



Infektionen sexuell transmissibles (IST)

Diagnostic et prise en charge

Dr Jean Gérain Maladies infectieuses – CHIREC

Merci au Dr. France Laurent et au Professeur Vandercam
Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses
Cliniques Universitaires Saint-Luc



SOCIETE SCIENTIFIQUE de **MEDECINE GENERALE**



ASSOCIATION SCIENTIFIQUE DE
MEDECINE GENERALE

IST: épidémiologie



Balanite / vulvo-vaginite

- N° 1 = *Candida sp. (albicans)*
- IST la plus fréquente



Figure 107-8 Vulvovaginal candidiasis. There are excoriations of the skin of the labia majora due to scratching.



Copyright © 2010 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier Inc.

Balanite / vulvo-vaginite

- Prurit
- Irritation vulvaire
- Dyspareunie, dysurie
- Pertes vaginales anormales

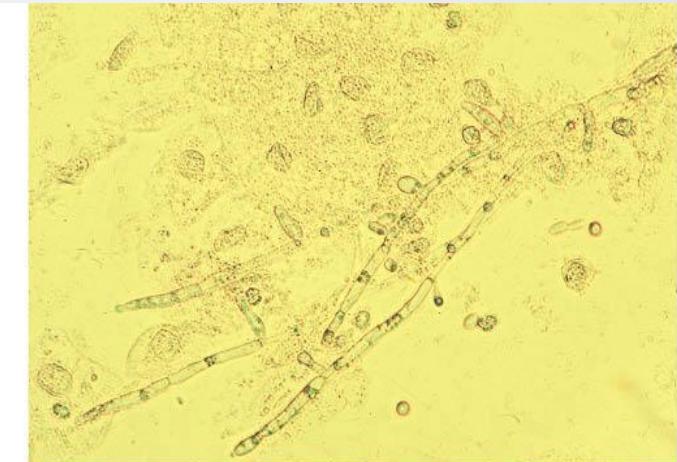


Figure 107-10 Vulvovaginal candidiasis. Suspension of vaginal secretions in 0.9% NaCl. Mycelia can be seen.

Copyright © 2010 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier Inc.

Balanite / vulvo-vaginite

- Non compliquée:

- sporadique, rare; peu Σique

- Pt immunocompétent; post-AB

- Compliquée:

- récurrente (> 4/an), fort Σique

- Diabète, immunosuppression, grossesse

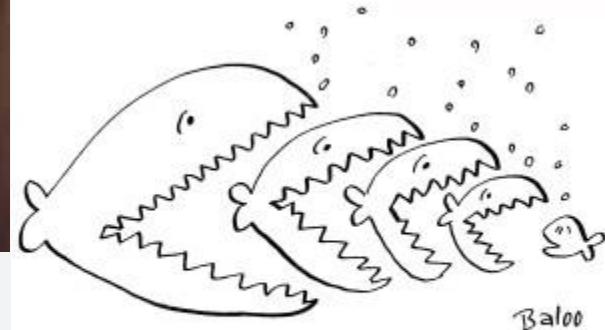
- Candida non-albicans

Balanite / vulvo-vaginite

Traitements

- Simple: traitement topique
Fluconazole 150 mg x 1
 - Compliquée: culture et antifungigramme
(*Candida non-albicans* ?)
10 - 14 j de traitement
traiter le/la partenaire
traitement au long cours ...?

Herpès génital



"I'm warning you guys —
I've got herpes!"

Herpès génital: traitement

Aciclovir 400 mg x 3/j x 7 à 10j

Ou

Valacyclovir 1 gr x 2/j x 7 à 10 j même prix

Récidives fréquentes: traitement « suppressif »

