

Fiche SYNDROME AEMIP 2015
Infektions sexuellement transmissibles bactériennes

Auteurs : Matthieu Eveillard, Anne Doléans-Jordheim, Alban Le Monnier, Nadège Bourgeois-Nicolaos

Présentations cliniques et complications

• Différents types de pathologies peuvent être rencontrés : avec ulcération ou avec écoulement (urétrites/endocervicites)

1. Ulcérations génitales

- **Chancre syphilitique** (syphilis primaire). Chancre indolore à base indurée et adénopathies non douloureuses.

En absence de traitement, évolution possible par dissémination bactérienne (syphilis secondaire), puis complications tardives neurologiques, cutanéomuqueuses (syphilis tertiaire).

- **Chancre mou**. Chancre à base non indurée, sale, douloureux et prurigineux. (Pour information ; la bactérie impliquée n'est pas au programme de l'internat)

- **Granulome inguinal** (donovanose). Ulcères génitaux non douloureux.

Complications par destruction des tissus et risques de surinfections bactériennes en absence de traitement. (Pour information ; la bactérie impliquée n'est pas au programme de l'internat).

- **Lymphogranulomatose vénérienne** (maladie de Nicolas-favre). Micro ulcérations génitales ou ano-rectales indolores et pouvant passer inaperçues. Risque d'évolution vers la chronicité en absence de traitement (phase secondaire et tertiaire).

2. Urétrites (et endocervicites chez la femme)

Chez l'homme, les urétrites à *Neisseria gonorrhoeae* sont très symptomatiques. La symptomatologie des urétrites liées à d'autres étiologies bactériennes chez l'homme est plus discrète (souvent asymptomatique). Les gonococcies peuvent se compliquer d'arthrites. Les infections à *C. trachomatis* peuvent être à l'origine du syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter (association urérite + polyarthrite + conjonctivite).

Chez la femme, les urétrites et endocervicites sont en général peu symptomatiques. Les endocervicites non traitées peuvent se compliquer par l'atteinte de l'utérus / cavité tubaire (salpingite) ou l'atteinte du péritoine pelvien (pelvi-péritonite- syndrome de Fitz-Hugh- Curtis). Les infections à *C. trachomatis* et à gonocoques non traitées peuvent être à l'origine de stérilité tubaire.

3. Vulvo-vaginite

Principalement d'origine fongique ou parasitaire (*Trichomonas vaginalis*, au programme de l'internat...en parasitologie). A ne pas oublier cependant car peuvent être diagnostiquées au laboratoire de bactériologie.

4. Syphilis congénitale

Il existe une possibilité de transmission de la syphilis d'une mère à son enfant (syphilis congénitale), soit pendant la période anténatale, soit au moment de l'accouchement, par contact avec des sécrétions infectées.

Diagnostic biologique et agents étiologiques

1. Les agents étiologiques

Syndromes cliniques et pathologies	Micro-organismes impliqués
Ulcérations - Chancre syphilitique - Chancre mou - Granulome inguinal - LymphoGranulomatose Vénéérienne (LGV)	<i>Treponema pallidum subspecies pallidum</i> <i>Haemophilus ducreyi</i> (pas au programme) <i>Klebsiella granulomatis</i> (pas au programme) <i>Chlamydia trachomatis</i> (sérotypes L1, L2, L2a, L3)
Urétrites / endocervicites	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> (pas au programme) (<i>Trichomonas vaginalis</i> chez l'homme)
Vulvo-vaginites	<i>Trichomonas vaginalis</i> <i>Candida</i> spp. (<i>C. albicans</i> ++)

2. Prélèvements à visée diagnostique

2.1. Urétrite chez l'homme

Prélèvement urétral à l'écouvillon (2 si possible pour examen direct et culture)

Utilisation de milieux de transport

Premier jet d'urines

NB : le patient ne doit pas avoir uriné dans les deux heures précédant le prélèvement

2.2. Urétrite ou endocervicite chez la femme

Prélèvement vaginal (2 si possible pour examen direct et culture) : endocol, culs de sacs vaginaux

