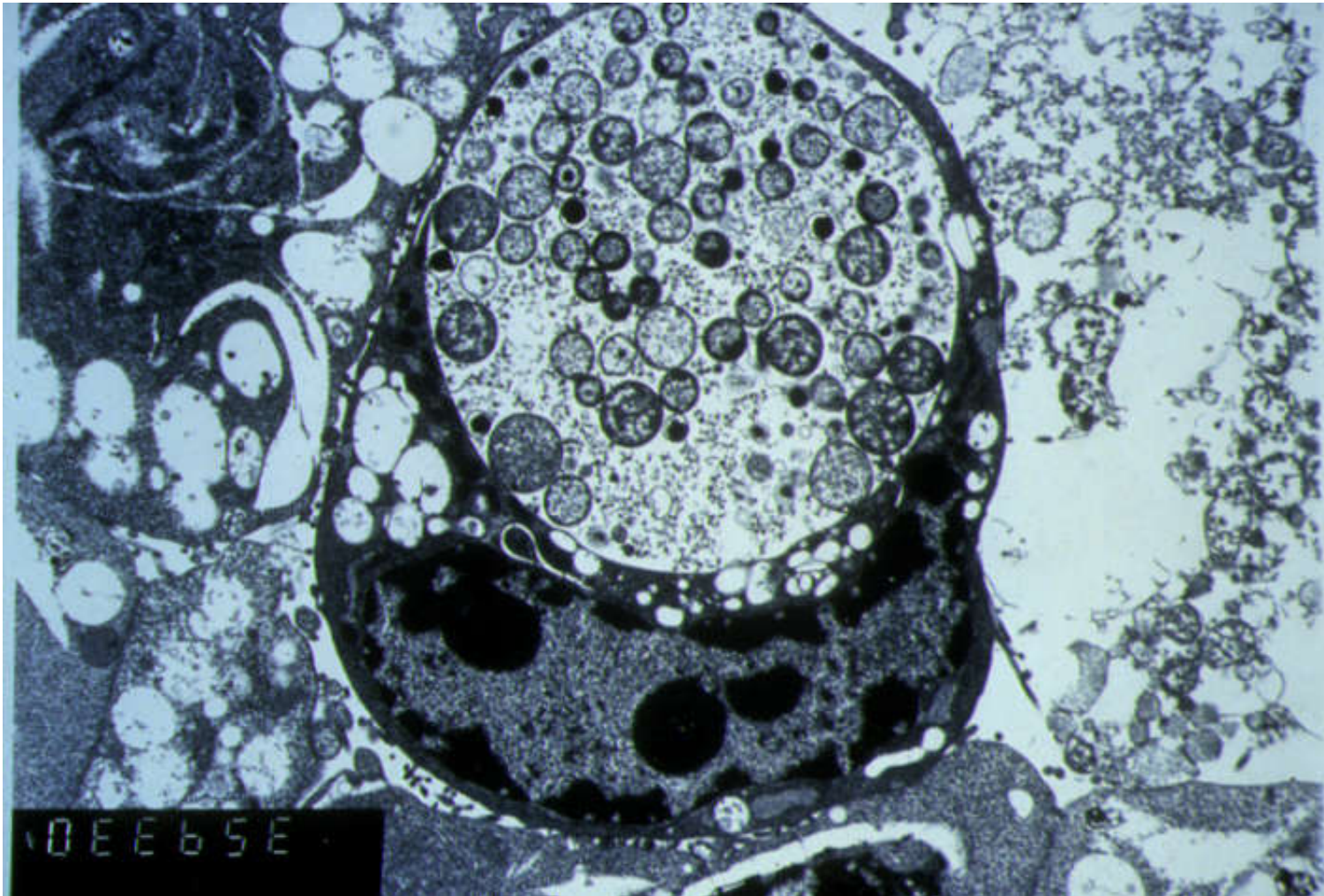
1- Une orchi-épididymite et syndrome de Reiter (conjonctivite, urétrite, polyarthrite) chez J-C.

2- Une cervicite, une endométrite, une salpingite un syndrome de Fitz-Hugh-Curtis, une stérilité tubaire pour sa compagne



