

# Infections Sexuellement Transmissibles

Docteur Véronique BACLET  
Journée d'Actualisation Avr -2005

# Plus de 20 pathogènes transmissibles sexuellement

- **Bactériens**

- Syphilis
- Gonocoque
- Chlamydia
- Mycoplasmes
- Pyogènes
- Chancre mou
- Donovanose
- Vaginose

- **Viraux**

- Papillomavirus
- Herpès
- Molluscum contagiosum
- Hépatite B
- CMV
- HIV

- **Parasitaires**

- Trichomonas
- Gale
- Phtiriase

# Principales IST en Occident

- Chlamydia
- HPV
- Herpès

Le retour de :

- Gonocoque
- Syphilis
- LVG
- HIV
- HBV

# LGV

## Lymphogranulomatose Vénérienne

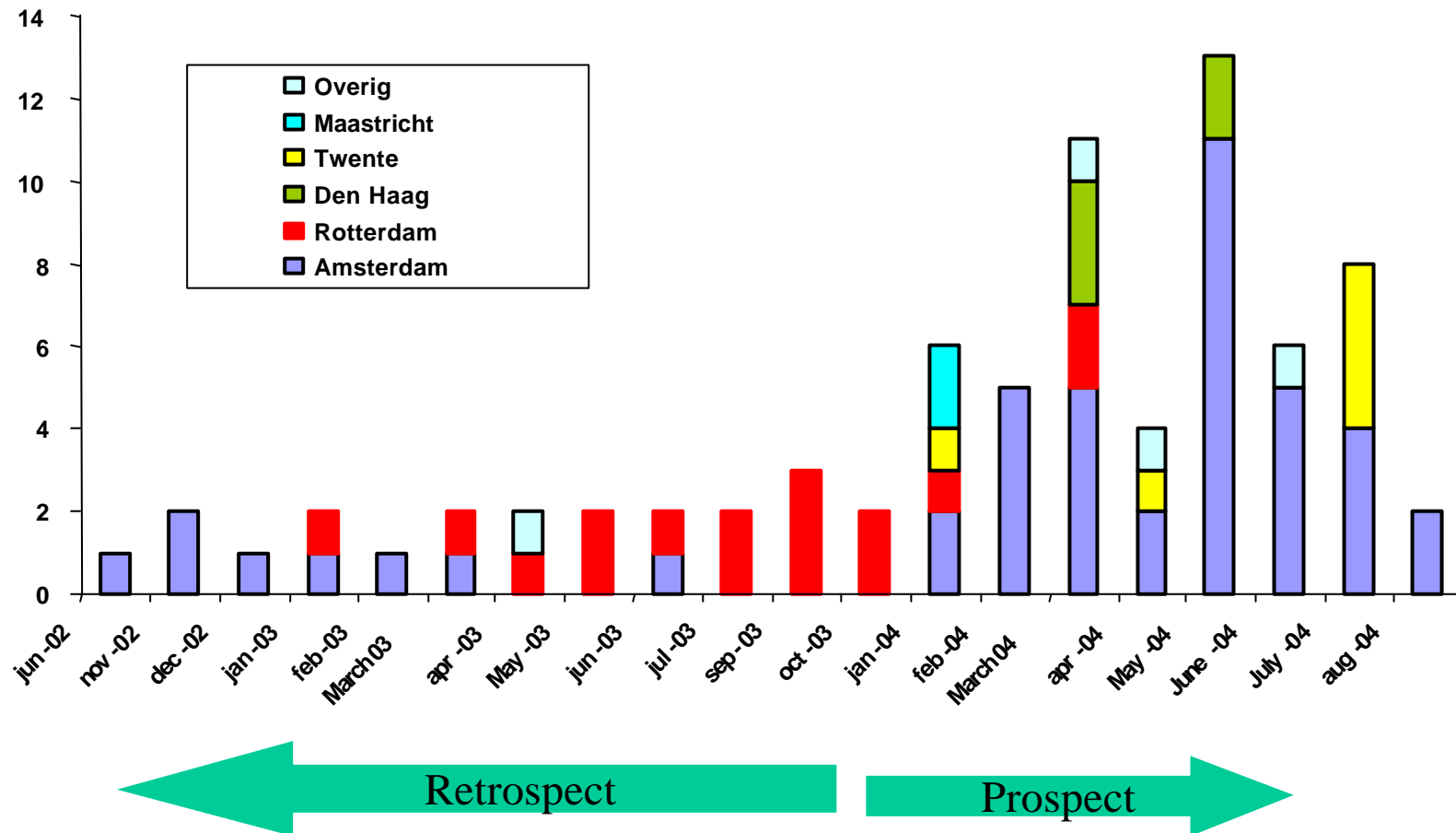
*Bactérie : Chlamydia Trachomatis*

*Sérotype : L1- L2 - L3*

# Epidémiologie

- Avait disparu d'Europe
- Depuis Janvier 2004 de nouveaux cas déclarés à Rotterdam puis dans différentes capitales Européennes
- Prévalence en Asie, Afrique et Amérique du Sud