Utilisation de milieux de transport

Premier jet d'urines

Paroi vaginale et vulve si vulvo-vaginite

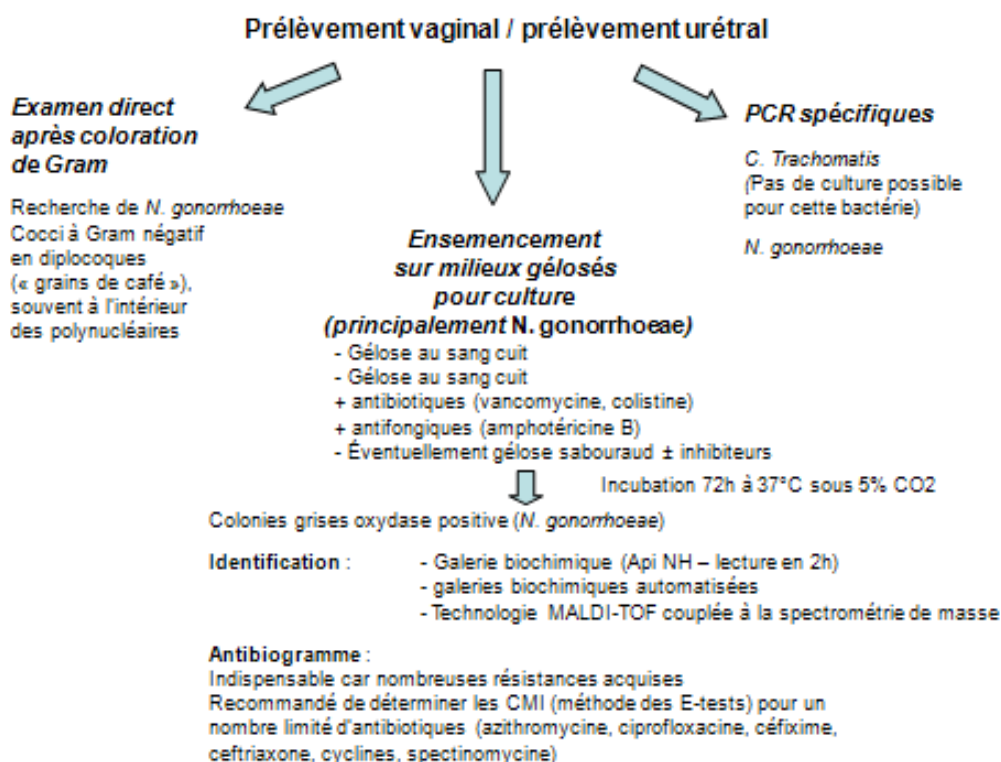
2.3. Ulcérations

Grattage par vaccinostyle sans faire saigner pour prélever la sérosité ou écouvillonnage des ulcérations après nettoyage par du sérum physiologique.

2.4. Prélèvement sanguin pour sérologies dans certains cas

3. Diagnostic biologique

3.2.1. Urétrites / endocervicites



**Les recherches de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhoeae* sont souvent couplées (co-infections)
La PCR *N. gonorrhoeae* ne dispense pas de la culture afin de pouvoir pratiquer un antibiogramme et permettre la surveillance épidémiologique.**

La sérologie pour le diagnostic des endocervicites ou des urétrites à *C. trachomatis* n'est pas recommandée. Elle serait plus intéressante dans les infections hautes (salpingites, pelvi-péritonites).

2.2.2. Ulcérations

La syphilis

L'ulcération d'origine bactérienne la plus souvent rencontrée est le chancre syphilitique.

Le diagnostic biologique de la syphilis primaire repose principalement sur la sérologie. Cependant, l'examen au microscope à fond noir est encore pratiqué et la PCR est maintenant disponible.

L'examen au microscope à fond noir est réalisé après avoir placé une goutte de sérosité entre lame et lamelle. Il est indispensable d'apprécier la mobilité des tréponèmes pour le diagnostic. L'examen doit donc être réalisé très rapidement après le prélèvement (dans les 15 à 30 minutes qui suivent).

Pour le **diagnostic sérologique**, la législation impose de réaliser un test utilisant des antigènes tréponémiques (TPHA, FTA, ELISA) et un test utilisant des antigènes non tréponémiques (VDRL).

Les tests ELISA permettent de mettre en évidence des IgG, des IgM, ou des anticorps totaux.

Cinétique des anticorps dans la syphilis : évolution naturelle de la maladie et évolution sous traitement efficace.

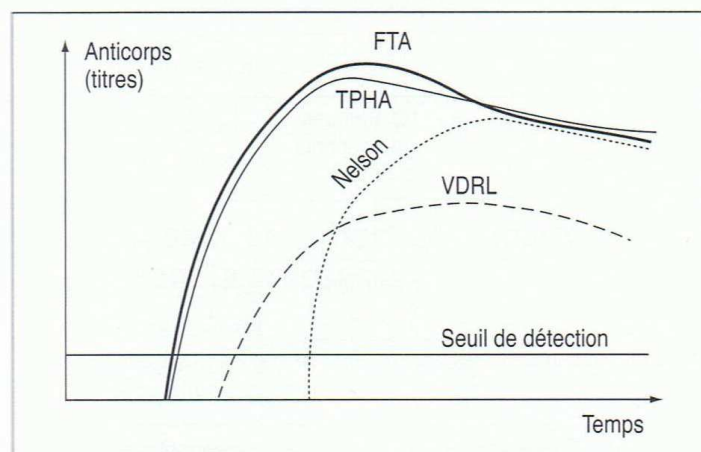


Figure 6.19. Syphilis non traitée : évolution générale des anticorps (d'après J. Thivolet, D. Salussola et M. Sepetjian).