Points essentiels sur infections à *C. trachomatis*

- Bactérie intracellulaire



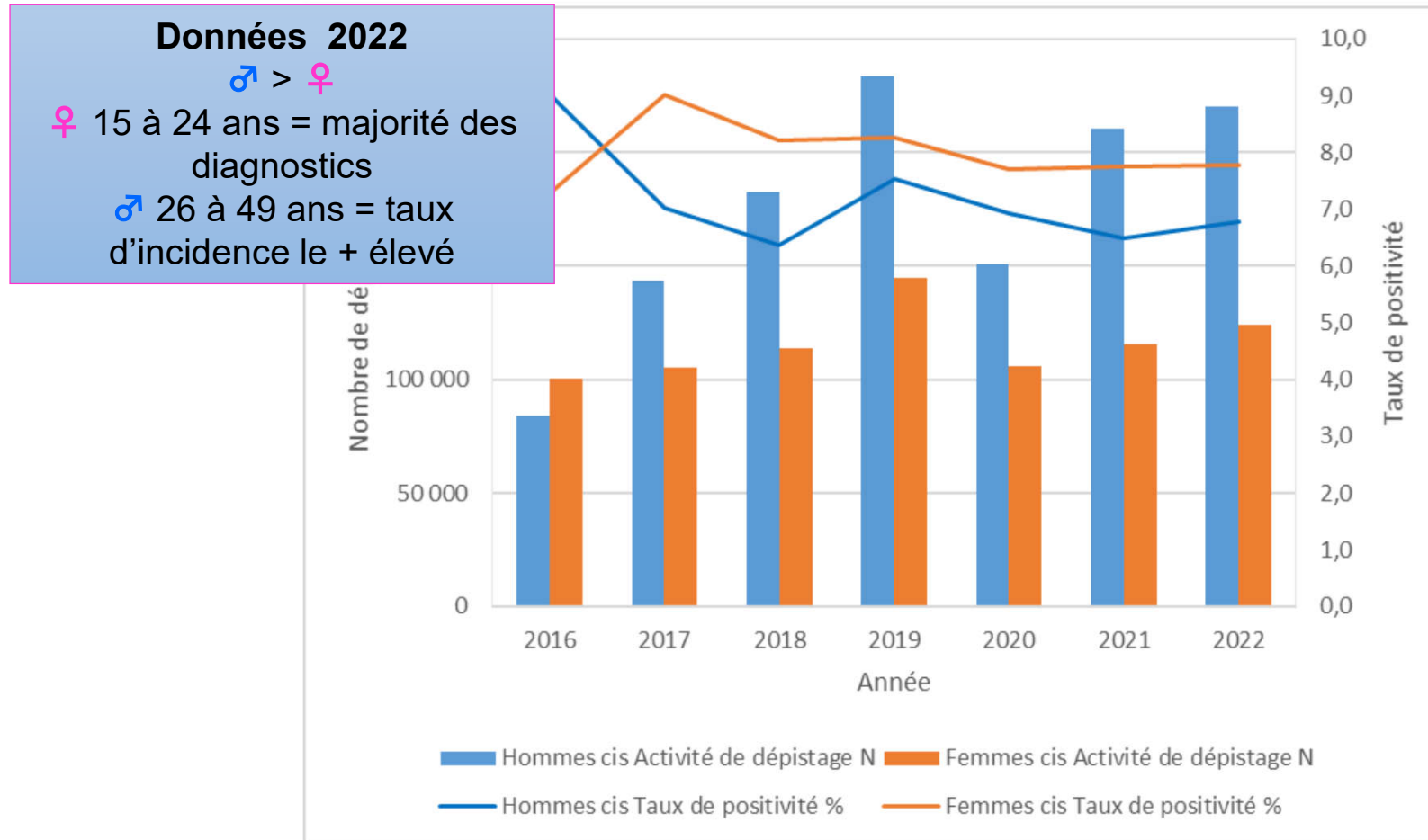


Points essentiels sur infections à *C. trachomatis*

- Bactérie intracellulaire
- **Génotypes D à K** responsables des infections génitales hautes et basses
- Principale étiologie d'IST dans les les pays industrialisés
- Portages asymptomatiques fréquents (2-3 % des étudiantes bordelaises, jusqu'à 10 % dans centre d'Orthogénie)
- **Hommes**
 - Urétrite sub-aiguë, épидидymite
- **Femmes**
 - Cervicite (asymptomatique)
 - Douleurs pelviennes chroniques, endométrite, salpingite, FHC, stérilité tubaire
- **2 sexes**
 - Atteintes anales, conjonctivales et pédiatriques
 - Arthrite réactionnelle (HLA B27)
 - Syndrome de Reiter (conjonctivite, urétrite, polyarthrite)

Ct = Principal agent d'IST bactérienne

Figure 13. Evolution du nombre et du taux de positivité des dépistages des infections à *Chlamydia trachomatis* en CeGIDD, chez les hommes et femmes cis, France, 2016-2022



Source : Données des rapports d'activité et performance (RAP) des CeGIDD. Exploitation Santé publique France

Recos HAS 2018 : « dépistage systématique opportuniste de toutes les femmes de 15 à 25 ans »



Points essentiels sur infections à *C. trachomatis*

- Biologie

- PCR +++
- Hommes
 - . 1^{er} jet d'urine +++
- Femmes
 - . **Auto-écouvillonnage vaginal** (tout aussi rentable que l'écouvillonnage cervical)
- Sérologie : pas d'intérêt dans les infections basses