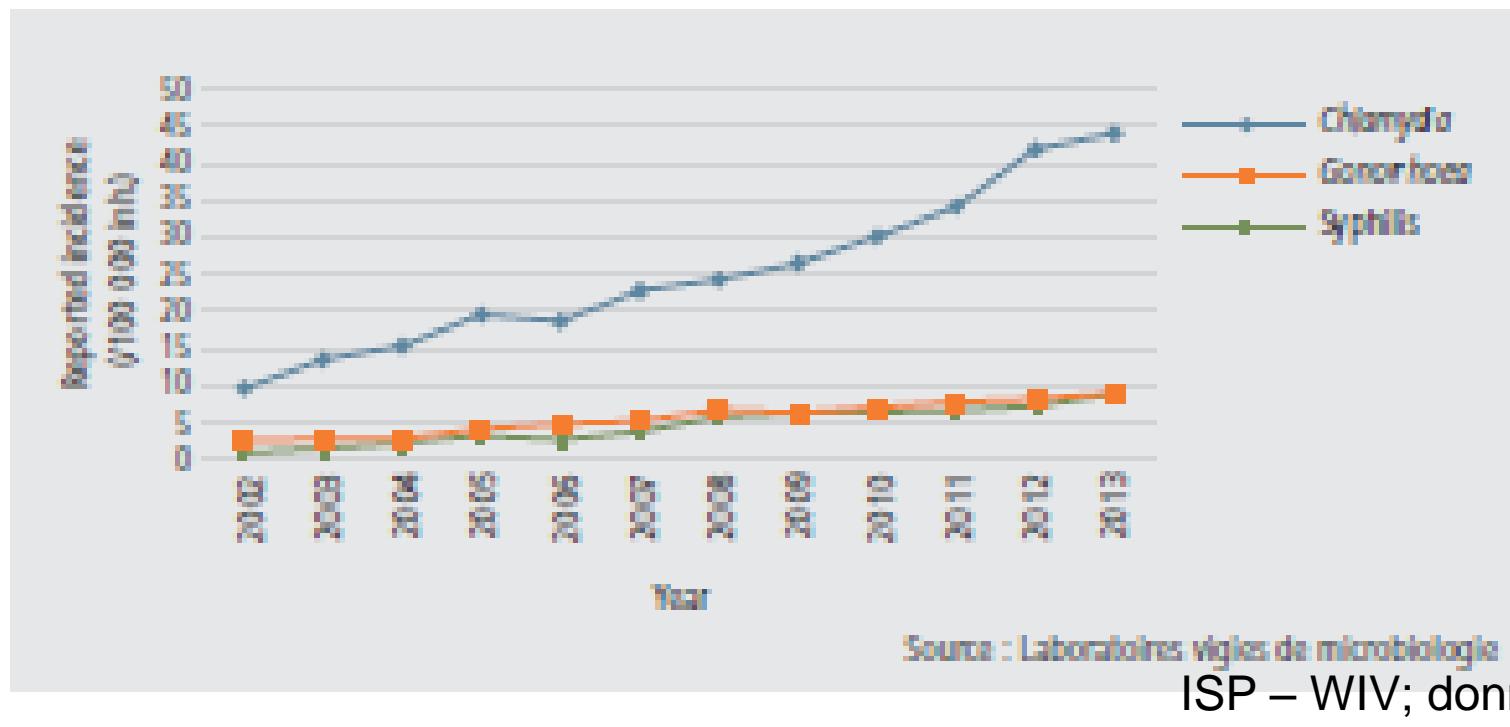
Aciclovir 400 mg x 2/j

Ou valacyclovir 500 mg x 1/j durée ?

Gonocoque, chlamydia, syphilis

Epidémiologie : situation en Belgique

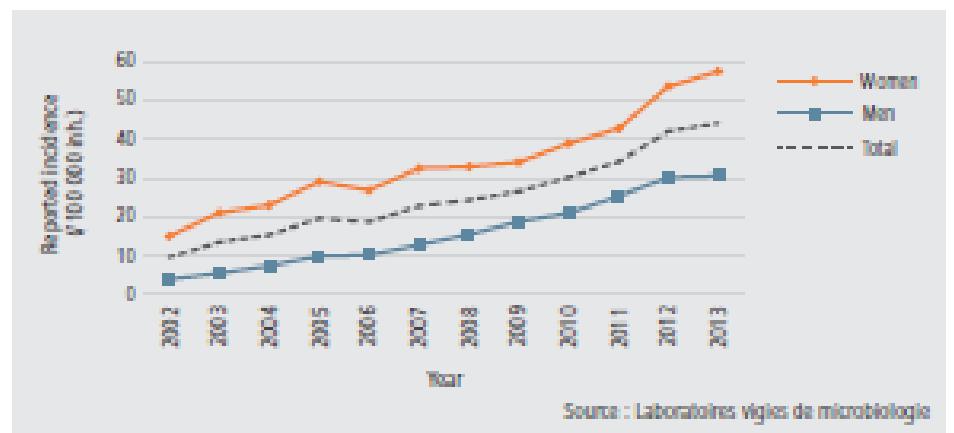
Figure 1 | Évolution de l'incidence rapportée (1/100 000 habitants) pour le Chlamydia, la gonorrhée et la syphilis en Belgique, 2002-2013



Chlamydia trachomatis en Belgique

- La plus fréquente
- Surtout femmes de 15 à 25 ans
- 2/3 : asymptomatiques

Figure 3 | Tendance au niveau de l'incidence rapportée spécifique du sexe (/100 000 habitants) pour le Chlamydia en Belgique, 2002-2013



