

## PROTOCOLE IST 2020

### SYPHILIS

#### • **EXAMENS BIOLOGIQUES :**

##### • ***Critères d'infection active :***

- Depuis juin 2018, il est recommandé de ne faire qu'un test tréponémique ( TT) en dépistage, qui recherche les IgG totales, surtout par EIA. Ce n'est qu'en cas de positivité de ce test, que sera réalisé, en deuxième intention un test non tréponémique (NTN) avec titrage.
- Un patient est infecté par la Syphilis lorsqu'il a un test tréponémique ( Elisa, EIA, CMIA ou TPHA) **ET** un test non tréponémique (VDRL ou RPR) positifs
- En cas de traitement antérieur de moins de 6 mois, et en présence d'un test non tréponémique encore faiblement positif, il ne faut pas retraiter. Un nouveau test non tréponémique de contrôle à 15 jours peut être proposé en cas de suspicion clinique de recontamination.

##### • ***Sérologies discordantes :*** En cas de TT positif isolé, sans positivité du TNT, le diagnostic ne peut être affirmé. Il peut s'agir :

- D'une cicatrice sérologique (les arguments en faveur sont retrouvés dans l'interrogatoire du patient, la notion d'une ou plusieurs injections intramusculaires, la notion d'un traitement de plusieurs jours par Doxycycline, ou de la comparaison avec des tests biologiques antérieurs)
- D'une séroconversion en cours. Dans cette situation, un TNT doit être réalisé à nouveau 10 jours après le premier

##### • ***Cas particulier de la femme enceinte :***

- La recrudescence actuelle des contaminations pendant la grossesse et le retour de cas de syphilis congénitale, poussent à effectuer, en plus du dépistage initial, un contrôle des tests entre 22 et 30 semaines d'aménorrhée et selon les prises de risques (ne pas négliger le risque de transmission par le sexe oral).
- En cas de positivité, la patiente doit être référée en centre spécialisé : CeGIDD ou maternités hospitalières
- En cas de TT et TNT positifs, un Western Blott doit être systématiquement réalisé.

- **Cas particulier des personnes infectées par le VIH :**
  - Nécessité d'envoyer en service spécialisé
  
- **TRAITEMENT**
  - **Il dépend du stade de l'infection**
  - **Définitions :**
    - Syphilis précoce : syphilis évoluant depuis moins d'un an, comprenant la syphilis primaire (chancre), la syphilis secondaire (éruption) et certaines neurosyphilis.
    - Syphilis tardive : syphilis évoluant de plus d'un an pouvant être de forme secondaire, neurosyphilis ou latente. La syphilis Tertiaire avec atteinte d'un organe (hors neuro syphilis) est une syphilis tardive.
  - **Choix de l'antibiotique :**
    - La Pénicilline Retard est le seul traitement à privilégier et devra être utilisé dans tous les cas y compris en cas d'allergie avérée à la Pénicilline et dans ce cas seulement en milieu hospitalier avec désensibilisation et si accessible.
    - Exceptionnellement, dans des situations rares (Rupture de stock de Pénicilline Retard sur le territoire, contre-indication aux intra-musculaires ...) un traitement de second choix peut utiliser la Doxycycline mais ce traitement présente principalement des risques majeurs d'inobservance et des contre-indications chez la femme enceinte. La Doxycycline est prescrite à la dose de 100 mg x 2 per os pendant 14 jours pour la syphilis précoce et 28 jours pour la syphilis tardive.
    - L'Azithromycine ne doit jamais être employée (résistance >70 %)
    - Les autres Béta-lactamines ne sont pas recommandées.
  - **Traitement en fonction des situations :**
    - Syphilis précoce : Pénicilline Retard IM : 2.4 MUI, une seule injection
    - Syphilis tardive : Pénicilline Retard IM : 2.4 MUI, trois injections à une semaine d'intervalle chacune. Si oubli d'une dose, celle-ci peut être rattrapée jusqu'à une semaine après la date prévue. Sinon, les trois injections doivent être effectuées à nouveau.
    - Femme enceinte :
      - ❖ Syphilis précoce : Pénicilline Retard IM : 2.4 MUI, 2 injections à une semaine d'intervalle,
      - ❖ Syphilis tardive : Pénicilline Retard IM : 2.4 MUI, 3 injections à une semaine d'intervalle,
      - ❖ Chez la femme enceinte, la prescription de la prévention de la réaction d'Herxheimer est systématique dans la syphilis secondaire seulement : Prednisone 0,3mg/kg/j ou Paracétamol 1g, J-1, J0 et les 3 jours qui suivent. (J-1 non obligatoire si impossible)
    - Neurosyphilis :
      - ❖ Cette situation nécessite toujours un avis spécialisé et une hospitalisation,

- ❖ Uvéite : Pénicilline G : 20 MUI/jr en continu (à privilégier) ou en 4 à 6 perfusions pendant 10 jours. Relais possible au bout d'une semaine par une C3G pour les uvéites sans gravité,
- ❖ Méningo-encéphalite : Pénicilline G : 20 MUI/jr en continu (à privilégier) ou en 4 à 6 perfusions pendant 15 jours. En cas d'échec, nécessité d'un traitement au cas par cas après avis d'experts.

