

Infection à Neisseria Gonorrhoeae

Tableau Clinique Initial	<p><u>Chez l'homme, le plus fréquent</u>: Urétrite: mictalgie, écoulement purulent. (souvent symptomatique (95% des cas), tandis que l'infection des autres sites est généralement asymptomatique)</p> <p><u>Chez la femme, le plus fréquent</u>: Cervicite: pertes vaginales anormales, saignement vaginal anormal et saignement après un rapport sexuel. (70% à 90% des cas sont asymptomatiques, tout comme l'infection des autres sites)</p> <p><u>Autres sites pouvant être infectés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Commun aux 2 sexes</u> - Pharyngite - Proctite (infection ano-rectale pouvant être accompagnée de prurit, ténésme et d'un écoulement éventuellement sanguinolent) - Conjonctivite • <u>Chez la femme</u> - Urétrite - Bartholinite (infection des glandes de Bartholin) - Si infectée lors de l'accouchement, le nouveau-né peut être contaminé et présenter une conjonctivite et éventuellement un sepsis.
Complications	<p><u>Communes aux deux sexes</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infection gonococcique disséminée (septicémie rare, suivie parfois d'arthrite, de lésions de peau, d'endocardite et de méningite) - Syndrome oculo-uréthro-synovial ou syndrome de Reiter (conjonctivite, urétrite, arthrite) <p><u>Chez l'homme</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orchite-épididymite - prostatite - infertilité (rare) <p><u>Chez la Femme</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pelvic Inflammatory Disease</i> (10 à 40% des infections à gonocoque non traitées): présentation aiguë: pelvi-péritonite ou salpingite (douleur pelvienne, fièvre, douleur à la mobilisation du col, saignement, dyspareunie profonde). La majorité des infections pelviennes ne sont pas symptomatiques (près de 2/3 des cas). Par conséquent, risque d'infertilité, de grossesse extra-utérine ou de douleur pelvienne chronique. - Pendant la grossesse: risque accru de fausse couche et d'accouchement prématuré.
Durée de l'infection	Elle peut persister de nombreux mois et induire des complications, même en l'absence de symptômes

Période d'incubation	2 à 7 jours
Période de contagiosité	Le patient reste contagieux tant qu'il n'est pas traité. Risque de transmission de 75 à 90%. Le patient peut rester contaminant jusqu'à 7 jours après la fin de son traitement ET la résolution de ses symptômes.
Modes de Transmission	-Rapport sexuel (pénétration et fellation) - Transmission de la mère au nouveau-né lors de l'accouchement
Analyses de biologie médicale	PCR (technique d'amplification d'une séquence ADN) sur - Frottis urétral (introduire le frottis à une profondeur de 2 à 4 cm) ou col de l'utérus ou cul de sac vaginal (auto-frottis) ou pharyngé. Sensibilité et Spécificité >99%. <u>OU</u> -Urines: 1er Jet. Le patient ne doit pas avoir uriné pendant les 2h qui précèdent le prélèvement. <u>Remarques</u> - Le laboratoire recherche systématiquement la présence de Chlamydia Trachomatis (infection par les 2 pathogènes dans 30 à 50% des cas) et de Mycoplasma Genitalium. - La culture du gonocoque est très difficile à réaliser car sa viabilité sur milieu de transport ne dépasse pas 6 à 12h mais elle reste utile pour évaluer la sensibilité aux antibiotiques. - Tous les prélèvements doivent être conservés au frigo ou être transmis rapidement au laboratoire d'analyse. - Contrairement au Chlamydia qui n'est remboursé que 2X/an, il n'existe pas de restriction de remboursement concernant la recherche de gonocoque.
Période fenêtre	Le délai minimal pour que l'infection gonococcique puisse être détectée est inconnu. La période d'incubation étant de maximum 7 jours, on peut dire que l'infection sera détectable après une semaine.
Traitement	1er choix: Ceftriaxone IM 500mg (dose unique) ET Azithromycine 2 gr (dose unique) Second choix: : Ceftriaxone IM 500mg (dose unique) ET doxycycline 200mg 2x/j pendant 7 jours