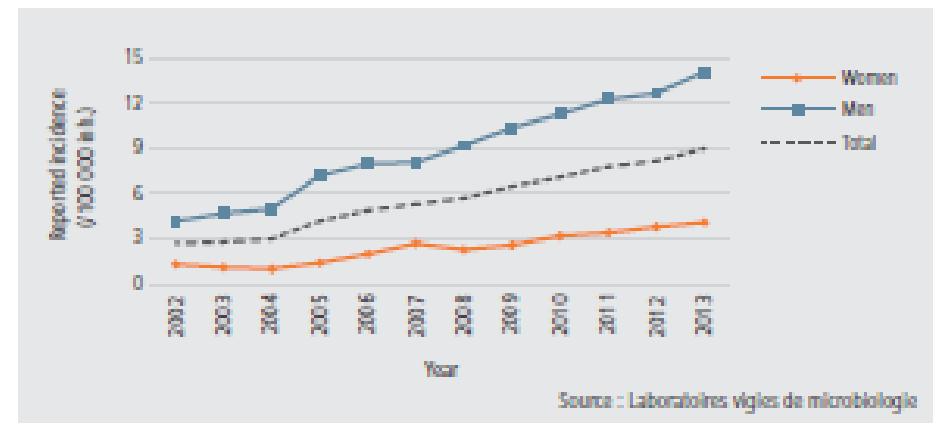
ISP – WIV; données 2013

Gonocoque en Belgique

- Touche surtout les hommes (78%)
- 20-35 ans
- Surtout homo/bisexuels
- VIH + dans 42% des cas

ISP – WIV; données 2013

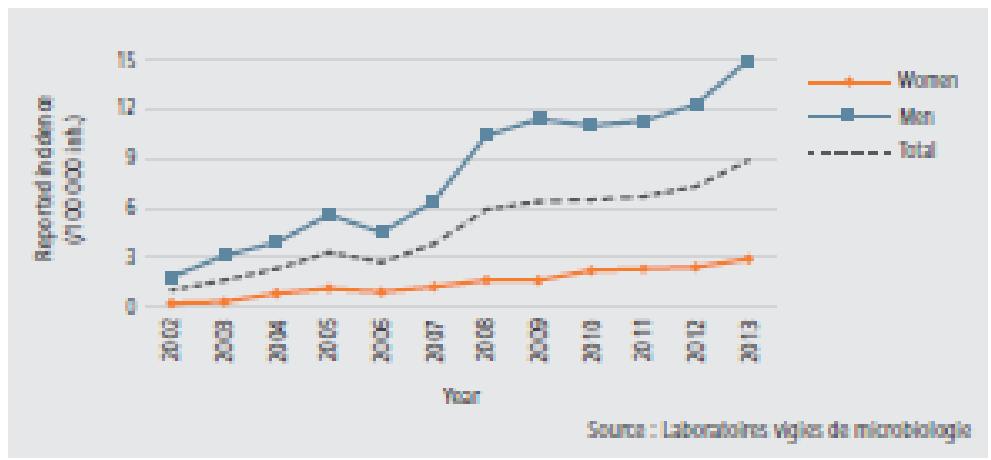
Figure 10 | Tendance au niveau de l'incidence rapportée spécifique du sexe (/100 000 habitants) pour la gonorrhée en Belgique, 2002-2013



Syphilis en Belgique

- Touche surtout les hommes (82%)
- Homo/bisexuels (88%)
- VIH+ (>50% des cas)

Figure 14 | Tendance au niveau de l'incidence rapportée spécifique du sexe pour la syphilis en Belgique, 2002-2013



ISP – WIV; données 2013

■ Urétrites-Cervicite

- Présentation clinique et Complications
- Techniques diagnostiques
- Traitement

■ Ulcération

- Syphilis
- Lymphogranulomatose vénérienne

Urétrite – Cervicite : agents étiologiques

Urétrite



Cervicite



- **Gonococciques (75%)**
- **Non gonococciques**
 - *Chlamydia Trachomatis*: 11-43%
 - *Mycoplasma génitalium*: 9-24%
 - *Trichomonas vaginalis*: 1-20%
 - *Ureaplasma urealyticum*: 5-10%
 - *Herpes simplex virus*: 2-3%
 - *Adénovirus*: 2-4%
 - *Entérobactéries*
 - *Origine indéterminée*

- *Chlamydia Trachomatis*
- *Neisseria Gonorrhoeae*
- *Mycoplasma génitalium*
- *Trichomonas vaginalis*
- *Ureaplasma urealyticum*
- *Herpes simplex virus*
- Origine indéterminée (50%)

M Shahmanesh et al; *Int J STD AIDS* 2009

Urétrite – Cervicite : présentation clinique

Urétrite



Cervicite

- Décharge muco-purulente
- Dysurie
- Prurit urétral
- Asymptomatique :
 - *Trichomonas vaginalis* (>50%)
 - *Chlamydia trachomatis* (50%)
 - *Neisseria Gonorrhoeae* (<10%)