# Courbe épidémique des cas de LGV rectales à la date des symptômes aux Pays-Bas



Source: Dr Van de Laar, National Institute of Public health and Environment, The Netherlands

# Enquête épidémiologique en France (1)

- Information des DAV parisiens inclus dans le réseau syphilis et le CNR des CT à Bordeaux
- 21 cas de rectites à CT sont signalés
  - Octobre 03 et Janvier 04
  - 15 à Paris, 6 à Bordeaux
- 14 souches correspondent au sérovar de type L2
- Enquête épidémiologique rétrospective sur ces 14 patients

# Enquête épidémiologique en France (2)

*Données obtenues rétrospectivement auprès des cliniciens*

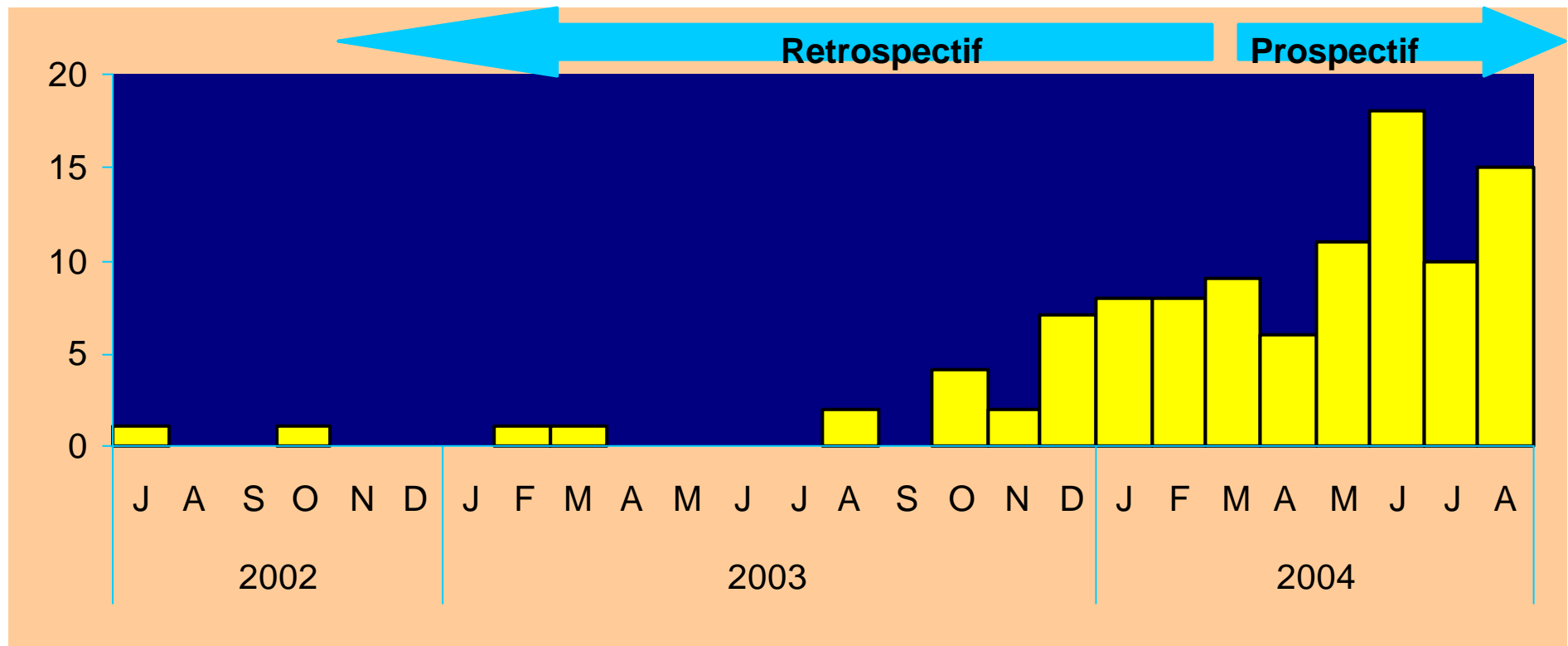
- 14 patients masculins homosexuels
- Age moyen:40 ans (31-50)
- Proctologues : 80%
- Aucun voyage en zone d'endémie, ni aux Pays-Bas
- 8/14 VIH +, 9 IST concomittante

