

Grande Journée WaPi 2021

« Les urgences »

Urgences en infectiologie : IST

27 mars 2021 (vidéo-conférence)

par le Dr Jimmy FONTAINE • médecin généraliste • 1480 Tubize • jimmy.fontaine@ssmg.be

Gonorrhée

En Belgique, la gonorrhée est l'IST la plus fréquente après les infections à chlamydia : 275 cas avaient été rapportés en 2002 contre 1515 en 2016. Cette infection se rencontre surtout chez les HSH^a entre 20 et 39 ans.

Présentation clinique

L'incubation varie de 2 à 5 jours en moyenne. Parmi les symptômes, on retrouve l'écoulement purulent et l'urétrite douloureuse, 10 à 50% de rectite chez les hommes, 10 à 50% de pharyngite (souvent asymptomatique), la prostatite, l'épididymite, la bactériémie.

Dépistage

Le KCE^b propose des tableaux exhaustifs pour savoir chez qui rechercher une gonorrhée (parmi les asymptomatiques) et quels tests diagnostiques à effectuer chez l'homme et la femme en fonction du risque et du profil du patient. (Cf. le lien KCE²).

Voici des informations importantes à délivrer au patient qui est traité pour une gonorrhée :

- pas de contact sexuel jusqu'à 7 jours après la fin de leur traitement et de celui de leur partenaire, et après disparition des symptômes ;
- rechercher d'autres IST ;

- informer le patient sur son infection : transmission, prévention, complications (par exemple, le site site.depistage.be^c à destination des patients).

Traitement

Un traitement doit être instauré :

- si culture ou test PCR positif pour la gonorrhée qu'importe le site de prélèvement ;
- sans attendre le résultat : raisons épidémiologiques (partenaire récent avec gonorrhée, mère d'un nouveau-né avec gonorrhée), présence de symptômes (écoulement urétral purulent chez l'homme, proctite chez les HSH, cervicite muco-purulente chez la femme), quand le suivi ne peut être garanti après prélèvement.

Quant au traitement de la gonorrhée non compliquée (urétrite, cervicite, rectite, pharyngite), il consiste en du ceftriaxone 500 mg IM et de l'azithromycine 2 g per os.

Le traitement de la co-infection gonorrhée et Chlamydia est fonction du site d'infection :

- urogénital ou oropharyngé : 500 mg de ceftriaxone IM et 2 g azithromycine per os ;
- anorectal : 500 mg de ceftriaxone IM et 100 mg de doxycycline per os 2x/j pdt 7 j (21 j si présence d'un lymphogranulome vénérien).

Pour la femme enceinte, le traitement de la gonorrhée seule consiste en 500 mg de ceftriaxone IM et pour la co-infection gonorrhée/chlamydia, on rajoute 1g d'azithromycine per os.

a. HSH = hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

b. https://www.kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_310B_diagnostic_prise%20en%20charge_Gonorrhée_et_syphilis_Synthese_0.pdf

c. <https://depistage.be/ist/gonorrhée/>



À Bruxelles et en Flandre, les médecins doivent déclarer toute infection gonorrhéique aux autorités compétentes^d.

Le rapport du KCE^e permet d'obtenir plus d'informations pour ceux qui le désirent (quid en cas de résistance, alternatives thérapeutiques, quand effectuer un test de contrôle de la guérison, etc.).

Syphilis

La syphilis est en pleine augmentation : 46 déclarations en 2002 contre 943 en 2016. Elle concerne surtout le groupe des HSH entre 20 et 59 ans.

Dépistage

Voici une liste des situations dans lesquelles il est conseillé de dépister cette maladie :

- chez toutes les femmes enceintes lors du T1 ou lors de la consultation prénatale ;
- chez les femmes enceintes avec un comportement sexuel à haut risque ou avec un risque accru de syphilis (cf. ci-dessous) : à T1 et T3 ;
- chez toute personne présentant des symptômes possibles de la maladie ;
- chez toute personne asymptomatique avec un comportement sexuel à haut risque ou un risque accru de syphilis :
- travailleurs du sexe ;
- HSH avec comportement à haut risque (contacts sexuels non protégés lors de relations non exclusivement monogames, sous PrEP^f, diagnostic récent de VIH, syphilis diagnostiquée dans le passé) ;
- patient ou partenaire originaire d'un pays où la prévalence de la syphilis est > à 1% (cf. Carte OMS^g) ;
- hétérosexuels avec contacts sexuels oraux, anaux ou vaginaux non protégés lors de relations non exclusivement monogames ;
- chez les adolescents/adultes de 29 ans maximum ayant des contacts sexuels oraux, anaux ou vaginaux non protégés lors de relations monogames en cas de diagnostic de Chlamydia, gonorrhée ou VIH) et/ou avec un partenaire appartenant à un groupe décrit ci-dessus ;

d. Pour la Flandre : <https://www.zorg-en-gezondheid.be/een-meldingsplichtige-infectieziekte-aangeven> ;
Pour Bruxelles : <http://www.ccc-ggc.irisnet.be/fr/politique-de-la-sante/maladies-transmissibles>

e. https://www.kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_310B_diagnostic_prise%20en%20charge_Gonorrhoe_et_syphilis_Synthese_0.pdf

f. PrEP= Prophylaxie Pré-Exposition

g. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/sexually-transmitted-infections>

- autres situations :
 - bébé ou mère chez qui la maladie a été diagnostiquée chez l'un des deux ;
 - en cas d'interruption de grossesse ;
 - si syphilis avérée ou présumée du partenaire sexuel ;
 - chez toute personne chez qui une IST a été diagnostiquée.

Présentation clinique

La forme primaire de la maladie est caractérisée par le chancre apparaissant au niveau du site d'inoculation. Cet ulcère non douloureux, induré et propre survient en moyenne 3 semaines après le rapport et guérit spontanément au bout de 3 à 6 semaines.

Une éruption maculo-papuleuse peut survenir 2 à 8 semaines après le chancre et constitue la forme secondaire de la maladie. Une atteinte palmo-plantaire douloureuse peut se rencontrer : cette forme est contagieuse.

Traitement

Le traitement des formes primaire et secondaire consiste en l'injection de 2 x 1,2 million d'unités de benzathine pénicilline G (BPG) en IM (douloureux) au même moment mais à des sites d'injection différents. En cas d'allergie à la pénicilline, la doxycycline peut être proposée (100 mg 2x/j pendant 14 jours).

Herpès génital

Dans 80 % des cas, le HSV-2 est responsable de l'infection.

L'incubation dure environ 7 jours et 50 à 90 % des cas sont asymptomatiques.

Dans les formes symptomatiques, on retrouve des vésicules et érosions polycycliques douloureuses avec une guérison spontanée dans les 2 à 4 semaines.

Le traitement de la primo-infection (pour diminuer les symptômes et la durée) consiste en du valaciclovir 500 mg 2x/j pendant 5 à 10 jours. En cas de récurrence, le valaciclovir 500 mg est pris 2x/j pendant 3 à 5 jours. Si le patient présente au moins 6 poussées par an, on peut lui proposer un traitement de valaciclovir 500 mg 1x/j pour diminuer les récurrences pendant 6 mois à un an avec réévaluation à la fin du traitement. (JF)

D'après l'exposé du Dr Mélanie Delvallée, infectiologue au CHWAPI.

Mots-clés : IST, gonorrhée, syphilis, herpès génital.