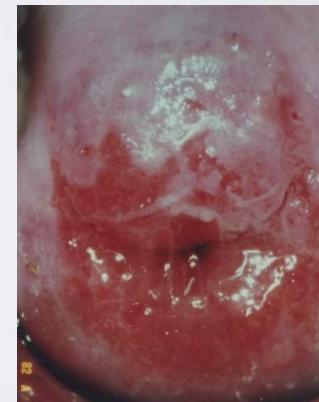


Figure 106-2 Purulent discharge. Purulent urethral discharge from a man with gonococcal urethritis.

Copyright © 2010 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier Inc.



- Ecoulement vaginal
- Dysurie
- Métrorragies, Ménorragies
- Asymptomatique!!
 - jusqu' à 90% pour le *Chlamydia trachomatis*
 - 50% pour *Neisseria Gonorrhoeae*



Urétrite – Cervicite : complications

Urétrite



Cervicite

- Orchi-epididymite, prostatite
- infertilité
- Sténose urétrale
- Arthrite réactionnelle, syndrome oculo-uréto-synovial
- Augmentation de la transmission du VIH



Cervicite

- Maladies inflammatoires pelviennes, grossesses extra-utérines
- Infertilité
- Arthrite réactionnelle, syndrome oculo-uréto-synovial
- Augmentation de la transmission du VIH

Urétrite – Cervicite : approche diagnostique

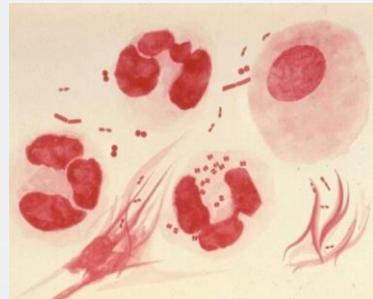
■ Examen direct, coloration Gram :

- Sur frottis urétral/(secrétions vaginales)
 - > 5 GB/champ
 - Diplocoques intracellulaires Gram négatifs
- !! Sensibilité > si homme symptomatique (95% vs < 55%)
Sensibilité < 55% pour les prélèvements endocervicaux
- Que pour *Neisseria Gonorrhoeae*



■ Culture N. Gonorrhoeae

- Sur frottis urétral. Antibiogramme!!
- Que pour *Neisseria Gonorrhoeae*
- Ensemencement immédiat !



Urétrite – Cervicite : approche diagnostique

Examen référence = PCR

(NAAT, nucleic acid amplification test)

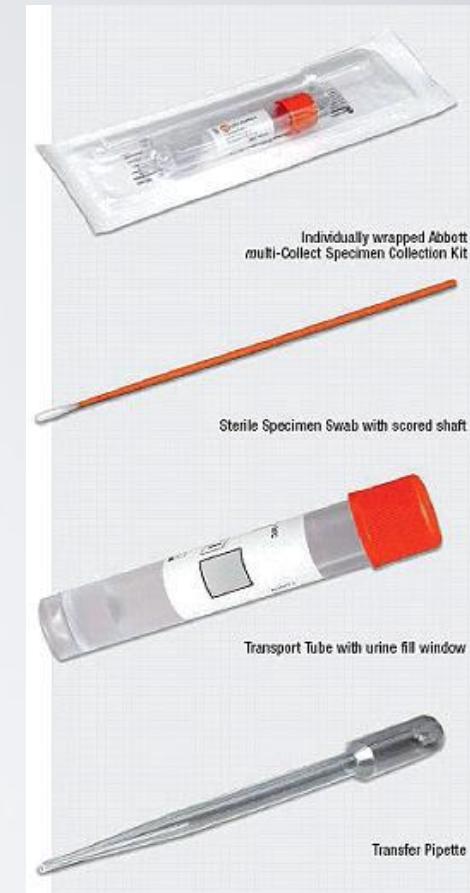
Sensibilité

- 92.4% pour *C. Trachomatis*
- 99.7% pour *N. Gonorrhoeae*
- Sensibilité > 90% même chez le pt asymptomatique

Spécificité

- > 99 % pr *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*

Reproductibilité excellente



C. A. Gaydos; JOURNAL OF CLINICAL MICROBIOLOGY; Sept. 2010

Urétrite: approche diagnostique

Urides versus frottis urétral? Homme

- **Urides = premier choix**
- !!Faux négatifs
(3-10% des infections à *C. Trachomatis*)
- En pratique :
 - Premier jet urinaire
 - Idéalement premières urides du matin (ou dernières urides < 2 heures)