# Enquête épidémiologique en France (3)

## *Données obtenues rétrospectivement auprès des cliniciens*

- Tous symptomatiques avec des signes de rectites modérée à sévère
- Aucun ulcère génital
- Durée moyenne de diagnostic = 50 jours (11-120)
- Rectoscopie (8/14): stenose pseudo-tumorale (1 cas)  
ulcérations profondes (8/8)
- Durée moyenne de traitement : 16 jours (10-60)

# Situation épidémiologique des cas de LGV rectales en France au 31 Août 2004



# Clinique

- **Incubation** : 2 à 60 jours
- **Phase primaire** :
  - micro ulcération génitale indolore, transitoire
- **Phase secondaire** :
  - adénopathie inflammatoire, inguino crurale évolue vers la fistulisation

OU

- ano-rectite aigüe, tenesme, douleurs rectale, écoulement muco-purulent, altération de l'état général.
- **Phase tertiaire** : évolue vers la chronicité, fistule et rétrécissement, ....

# Diagnostic

- Clinique

- Rectoscopie : rectite ulcérée



- Biologique

- Ecouvillonnage ou ponction dans 1 milieu de transport (PCR)
- Si positif ↩ génotypage au centre de référence (Bordeaux)



# Diagnostiques différentiels

- Herpès
- Crohn

## Traitement

- Doxycycline<sup>®</sup> 100 mgx2/jour ↖ 21 jours
- En cas de contre indication ou grossesse :  
erythromycine<sup>®</sup> 1 gramme x2/jour ↖ 21 jours

## Conclusion : Conduite à Tenir

- y penser chez les homosexuels avec des lésions anales ou rectales
- chercher une autre IST
- traiter et suivre le patient
- contrôle 3 sem après l'arrêt du traitement (PCR)
- dépister et traiter les partenaires (60 jours qui précèdent l'apparition des lésions)