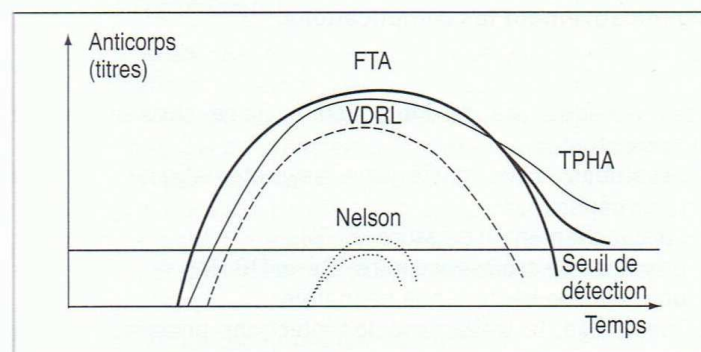
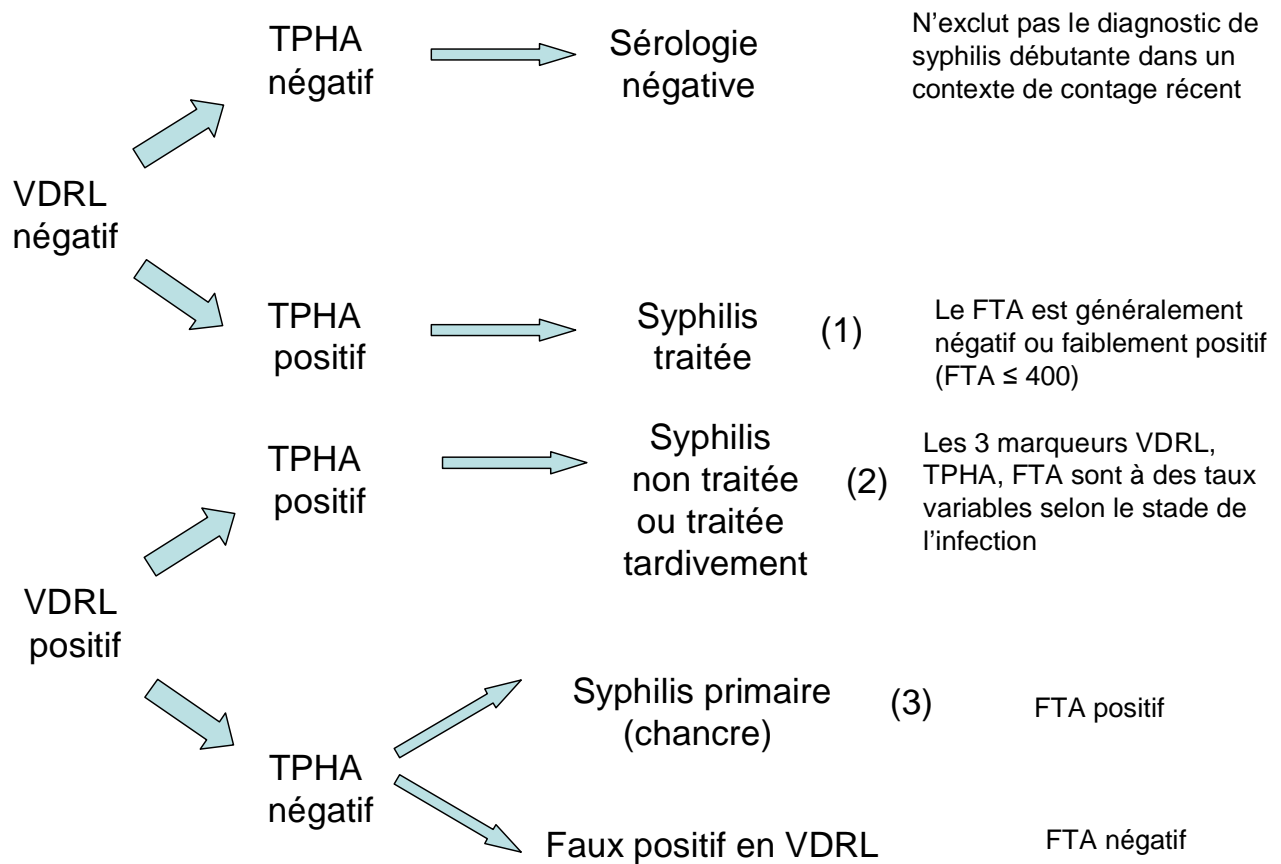


Figure 6.20. Syphilis traitée précocement : évolution sérologique avant la 6^e semaine qui suit l'apparition du chancre (d'après J. Thivolet, D. Salussola et M. Sepetjian).