C. A. Gaydos; JOURNAL OF CLINICAL MICROBIOLOGY; Sept. 2010

Urétrite – Cervicite : approche diagnostique

- **Guidelines CDC :**

Urides/vaginal/endocervical

Femme

- **Guidelines européens:**

Vaginal

- **Sanford:**

Urides/vaginal pour Chlamydia

Vaginal pour gonocoque

- **En pratique?**

- Préférer vaginal (ssi S)

- Urides acceptable (dépistage)

- Vaginal Self-collected : fiable

C. A. Gaydos; JOURNAL OF CLINICAL MICROBIOLOGY; Sept. 2010

Urétrite – Cervicite : interprétation de la PCR

La PCR peut rester positive longtemps après traitement adéquat ...

- Chlamydia trachomatis: +/- 6 semaines
- Gonocoque: +/- 2 semaines

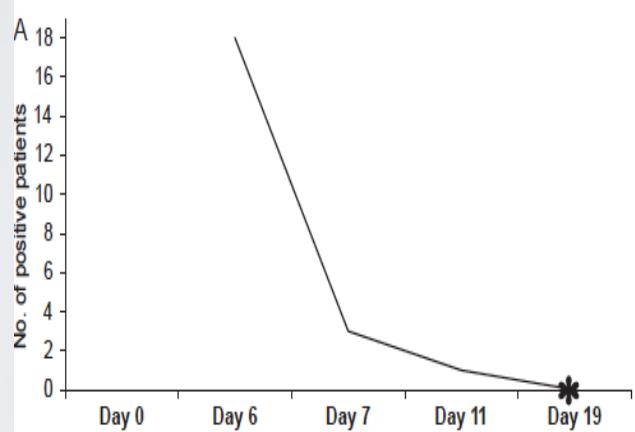


Fig. 1. (A) Number of positive patients, of the ones that returned within 7 days for their first test-of-cure (TOC), following treatment of gonorrhoea.

Stig Ove Hjelmevoll¹ et al;
Acta Derm Venereol 2012; 92: 316–319

Urétrite : traitement

Problème de la résistance du gonocoque

- à la pénicilline (32 %)
- aux quinolones (51 %)

Tableau 3 | Pourcentage d'isolats résistants, Belgique (sur la base de la méthode de dilution en gélose et des seuils CLSI)

Antibiotique	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	%	%	%	%	%	%	%	%
Pénicilline	32,8	34,8	35,5	47,7	52,3	36,3	38,5	32,2
Tétracycline	50,9	49,0	48,0	61,5	56,4	55,5	53,2	46,4
Ciprofloxacine	61,4	60,3	57,5	63,2	60,9	57,1	55,3	51,2
Azithromycine*	1,8	3,1	1,6	2,1	8,2	2,6	1,4	2,3
Céfixime	-	-	-	-	0	0	0,2	0,3**

* Seuils selon le CDC

** La céfixime n'est pas utilisée en Belgique mais elle est testée à la demande de l'ECDC

Tous les isolats étaient sensibles à la spectinomycine.

Tous les isolats étaient sensibles à la céftriaxone.

Il est par conséquent important de conserver la spectinomycine, tout comme la céftriaxone, dans l'arsenal thérapeutique.

Source : Centre de référence national pour la surveillance microbiologique des IST, IMT, Anvers



Urétrite : traitement

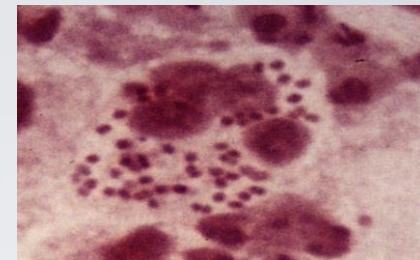
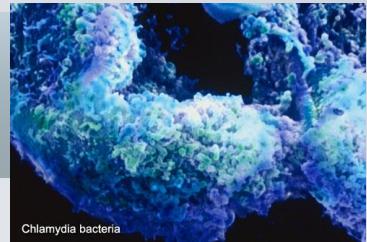
Problème de la difficulté de traiter le Chlamydia

DONC :

Il faut traiter les 2

germes

partenaires (en
même temps)



Urétrite – Cervicite : traitement

■ Quand?

- Dès la première consultation si symptomatique sans attendre le résultat des analyses

■ Quoi?