- Traitement Infections basses

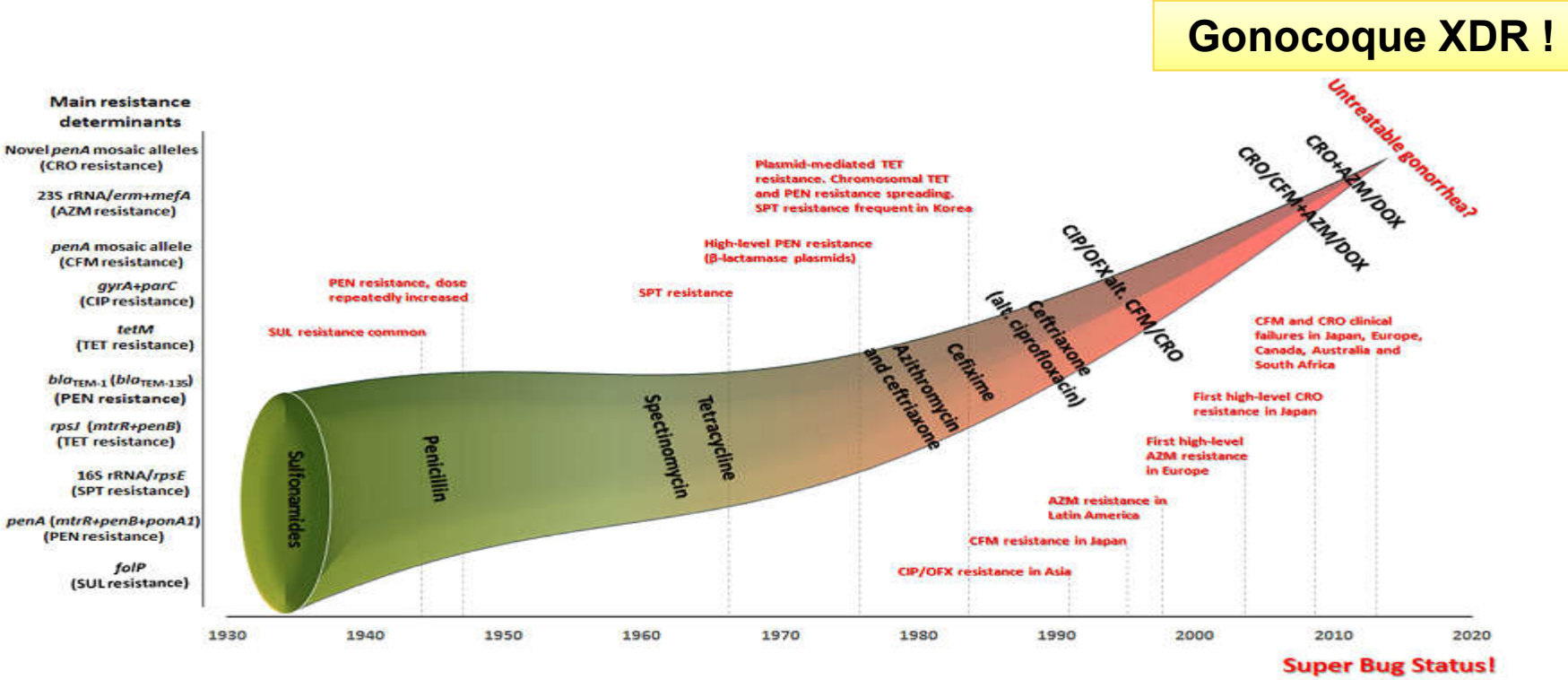
- Cyclines, 7 j



Points essentiels sur les gonococcies

- Contagiosité importante, dissémination
- Recrudescence des gonococcies depuis 1998 (10 hommes/1 femme)

Evolution de la résistance au gonocoque depuis 1930



Unemo, Clin Microbiol Rev 2014, 27:587

En France CNR 2022

64 % de R à la ciprofloxacine

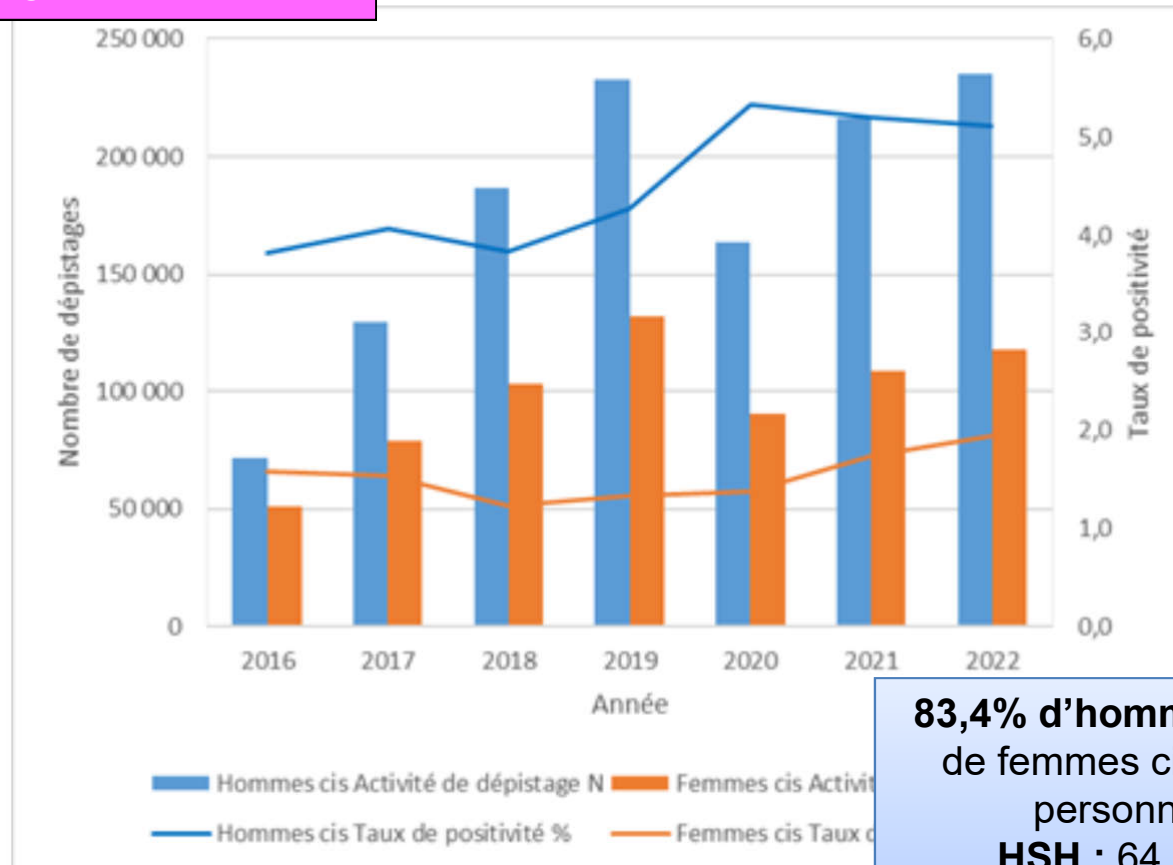
91 % tétracycline

10 % de R à l'azithromycine

0 % de R à la ceftriaxone

0 % gentamicine

Evolution du nombre et du taux de positivité des infections à gonocoque en CeGIDD, chez les hommes cis, France, 2016-2022



83,4% d'hommes cis, 15,9% de femmes cis et 0,7 % de personnes trans

HSH : 64 % des cas

Age médian : 27 ans (28 ans ♂ vs. 21 ans chez ♀)