**GONOCOQUE**

# Réseau Rénago

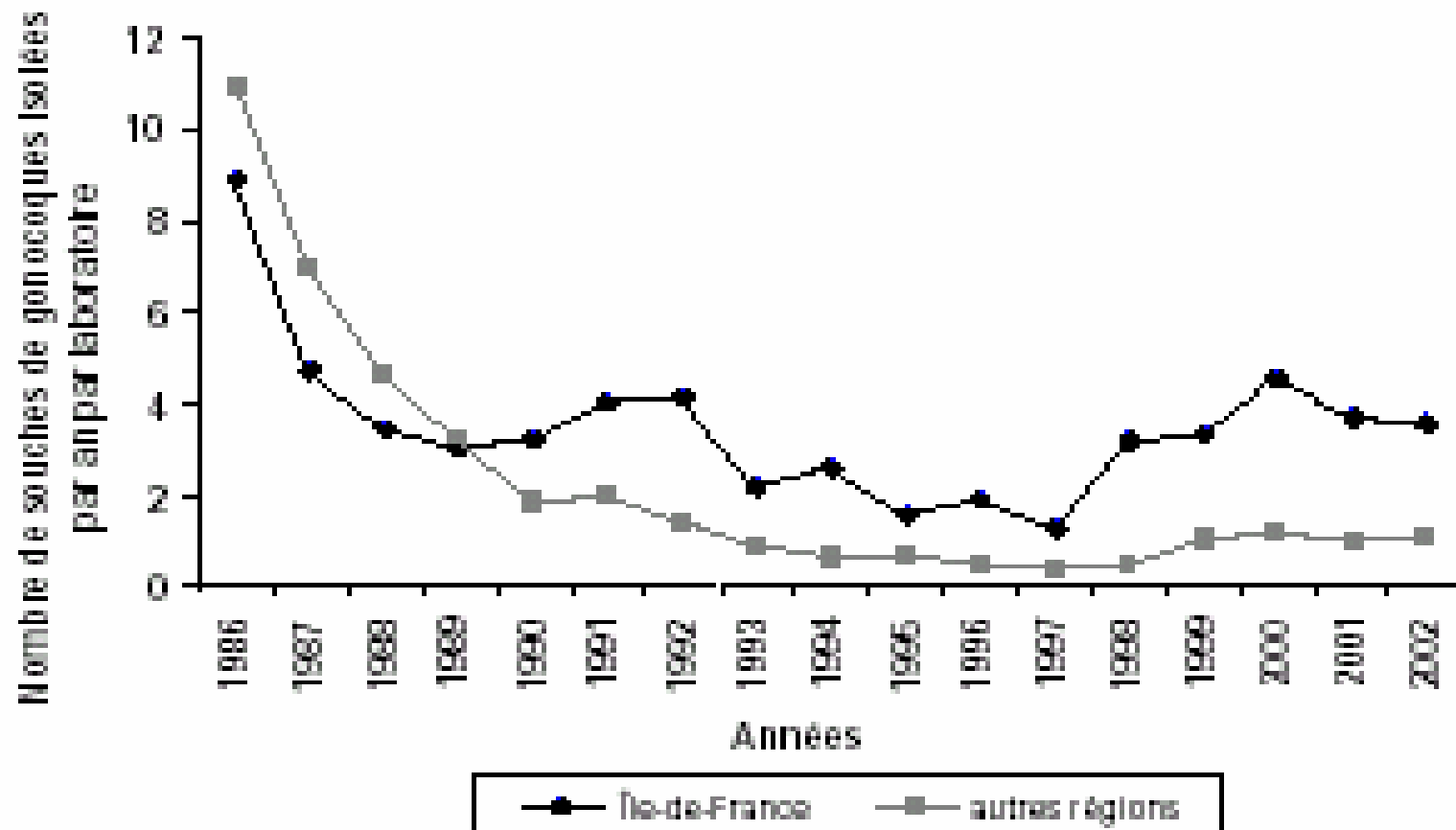
*Les laboratoires de microbiologie volontaires en France*

# But

- Suivre la tendance évolutive de l'infection à Gonocoque
- Etude de la sensibilité des souches aux antibiotiques

# Tendance épidémiologique

Évolution du nombre moyen de souches de gonocoques isolées par laboratoire actif par an en Île-de-France et dans les autres régions, réseau Rénago, France métropolitaine, 1986-2002