- R/ empirique contre *N. Gonorrhoeae* et *C. Trachomatis*

Régime recommandé

Ceftriaxone 500 mg IM

+

Azithromycine 1 (2?) gr DU ou Doxycycline 100 mg 2x/j 7j

Neisseria Gonorrhoea : traitement

■ Allergie à la pénicilline :

- Allergie croisée : 5-10%
- Préciser le type d'allergie!!
- Céphalosporines contre-indiquées ssi réactions sévères à la pénicilline (œdème de Quincke, anaphylaxie, Stevens-Johnson, Lyell)

■ Quel schéma utilisé

- Spectinomycine 2 gr DU IM + Azithromycine 1 (2?) gr DU
- Azithromycine 2* gr DU (Antibiogramme)
- Ciprofloxacine 500 mg DU ou Ofloxacine 400 mg DU (!!Antibiogramme)

*Avec le repas

Chlamydia Trachomatis : traitement

Régime recommandé

Azithromycine 1 gr DU

ou

Doxycycline 100 mg 2x/j pendant 7j

Régimes alternatifs

Levofloxacine 500 mg 1x/j pendant 7 jours

ou

Ofloxacine 400 mg 2x/j pendant 7 jours

ou

Amoxicilline 500 mg 3x/j pendant 7 jours (femme enceinte)

Urétrite, prise en charge : ne pas oublier...

■ Prise en charge du partenaire

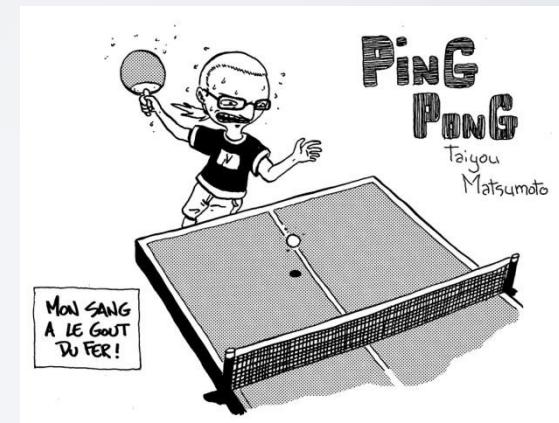
- Diagnostic et traitement empirique de tous les partenaires ayant eu des rapports sexuels il y a < 60 jours avant le diagnostic
- Rapports protégés pendant 7 jours après le traitement



sinon

■ Testing autres MST

L'Œuf ou la poule?



Un ulcère génital chez l'homme...

- **Syphilis**
- **Lymphogranulomatose vénérienne**
- Chancre mou/chancroïde
- Herpès Simplex
- Donovanose

Syphilis : Classification



- Syphilis PRECOCE: < 1 an après la contamination
 - Primaire = chancre syphilitique
 - Secondaire
 - Latente précoce (asymptomatique)
- Syphilis TARDIVE: > 1 an après la contamination
 - Latente tardive (asymptomatique)
 - Tertiaire : gomme, atteinte neurologique, cardiovasculaire
- CONGENITAL

Syphilis : Symptomatologie

Stade	Manifestations cliniques	Début des signes	Durée des signes	Remarques
Syphilis primaire	Chancre , adénopathies	En moyenne 3 semaines après le début du chancre (10-100 jours)	Le chancre peut persister 2 à 6 semaines	Régresse spontanément en l'absence de traitement
Syphilis secondaire	Eruption cutanéo-muqueuse (tronc, visage, paumes, plantes) avec parfois d'autres manifestations (fièvre, arthralgies, poly-adénopathies, méningite, hépatite, uvéite...)	6 semaines à 6 mois après le début du chancre	L'éruption peut durer quelques jours ou quelques semaines. En l'absence de traitement, on peut noter la survenue de plusieurs éruptions cutanéo-muqueuses entrecoupées de phases asymptomatiques, pendant une période variable (1, 2 ans...)	Régresse spontanément en l'absence de traitement
Syphilis latente précoce	Absence de signes cliniques		Syphilis de moins d'un an d'évolution	
Syphilis latente tardive			Syphilis de plus d'un an d'évolution	
Syphilis tertiaire	Atteinte cutanée (gommes), atteinte neurologique (tabès, paralysie générale...), atteinte cardiovasculaire (aortite, anévrismes...)	Plusieurs années après le contage (10 ans ou plus)		Rare de nos jours, en particulier dans les pays industrialisés, (prise fréquente de traitements antibiotiques intercurrents)

Syphilis : Symptomatologie

Treponema Pallidum



Chancre syphilitique

- Ulcération souvent unique, indolore, Indurée
- Adénopathie satellite possible



Syphilis : Symptomatologie



Roséole syphilitique



	Lésion	Sens.	ADP	Particularités
Herpes	Vésicules multiples, ulcérações	++	Satellites sensibles	Symptômes généraux
Syphilis	Unique à base indurée	-	Satellites indolores	
Chancre mou	Ulcérations muco-purulentes	+	Satellites sensibles,	Fistulisation, surinfection
LGV	Herpétiformes, non indurés	+/- sensible	“Bubon” sensible	Placard, fistulisation
Donovanose	Papule surélevée, une ou plusieurs	-	Pseudo-ADP	