Points essentiels sur les gonococcies

- Symptômes plus fréquents chez l'homme, après incubation de 2 à 7 j

- Homme

- Urétrite : douleurs, écoulement purulent
- Prostatite
- Orchi-épididymite

- Femme

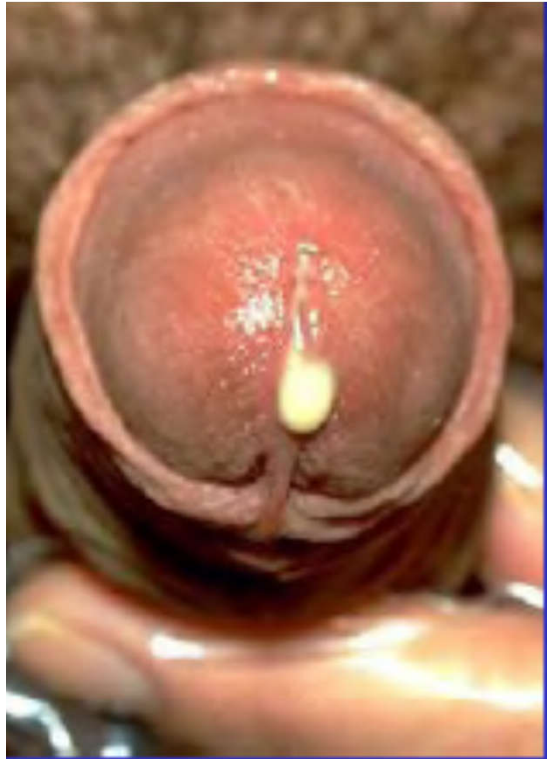
- Asymptomatique (70 %)
- Cervicite : col inflammatoire, leucorrhées
- Salpingite, endométrite

- 2 sexes

- Ano-rectite
- Oro-pharyngite
- Gonococcie disséminée



Urétrite gonococcique



Cervicite



Lésion cutanée





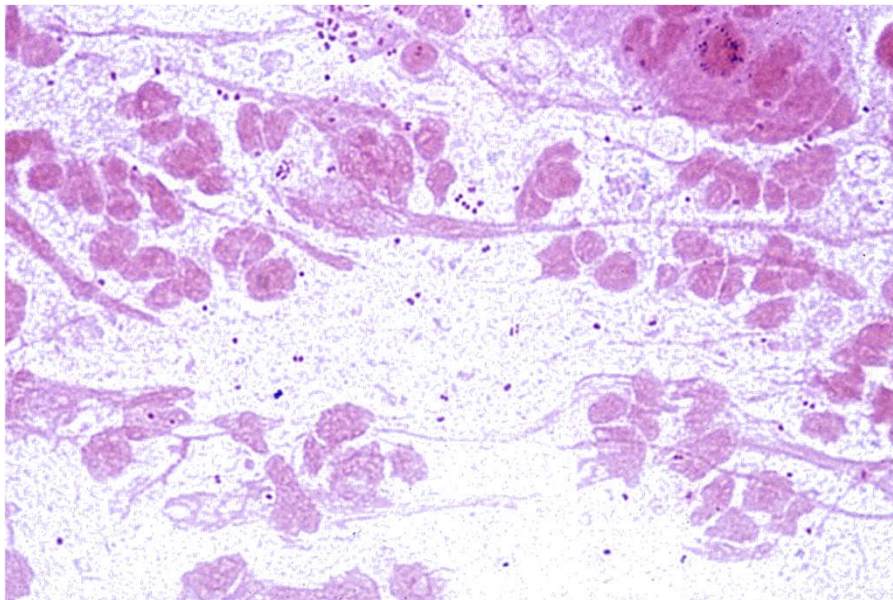
Points essentiels sur les gonococcies

- **Biologie**
 - **Prélèvements systématiques**
 - **Génital**
 - Si écoulement : prélèvement goutte, écouvillon mousse avec gélose (+/- 1^{er} jet urine)



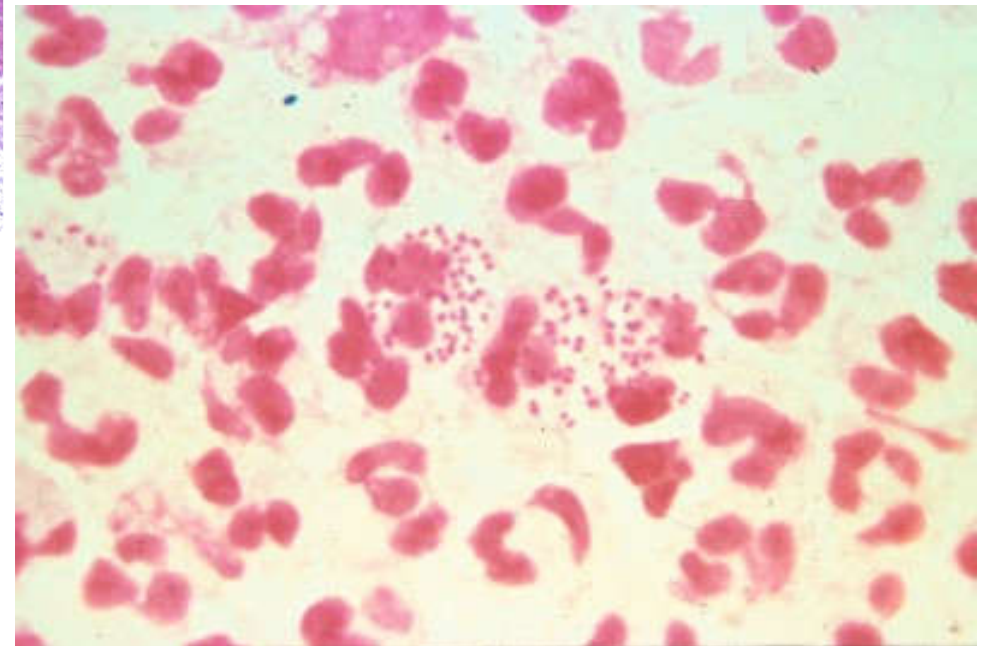
Microbiologie clinique

Bactérie Aérobie – Gram -



Gonocoque

Diplocoque « grains de café », capsule





Points essentiels sur les gonococcies

- Biologie

- Prélèvements systématiques

- Génital

- Si écoulement : prélèvement goutte, écouvillon mousse avec gélose (+/- 1^{er} jet urine)