# Caractéristique 2001/2002

## Patient

- Age médian\*\* :
  - Homme : 32 ans
  - Femme : 29 ans
- Isolement du germe\*\*, en majorité :
  - Homme : urétral (7% anal)
  - Femme : col et vagin
- Sexe\*\* :
  - Homme : 89,6%
  - Femme : 10,4%
- Réservoir pharyngé\* : 15% dont 80% asymptomatique
- Fellation non protégée\* : 60%

\*Janier STI 2003

\*\* BEH n°15 2004

# Caractéristique 2001/2002 *(suite)*

## *Résistance aux antibiotiques \**

- Ciprofloxacine : 16,9%
- Tétracycline : 10%

*Les critères de sensibilité ne sont pas les même dans tous les pays, la comparaison est donc difficile et nécessiterait une uniformisation*

# Enquête nationale auprès des structures de soins dépendant des conseils généraux (effectuée en 2003)

Concerne les :

- CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit)
- DAV (Dispensaire Anti-Vénérien)
- Centre de planification

# Résultats de l'enquête

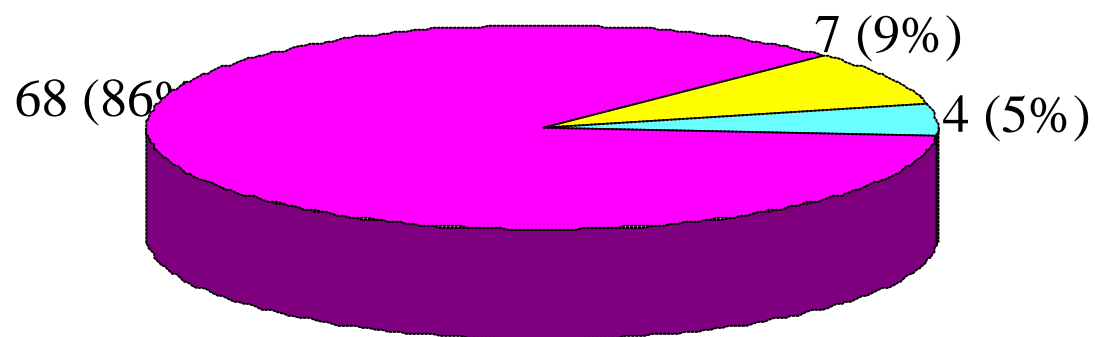
96 conseils généraux

17 sans réponse

18%

79 réponses

82%



■ Pas de dépistage ■ Info non fournie ■ Réponse ■ Secteur 4

- 68 départements ayant répondu :
  - 384 cas en 2001
  - 309 en 2002
  - Sex ratio homme/femme = 4
- 43 centres n'ont pas eu d'infection à gonocoque
- 9 départements ont eu entre 23 et 26% de cas de gonocoque
- Paris + 9 départements = 87 à 90% des infections

# Diagnostic

- Ecoulement :
- Gorge, anus :
- Gram au bleu de méthylène
- Culture (milieu de transport)

# Traitement

- Ceftriaxone : 250 mg IM DU  
(actif sur le Gono pharyngé)
- Traitement antichlamydiae  
(Ciprofloxacine non actif sur  
les formes pharyngées)