Syphilis : Méthodes diagnostiques

■ Tests sérologiques :

- Tests tréponémiques : TPHA – TPPA – Ac anti-syphilis
 - Utilisés pour le dépistage
 - Non corrélés à l'activité de la maladie
 - Reste positif après la guérison
- Tests non tréponémiques : RPR – VDRL
 - Test de confirmation
 - Corrélé à l'activité de la maladie (chgt de 2 dilutions)
 - Suivi de la réponse au traitement

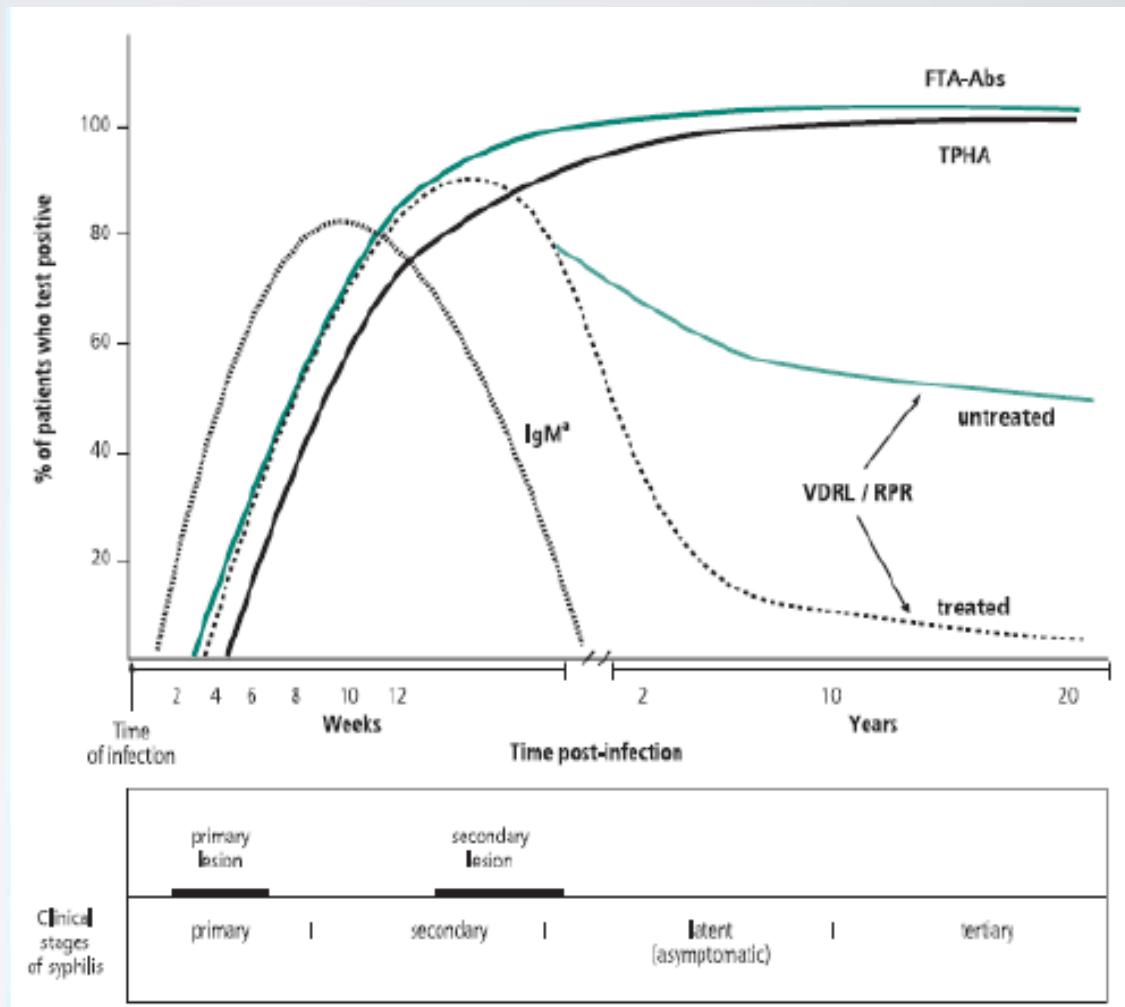
! Faux positifs

- **Examen direct, PCR** : peu utilisé en pratique
- **Western-Blot** : dans les cas douteux?