- **Pharyngé, anal** : écouvillon mousse (selon pratiques sexuelles)

- **Examen direct** à partir du frottis réalisé sur prélèvement génital (Gram)

- **Culture** (gélose chocolat)

- **Biologie moléculaire** (écouvillonnage, 1^{er} jet d'urine) : PCR gonocoque



Points essentiels sur les gonococcies

- **Traitement**

- **URGENCE MEDICALE** (contagiosité et gravité complications)
- **Durée variable selon forme clinique**
 - Urétrite et cervicite : monoprise
 - Formes compliquées ou disséminées : traitement prolongé
- **Molécules**
 - **Ceftriaxone +++**
 - Genta IM
 - FQ possibles après résultats antibiogramme
- **Mesures associées**
 - Protection pendant 7 après un TTT monodose et jusqu'à la fin du TTT en cas de TTT en plusieurs prises
 - Consultation de suivi à J7 systématique



Urétrites masculines

- **Gonocoque**
- **Ct** (30-50 % des UNG)
- **Mycoplasmes**
 - *M. genitalium*
 - *Ureaplasma urealyticum* : responsabilité plus controversée
 - *Mycoplasma hominis* : saprophytes des voies génitales ♂
- ***Trichomonas vaginalis***
 - < 1 % chez nous...
 - Diagnostic se fait à l'examen direct sur le premier jet des urines
- **20 % des urétrites masculines sans étiologie** (cause non-infectieuse ?)



Traitement probabiliste urétrites

Traitement anti-gonococcique

Ceftriaxone : 1 seule injection 1 g (intra-musculaire ou intra-veineuse)

En cas de refus ou d'impossibilité d'administrer un traitement par voie parentérale: ciprofloxacin 500 mg en 1 prise orale unique à **condition antibiogramme disponible**

Associé au traitement anti-*Chlamydia*

Doxycycline : 200 mg/jour en deux prises par voie orale pendant 7 jours → **plutôt ce dernier actuellement**

Ou azithromycine : 1 g en monodose



Cas 3



- Un homme de 40 ans vient vous voir à la consultation de suivi de son infection VIH
- Il a été récemment hospitalisé pour une PCP suite à un problème d'observance avec des CD4 à 50/mm³
- Il est observant depuis 3 mois
- Juste avant de partir il vous décrit :
 - Quelques « petites lésions » du pénis
 - Une petite « boule anale »...
- Vous regardez...







• 1 – Condylomatose ano-génitale

– Contexte épidémiologique

- VIH+
- Restauration immunitaire, réaction paradoxale fréquente (IRIS)
- Hétérosexuel déclaré, tout est possible !

– Clinique

- Lésions végétantes bifocales
- Rapidement évolutives
- Indolores
- Attention examiner les patients : ne pas conclure à une simple hémorroïde...



- Il faut également penser que ce patient peut être porteur d'autres IST et en particulier des **papillomavirus** (durée d'incubation 1 mois à 1 an) responsables de **condylomes** génitaux et/ou anaux avec une infectiosité à vie = crêtes de coq
- Ces lésions nécessitent un examen endorectal en rectoscopie (examen proctologique +++)
- Ces lésions peuvent se retrouver au niveau du gland, voir même en intra-urétral sur les premiers millimètres de l'urètre masculin
- Pouvoir oncogène et FDR cancer anal (surtout chez VIH+)



- **Risque néo**, surtout si :
 - HPV oncogènes
 - VIH+ avec immunité altérée
 - K anal très fréquents chez PvVIH (y compris les « non HSH »)

- **Vaccination +++**



IGH



Recommandations pour la pratique clinique

Les infections génitales hautes Mise à jour des recommandations pour la pratique clinique (texte court)

Élaborées par le Collège national des gynécologues
et obstétriciens français en collaboration avec
la Société de pathologie infectieuse de langue française

Promoteurs

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)
91 boulevard de Sébastopol – 75002 Paris
SPILF (Société de pathologie infectieuse de langue française)
21 rue Beaurepaire – 75010 Paris

Comité d'organisation

O. GRAESSLIN (président, gynécologue-obstétricien, CHU, Reims),
J.L. BRUN (coordonnateur gynécologue-obstétricien, CHU, Bordeaux),
B. CASTAN (coordonnateur, infectiologue, CHG Ajaccio), X. FRITEL
(méthodologiste, gynécologue-obstétricien, CHU, Poitiers)

Experts du groupe de travail

B. DE BARBEYRAC (microbiologiste, CHU, Bordeaux), C. CAZANAVE
(infectiologue, CHU, Bordeaux), A. CHARVÉRIAT (gynécologue-
obstétricien, CHU, Poitiers), K. FAURE (infectiologue, CHU, Lille),
S. GRANDCOLIN (médecin généraliste, Poitiers), R. VERDON (infectiologue,
CHU, Caen)



Précisez les 4 principales cibles
bactériennes du TTT AB ?



Les 4 cibles sont :

- **IST** : *C. trachomatis* et gonocoque
- **Streptocoques** dont streptocoques A et B
- **Entérobactéries** : *E. coli* ++, *Proteus*, *Klebsiella*...
- **Bactéries anaérobies**

Bactéries en cause : agents d' IST

C. trachomatis (Ct) +++

- Prévalence très variable suivant le contexte socio-économique
- **Principal agent infectieux associé aux IGH**, pourcentage difficile à apprécier
- Sur 1000 patientes infectées à Ct :
 - . 170 feront une IGH
 - . 70 une salpingite
 - . 5 une infertilité tubaire
 - . 2 une GEU
- **Dernières recommandations HAS 2018** : « dépistage opportuniste systématique des ♀ sexuellement actives de **15 à 25 ans** (inclus) »



Quels examens complémentaires ?