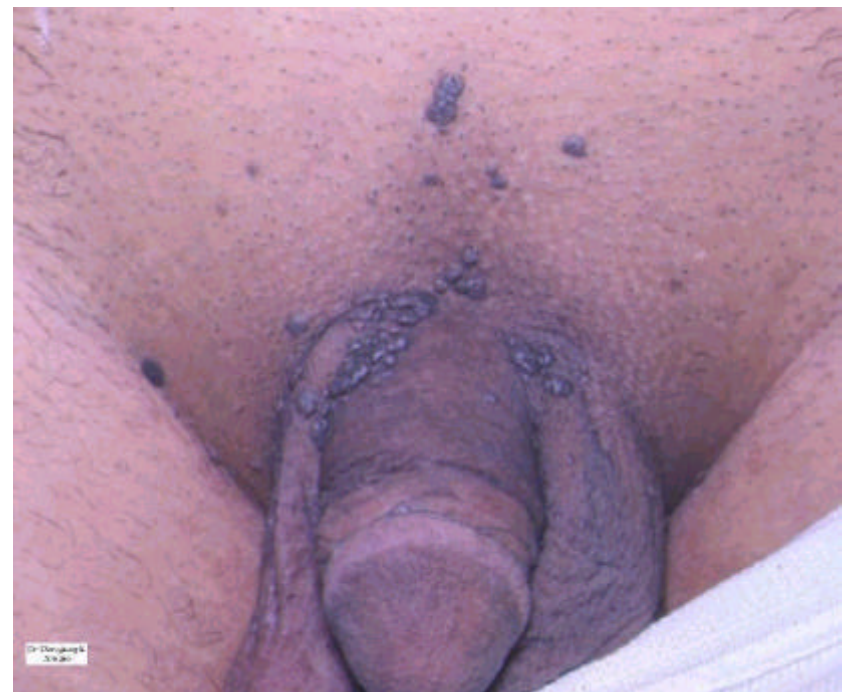


# Human Papilloma Virus

- Ist la plus fréquente dans le monde
- Risque chez une personne sexuellement active : 80-85%
- Prévalence chez les jeunes filles : pic entre 20 et 24 ans

# Clinique

- Infecte l'épithélium génital
- dissémine par contact de muqueuse à muqueuse
- Penser aux localisations buccales !!!!!
- Asymptomatique



# Facteurs favorisants

- Nombre de partenaires sexuels
- Précocité des rapports
- Antécédents d'IST
- Drogue, Alcool ....

# Evolution

- 80% guérissent
- Risque du cancer du col (latence environ 15 ans)

# Traitement

- Azote liquide
- Crème type Aldara
- Laser

# Syphilis

- Juillet 2000, fin de la déclaration obligatoire
- Alerte syphilis à Paris et en Province