Syphilis : Méthodes diagnostiques

! Sérologie peut être négative au stade très précoce

Traitements si lésion suspecte et répéter la sérologie



Syphilis : Méthodes diagnostiques

Infectious Diseases

Lyme disease*
Leptospirosis
Relapsing fever
Ratbite fever (*Spirillum minus*)
Leprosy
Tuberculosis
Pneumonococcal pneumonia
Subacute bacterial endocarditis
Chancroid
Scarlet fever
Rickettsial disease
Malaria
Trypanosomiasis
Mycoplasma pneumonia
Chickenpox
Lymphogranuloma venereum
Hepatitis (especially hepatitis C)
Infectious mononucleosis

Noninfectious Diseases

Drug addiction
Any connective tissue disease disorder
Rheumatoid heart disease
Blood transfusions (multiple)
Pregnancy
"Old age"
Any vaccination
Chronic liver disease (noninfectious)

*Only specific treponemal tests, VDRL (RPR) negative.

Faux positif VDRL>TPHA

- Stimulus antigénique aspécifique:
infection virale ou bactérienne
vaccination
drogue IV
- Grossesse
- Hypergammaglobulinémie
- Maladies auto-immunes (LED)
- Age (10% > 70 ans)
- Rxn croisées avec les spirochètes
Tréponématoses non vénériennes
Borrelia
Leptospirose

Syphilis : Méthodes diagnostiques

TPHA positif

VDRL négatif



- Faux positif TPHA
- Infection ancienne guérie
- Effet prozone
- Syphilis tardive
- Syphilis primaire très précoce

VDRL positif



- Syphilis active

TPHA négatif

VDRL négatif



- Syphilis négative
- Infection très précoce (7 premiers j)

VDRL positif



- Faux positif
- Syphilis primaire

Syphilis : Traitement

1. Précoce (Syphilis 1er, 2ere ou latente précoce)

- Benzathine pénicillin G 2,4 millions d' unités IM en dose unique

2. Tardive (Syphilis latente tardive et syphilis tertiaire*)

- Benzathine pénicillin G 2,4 millions d' unités IM 1x/semaine pendant 3 semaines

!Réaction de Jarisch-Herxheimer peut survenir dans les premières 24h de R/

*À l'exception de la forme neurologique

Syphilis : Traitement

Allergie à la pénicilline

- R/ *alternatifs pour syphilis précoce :*
 - Doxycycline : 200 mg 1x/j pdt 14j
 - Ceftriaxone 1gr/j pdt 14j (peu étudiée)*
 - Azithromycine 2 gr 1 dose
- R/ *alternatifs pour syphilis latente tardive :*
 - Doxycycline 200 mg 1x/j pdt 28j
- R/ Alternatifs pour *neurosyphilis* :
 - Ceftriaxone 2gr 1x/j pdt 10 à 14j !rxn croisées*

*Œdème de Quincke ou anaphylaxie = contre indication absolue!!

Syphilis : Suivi

- **BUT** : diminution des titres de VDRL de 4x (2 dilutions) dans les 6 à 12 mois
- Si absence de diminution du VDRL :
 - Envisager ponction lombaire, sérologie HIV
 - Envisager un retraitement (3 injections)
 - 15% : sérofast réaction (persistance de taux faibles de VDRL, titre > 1/32 rarement vu après traitement adéquat)

! Testing autres MST et conseils de prévention

Pour toute consultation IST...

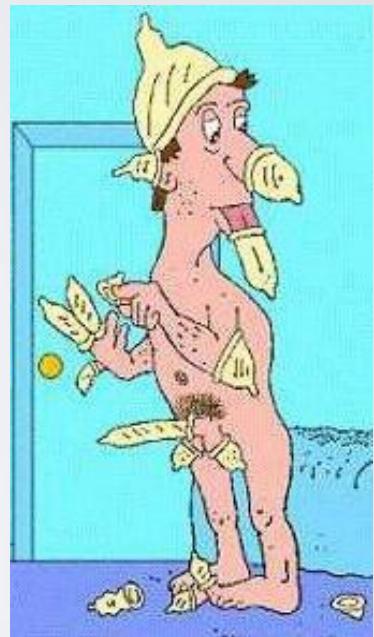


■ Luttons contre la transmission des IST!!

□ Conseils généraux

- Expliquer les modes de transmission
- Facteurs de risque d'acquisition identiques pour les MST (HIV, syphilis,...)
- Postposer l'activité sexuelle après traitement (7j)

□ Dépistage et traitement des partenaires



Pour toute consultation IST...



■ Dépistage des autres MST :

- PCR gonocoque/chlamydia dans les urines
- Sérologie syphilis, Sérologie HIV : 0-3 mois après IST (fenêtre sérologique)
- Vérifier la vaccination HBV/sérologie HBV
- Sérologie hépatite C
 - Homosexuels infectés par le VIH
 - Hépatite C aigue
 - Souvent 3 mois après IST (syphilis, LGV,...)