Que faire en cas de suspicion d' IGH

- **Prélèvements bactériologiques**
 - Prélèvement endocervical +++
 - +/- bilan IST (séro VIH, syphilis...)
- NFS, CRP
- **Echographie pelvienne**



Quel est le principe du TTT AB ?

- 
- **Couvrir les agents d'IST (chlam +++ et gono)**
 - **Les anaérobies**
 - **Les entérobactéries et streptocoques**

Tableau 1 - Protocoles d'antibiothérapie pour les IGH non compliquées

	Antibiotiques	Posologie^a	Voie	Durée^b	Remarques
Externe 1^{re} intention	ceftriaxone + doxycycline + métronidazole	1 g 100 mg x 2/j 500 mg x 2/j	IM PO PO	1 fois 10 j 10 j	schéma couvrant NG, CT et anaérobies, ainsi que BGN et streptocoques sur 24 à 48 h
Externe Alternatives	ofloxacine + métronidazole +/- ceftriaxone ^c	200 mg x 2/j 500 mg x 2/j 1 g	PO PO IM	10 j 10 j 1 fois	AMM pour ofloxacine à 400 mg/j, plutôt que littérature rapportant 800 mg/j
	lévofloxacine ^d + métronidazole +/- ceftriaxone ^c	500 mg/j 500 mg x 2/j 1 g	PO PO IM	10 j 10 j 1 fois	pas d'AMM pour lévofloxacine, aussi efficace qu'ofloxacine
	moxifloxacine ^e +/- ceftriaxone ^c	400 mg/j 1 g	PO IM	10 j 1 fois	AMM pour moxifloxacine, spectre large, mais précautions d'emploi à connaître



Cas 4



- Un HSH de 34 ans vient vous consulter pour un écoulement rectal, douloureux, associé à des ténésmes, épreintes et faux besoins, évoluant depuis plusieurs jours
- Il a eu plusieurs rapports sexuels avec des partenaires différents sans protection (rapports actifs et passifs) lors d'un séjour récent en Asie dont il est revenu il y a un mois et également dans le Marais dès son retour
- A l'examen clinique, il existe un écoulement séreux anal. La palpation inguinale révèle plusieurs adénopathies dures ou fluctuantes et douloureuses. Il n'a pas de fièvre et ne se souvient pas avoir eu de chancre auparavant. L'examen de la marge anale montre quelques petites lésions blanchâtres à type de papules et d'élevures molles. Le TR est très douloureux et ramène des sécrétions glairo-sanglantes.



1) Vous envisagez une maladie sexuellement transmissible. Devant cette symptomatologie rectale et le contexte épidémiologique, vous évoquez plus particulièrement une étiologie, laquelle ? Pourquoi ? Diagnostics différentiels ?



• 1 - Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale ou maladie de Nicolas Favre