# Syphilis précoce ou tardive ?

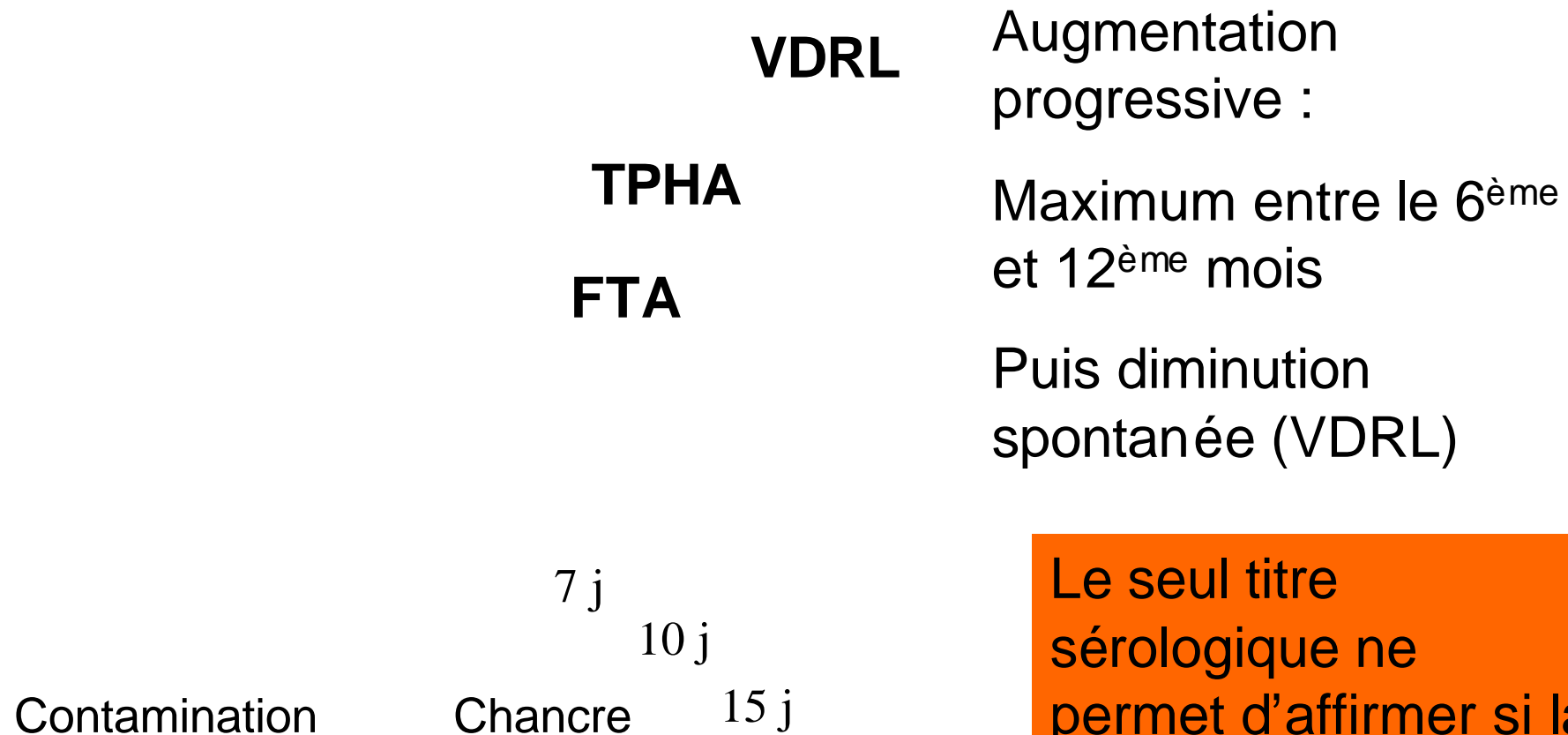
- Syphilis précoces : moins d'1 an d'évolution :
  - Syphilis I<sup>aire</sup>, II<sup>aire</sup>, latente de moins d'un an
  - Jamais d'atteinte neurologique parenchymateuse
- Syphilis tardives : plus d'1 an d'évolution
  - Syphilis III<sup>aire</sup>, latente ou plus d'un an
  - Risque d'atteinte neurologique



# Diagnostic

- **Mise en évidence du tréponème pâle**
  - Microscopie à fond noir (ultramicroscope) :
  - Immunofluorescence directe sur lame
  - Amplification moléculaire (PCR)
  - Coloration argentique sur biopsie
  - PL :
    - Formes neurologiques
    - Signes ophtalmiques
    - Ehec/HIV

# Sérologies



Le seul titre sérologique ne permet d'affirmer si la syphilis est précoce ou tardive

# Interprétation de la sérologie

- VDRL – LCR :
  - Négative chez 30 à 50% des patients avec neurosyphilis
  - **Positive : Argument majeur sauf si PL traumatique, contamination**
- FTA – TPHA – LCR :
  - **Négative : remet en cause le diagnostic de neurosyphilis**
  - Positive : ininterprétable car diffusion passive des anticorps positivant du sérum vers le LCR (sauf is FTA-IgM +)
- La mise en évidence de T.pallidum n'est pas un bon critère

# Traitement

Syphilis précoce



Benzathine benzylpénicilline  
(Extencilline)

2,4 MUI IM en 1 injection

Patient VIH :

- Idem
- Extencilline 2,4 M/sem pdt 3 semaines

Syphilis tardive



Extencilline

.....

2,4 M/sem pdt 3 semaines

Patient VIH :

- Ponction lombaire puis idem

Neurosyphilis



Pénicilline G

.....