Algorithme simplifié pour le diagnostic de la syphilis à partir du VDRL et du TPHA (source InVS)

- (1) Possibilité de réactions faussement positives en TPHA. Possibilité de réactions croisées avec des tréponématoses non vénériennes endémiques dans certains pays ou zones géographiques (bejel avec *Treponema palidum* spp. endemicum ; pian avec *Treponema palidum* spp. pertenue ; pinta avec *Treponema carateum*).
- (2) L'interprétation peut être plus difficile lorsque les taux d'anticorps sont faibles et en absence de signe clinique
- (3) Peut-être rencontré au stade très précoce de la syphilis.

Possibilité de **diagnostic direct par PCR**.

Lymphogranulomatose vénérienne

Sérologie

PCR

Traitements

1. Traitement des urétrites et cervicites non compliqués

Les traitements probabilistes dans les urétrites et cervicites sont des traitements monodoses. Ils sont administrables lors d'une consultation aussitôt après le prélèvement.

Le traitement probabiliste doit être en tout premier lieu dirigé contre *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis* puisque ce sont les deux bactéries le plus fréquemment en cause.

Le traitement des urétrites dépend de l'agent infectieux responsable.

Schéma thérapeutique recommandé :

1.1. traitement anti-*Neisseria gonorrhoeae*

Le traitement en dose unique ("minute") est indispensable pour une bonne observance.

Traitement de première intention : ceftriaxone IM 500 mg

Alternatives :

- Céfixime per os 400 mg
- Spectinomycine IM 2g (mais absence d'activité sur les gonococcies anorectales et pharyngées).
- Ciprofloxacine per os 500 mg (à confronter aux résultats de l'antibiogramme car la fréquence de résistance à ces antibiotiques est élevée)).

Un traitement des infections à *C. trachomatis* doit systématiquement être administré.

NB : les β -lactamines sont inefficaces en raison de l'absence de paroi chez *C. trachomatis*

Traitement de première intention : azithromycine per os 1g

Alternative : Doxycycline 200 mg/jour pendant 7 jours.

Traitement anti- *Chlamydia trachomatis*

Traitement de première intention : Azithromycine per os 1 g en dose unique.

Alternatives :

- Doxycycline 200 mg/jour en 2 prises pendant 7 jours
- Erythromycine 2 g/jour pendant 7 jours
- Ofloxacine 400 mg/jour pendant 7 jours.

1.3. Traitement des salpingites (*Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae*)

Ceftriaxone + doxycycline + métronidazole pendant 14 à 21 jours

2. Traitement des ulcérations génitales

2.1. Syphilis

Syphilis récente (primaire ou < 1 an)

Benzathine-pénicilline (pénicilline G retard) 2,4 MU en une dose intra-musculaire

Alternatives :

- Doxycycline 200 mg/jour pendant 14 jours
- Azithromycine 2 g en dose unique

Syphilis ancienne (> 1 an)

Benzathine pénicilline 2,4 MU en intra-musculaire à J1, J8, J15.

Alternative : doxycycline 200 mg/j pendant 21 à 28 jours.

Complications neurologiques de la syphilis

Pénicilline G pendant 10 à 14 jours

Alternative : ceftriaxone 1 à 2 g/jour IV pendant 10 à 14 jours.

2.2. Lymphogranulomatose vénérienne

Traitement de première intention : doxycycline 200 mg/jour per os pendant 21 jours.

Alternatives :

- Erythromycine 2 g/jour pendant 21 jours
- Azithromycine 1 g per os une fois par semaine pendant 3 semaines.

Prévention

La prévention des infections sexuellement transmissibles d'origine bactérienne repose avant tout sur **la protection des rapports sexuels (préservatif)**.

Un deuxième aspect de la prévention est le **traitement systématique du ou des partenaire(s)** du patient infecté. En effet, ce ou ces partenaires peuvent constituer des réservoirs de la bactérie (en cas d'infection asymptomatique) et contaminer de nouveau le patient ou contaminer d'autres personnes en cas de partenaires multiples.

Le traitement des partenaires permet également de prévenir la survenue de complications.

Enfin, en cas de diagnostic d'une IST, une recherche systématique des autres agents responsables d'SIT (dont les virus de l'immunodéficience humaine) doit être réalisée.