– Contexte épidémiologique

- MSM
- Rapports non protégés multiples
- Retour d'un voyage en zone d'endémie

– Clinique

- Ecoulement rectal
- Caractère traînant
- Douleur
- ADP inguinales

MERCI Pr C. BEBEAR

Carte de la météo LGV

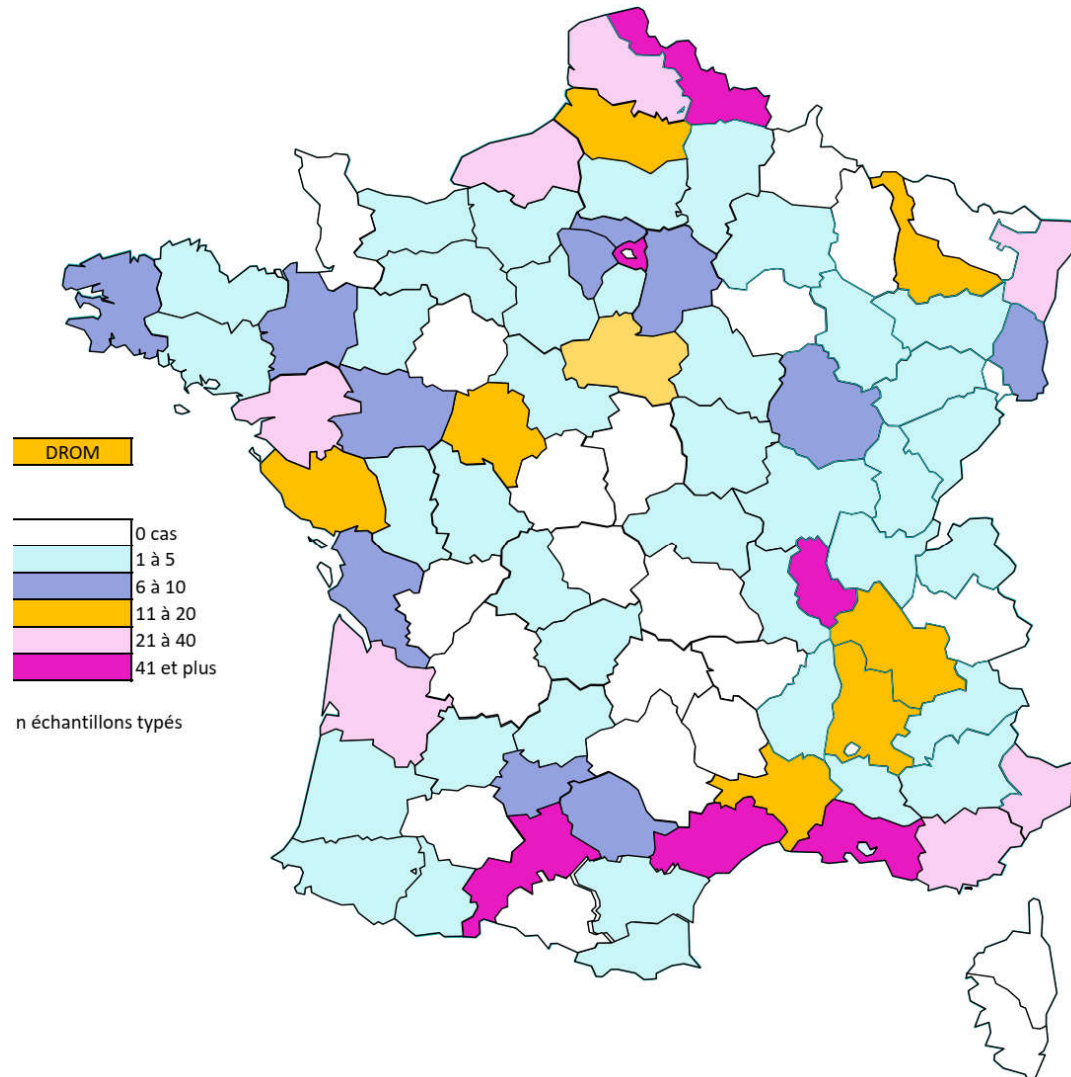
Enquête Anachla 2020

1 227 échantillons

« Hot spots »

- . Sud +++
- . Nord ++
- . Paris

CNR des IST
bactériennes –
CHU Bordeaux



Enquête Anachla 2020 Comparaison données 2015-2020



Bordeaux

Caractéristiques	LGV		
	2015 (n=470)	2020 (n=161)	P-value
Localisation			
Paris / Ile de France	63,4% 295/465	29,9% 46/159	<0,001
Age			
Moyenne	41,1	39,1	<0,05
Min-Max	20-67	21-71	
Médiane	41	38	
HIV			
Positif	74,4% 274/368	40,5% 62/153	<0,001
Signes cliniques			
Présence	92,5% 245/265	64,9% 87/134	<0,001
Orientation sexuelle			
HSH	99,2% 262/264	99,1% 114/115	NS

👉 **En 2020, patients LGV vivant plus souvent en province, + jeunes, moins souvent VIH+ et + souvent asymptomatiques**

https://www.cnr-ist.fr/ressources/editeur/2020_RAPPORT_CNR_IST_VF.pdf



- **Le traitement de la LGV** : administration précoce de **doxycycline** 200 mg par jour pendant au moins 3 semaines



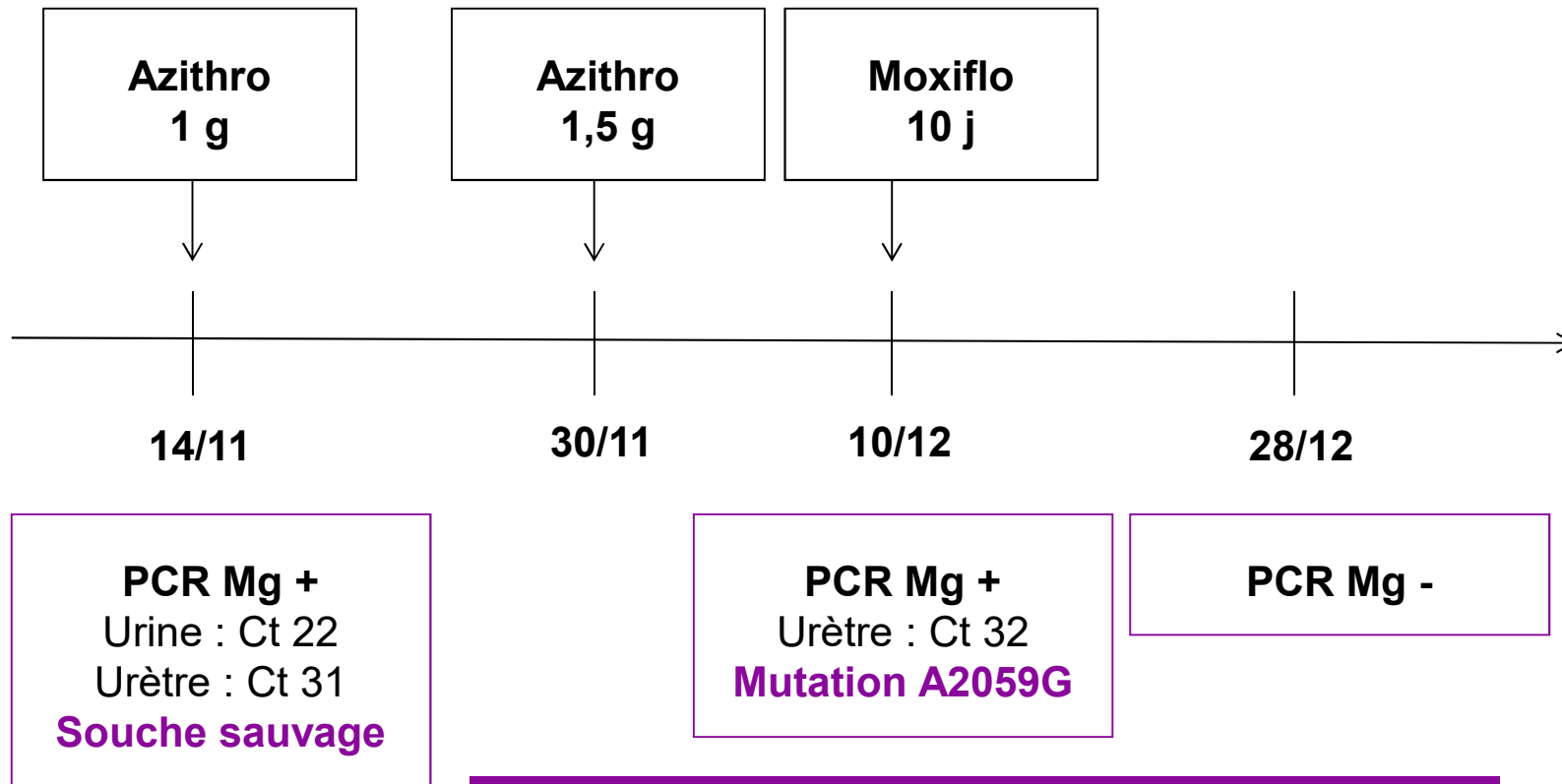
Cas 5

Cas clinique : errance thérapeutique sur une urétrite... (1)