18-24 MUI/j IV pdt 10-15j

Patient VIH :

- Idem

Lynn et al Lancet Infect Dis 2004  
Janier Revu Prat 2004

- Nécessité d'une surveillance
- Rechercher les autres IST
- Traitement du partenaire

# A qui proposer une sérologie de la syphilis

- En cas de suspicion clinique de syphilis :
  - devant toute ulcération génitale
  - devant une éruption cutanée, des poly-adénopathies, un syndrome fébrile, une uvéite, une rétinite, une hépatite, une polyarthrite....
  - devant des manifestations neurologiques ou psychiatriques compatibles avec une neurosyphilis
- Devant toute IST, quelle qu'elle soit (infection par le VIH comprise)
- En cas de contage récent ou ancien (partenaire infecté) ;
- Régulièrement en cas de sexualité à risque, en particulier
  - homosexualité masculine
  - hétérosexualité avec de multiples partenaires (y compris si la seule pratique à risque est le sexe oral).

**HSV**

**Herpès Simplex Virus**

**Type I et II**

- 78 cas à l'hôpital de Saint Louis

*(Mechoui Janier and coll; JDP 2001)*

- Culture PCR,           86% HSV 2  
                                  14% HSV 1

# Clinique

- Vésicule et ulcération, douleurs à type de brûlure
- Pas de traitement radical
- Problème de récurrence (retentissement psychologique)
- Herpès néo-natal
- Excretion asymptomatique



# Traitement

Valaciclovir : Zelitex<sup>®</sup>

# **Chlamydiae Trachomatis**

# Généralités

- 1ère cause d'IST bactérienne dans le monde
- 30 à 50% des UNG
- Asymptomatique : 90% femmes, 50% hommes
- Population jeune\* : 25% des femmes entre 20 et 24 ans, 11% des femmes <20 ans



*\*Etude Renachle*

# Complications

- Femme : Cervicite, salpingite, douleurs pelviennes chroniques, GEU, stérilité .....
- Homme : Urétrite, prostatite, épидидymite
- Nouveau né : pneumonie, conjonctivite

**Mise en place d'une  
consultation d'IST au Centre  
Hospitalier de Tourcoing**

# Mise en place d'une consultation d'IST au Centre Hospitalier de Tourcoing

## BUT:

- Répondre rapidement à une demande
- Dépister et traiter
- Informer sans culpabiliser
- Tenter de responsabiliser
- Dépister et traiter les autres partenaires
- Dédramatiser

# Mise en place d'une consultation d'IST au Centre Hospitalier de Tourcoing (suite)

## Pourquoi créer une consultation:

- Répondre à une demande
- Médecin non connu
- Service spécialisé
- Prélèvement réalisé sur place
- Traitement donné d'emblée si nécessaire
- Rendez vous de contrôle avec le même médecin

# Mise en place d'une consultation d'IST au Centre Hospitalier de Tourcoing (suite)

## Déroulement de la consultation:

- Un médecin, une infirmière
- Examen clinique complet
- Prélèvement possible (sang, urine, écoulement, biopsie...)
- Examen direct au microscope (en prévision)

# Mise en place d'une consultation d'IST au Centre Hospitalier de Tourcoing (suite)

## Evaluation de la consultation:

- 69% d'hommes, 31% de femmes
- Age moyen : 32 ans (19 à 60 ans)
- 18,75% PCR Chlamydia positive
- 31% Sérologie syphilitique positive
- 25% Condylomes
- 6,25% Sérologie VHB positive
- 12% refusent l'examen
- 31% examens et résultats normaux
- 12% ont 3 IST associées

# Conclusion

- Augmentation du nombre d'IST
- 2004 apparition de cas de LGV
- Nécessité d'informer la population sur les IST
- Nécessité d'une prise en charge rapide
- Dépistage des partenaires