- **Motif** : ♂ 41 ans, adressé par la MDS, consulte en décembre 2012 pour urétrite traînante
- **ATCD**
 - Syphilis II en 2008
 - 2 UNG (dernière mars 2012)
- **HSH**
- **HDM**
 - *Début novembre* : début symptômes, écoulement clair
 - *14/11* : après prélèvement → azithro 1g
 - PCR Mg positive
 - *30/11* : écoulement persistant → azithro 1,5 g sur 5 j
 - *10/12* : après nouveau prélèvement → moxiflo 10 j
 - *28/12* : va mieux !

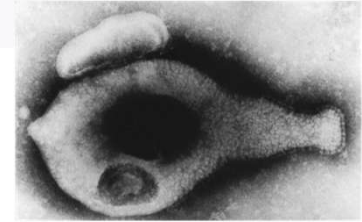
Cas clinique : errance thérapeutique sur une urétrite... (2)

- **Résultats microbiologiques**



→ Sélection de la mutation A2059G sous azithro
→ Eradication de Mg sous moxiflo

Mycoplasma genitalium



- **Microbiologie** : bactérie sans paroi, non cultivable
- **Clinique** : Infections à *M. genitalium* pauci-symptomatiques, symptomatologie proche de celle de *C. trachomatis*.
 - . Infections génitales basses (urétrites, 2^{ème} agent d'UNG))
 - . En pratique clinique, Mg peut aussi être diagnostiqué sur des infections récurrentes ou persistantes
- **Ne dépister que les personnes symptomatiques !**
- **Diagnostic** repose uniquement sur la biologie moléculaire (PCR)
- **Résistance +++**
 - . **Macrolides** : 35 % → rechercher systématiquement R avant TTT
 - . Moxiflo : 18 % !
- **Traitement** : avis spécialisé

Mg XDR !

Les 7 messages clés sur Mg

- Ne plus dépister Mg chez asymptote
- Traiter les UNG par doxy 7 j
- Chez symptote, rechercher Mg en 2^{ème} intention (après Ct /Ng)
- Ne pas se jeter sur le traitement d'une infection à Mg
- Faire un traitement guidé par la recherche de résistance génotypique
- Utiliser de préférence des schémas AB séquentiels (doxy + AZM / MXF / PT)
- Oublier le TOC (« Test of cure »)

Mg et ses 7 messages



*Take-home messages

1. Pour éviter la résistance, utiliser les antibiotiques à bon escient et avec parcimonie
2. Toujours documenter une IST
3. Rechercher au maximum la R pour :
 - * *M. genitalium*
 - * **Gonocoque** : demander un antibiogramme dès que possible
4. Adapter l'antibiothérapie
5. Mieux connaître l'épidémiologie de la R pour ajuster les TTT probabilistes

QCM

1) Concernant la syphilis précoce en France, parmi les propositions suivantes laquelle (lesquelles) est (sont) juste(s) ?

- a. elle a quasiment disparu en France à la fin des années 90
- b. elle est liée à une infection par un spirochète
- c. elle est très contagieuse
- d. les HSH représentent actuellement la population la plus à risque
- e. le traitement de 1^{ère} intention est une antibiothérapie orale

1) Concernant la syphilis précoce en France, parmi les propositions suivantes laquelle (lesquelles) est (sont) juste(s) ?

a. elle a quasiment disparu en France à la fin des années 90

b. elle est liée à une infection par un spirochète

c. elle est très contagieuse

d. les HSH représentent actuellement la population la plus à risque

e. le traitement de 1^{ère} intention est une antibiothérapie orale

2) Concernant le gonocoque, parmi les propositions suivantes laquelle (lesquelles) est (sont) juste(s) ?

a. il s'agit d'un cocci à Gram négatif en diplocoques

b. il peut être responsable d'infections disséminées

c. la réalisation d'une culture avec antibiogramme est recommandée à chaque fois que cela est possible lorsqu'une infection est confirmée par PCR

d. le traitement de 1^{ère} intention est une antibiothérapie orale

e. le traitement repose sur une céphalosporine de 3^{ème} génération

2) Concernant le gonocoque, parmi les propositions suivantes laquelle (lesquelles) est (sont) juste(s) ?

a. il s'agit d'un cocci à Gram négatif en diplocoques

b. il peut être responsable d'infections disséminées

c. la réalisation d'une culture avec antibiogramme est recommandée à chaque fois que cela est possible lorsqu'une infection est confirmée par PCR

d. le traitement de 1^{ère} intention est une antibiothérapie orale

e. le traitement repose sur une céphalosporine de 3^{ème} génération

3) Concernant *C. trachomatis*, parmi les propositions suivantes laquelle (lesquelles) est (sont) juste(s) ?

a. il s'agit d'une bactérie intracellulaire facultative

b. cette bactérie peut être cultivée sur une gélose

c. son diagnostic repose essentiellement sur la biologie moléculaire

d. *C. trachomatis* est responsable uniquement d'infections génitales basses

e. les antibiotiques les plus actifs sur cette bactérie appartiennent à la classe des macrolides et des cyclines

3) Concernant *C. trachomatis*, parmi les propositions suivantes laquelle (lesquelles) est (sont) juste(s) ?

a. il s'agit d'une bactérie intracellulaire facultative

b. cette bactérie peut être cultivée sur une gélose

c. son diagnostic repose essentiellement sur la biologie moléculaire

d. *C. trachomatis* est responsable uniquement d'infections génitales basses

e. les antibiotiques les plus actifs sur cette bactérie appartiennent à la classe des macrolides et des cyclines



Merci pour votre attention