- **Réalisation de l'injection :**

- Ajouter 2 ml de Xylocaïne à 1% à la préparation de Pénicilline retard
- Garder sous surveillance le patient 30 minutes après la première injection en raison de la possibilité d'anaphylaxie, avec à proximité un matériel de réanimation dont le bon fonctionnement a été vérifié .
- Prescription proposée de Paracétamol 1 g afin de limiter la réaction d'Herxheimer.

- **Surveillance sérologique de la guérison**

- Syphilis précoce : contrôler le TNT avec titrage à 3, 6 et 12 mois
- Syphilis tardive : contrôler le TNT avec titrage à 6, 12 et 24 mois.
- Les personnes infectées par le VIH nécessitent un suivi plus rapproché en centre spécialisé : M 1,5, M3, M6, M12 voir M18
- Le suivi doit être effectué mensuellement chez la femme enceinte en centre spécialisé.
- Une négativation des anticorps TNT confirme une guérison
- Une augmentation par quatre du titre du TNT confirme une recontamination.

- **AUTRES RECOMMANDATIONS :**

- Dépistage systématique des partenaires des 3 derniers mois :
  - ❖ Contact < 6 semaines : traitement systématique
  - ❖ Contact > 6 semaines : réaliser un TNT : si négatif, contrôle à 3 mois, si positif : mise en place du traitement
- Recherche systématique des autres IST
- Consultation et traitement des mineurs de moins de 15 ans, seulement en présence d'une personne de confiance majeure (pas forcément un des deux parents)
- Vaccination VHB si sérologie négative
- Vaccination VHA chez les homo-bisexuels
- Vaccination anti HPV jusqu'à la fin de la 1<sup>ère</sup> année des relations sexuelles et chez les homo-bisexuels de moins de 25 ans
- Protection des relations sexuelles jusqu'à 7 jours après le début du traitement en l'absence de lésions érosives
- Bien expliquer au patient que l'infection n'est pas protectrice +++ et peut récidiver s'il s'expose à nouveau à des risques.

# CHLAMYDIAE

- **EXAMENS BIOLOGIQUES :**

- **Choix des examens**

- 60 à 70 % des personnes infectées n'ont aucun symptôme, d'où l'importance du dépistage systématique
- La sérologie de chlamydiae est inutile et n'apporte aucun argument diagnostic excepté dans les infections profondes
- Seules les PCR doivent être pratiquées. Les données de l'interrogatoire et les habitudes sexuelles du patient guideront les sites des prélèvements à effectuer : gorge, anus, vagin et urines de plus de deux heures chez l'homme (pas de miction depuis au moins 2 heures). Chez la femme, l'auto-prélèvement vaginal est préférable au recueil urinaire. En cas de règles, demander à la patiente de revenir après celles-ci.
- Les TAAN (tests d'amplifications des acides nucléiques), incluant le duplex chlamydiae/gonocoque) sont à privilégier. Les TAAN multiplex, en cours de développement, permettent de dépister simultanément, Chlamydiae, gonocoque et mycoplasme génitalium.
- Si un échantillon anal est positif, il est recommandé d'effectuer un génotypage au CNR pour rechercher une souche L, qui nécessitera un traitement plus long. Cependant, devant l'afflux de prélèvements, le CNR n'accepte, à l'heure de l'écriture de ce protocole, que de traiter que les prélèvements provenant de personnes vivant avec le VIH ou ayant des relations homosexuelles et symptomatiques.

- **Indications du dépistage systématique**

Le dépistage des chlamydiae doit être réservé :

- Aux femmes de 15 à 25 ans
- Aux femmes sexuellement actives de plus de 25 ans, présentant des facteurs de risque
- Aux hommes sexuellement actifs présentant des facteurs de risque sans limite d'âge (HSH, multipartenariat, travailleurs du sexe...)
- Aux jeunes de moins de 15 ans, sexuellement actifs, en cas de relations non protégées, à condition qu'ils soient accompagnés d'une personne de confiance majeure (parents ou autre adulte)
- Aux femmes enceintes de moins de 25 ans, allant au bout de leur grossesse, au cours du troisième trimestre
- Aux femmes consultant pour une IVG

- **Le rythme des dépistages systématiques est :**

- Tous les 3 mois chez les HSH à risque
- En cas de relations non protégées avec un nouveau partenaire en population générale.

## • **TRAITEMENT**

Il dépendra de la localisation et de l'existence ou non de symptômes.

### • **PATIENT ASYMPTOMATIQUE**

#### **Urines, pharynx, vagin, anus souche non L :**

- Doxycycline 100 mg : 1 cp x 2/j pendant 7 jours. Traitement recommandé en 1<sup>er</sup> intention devant l'émergence de souches de mycoplasmes et de streptococques résistantes aux mono thérapies de d'Azithromycine
- Azithromycine 1 g dose/minute (4 comprimés à 250mg), si contre-indication à la Doxycycline ou risque de dysobservance

### • **PATIENT SYMPTOMATIQUE**

- Lymphogranulomatose vénérienne ( soucheL): Doxycycline 100 mg 1 cp x 2 /j pendant 3 semaines. Si échec : Erythromycine 500 mg x 4 pendant 3 semaines
- Les infections plus compliquées : prostatite, cervicite, orchi-épididymite, salpingite nécessitent des avis spécialisés.

## **AUTRES RECOMMANDATIONS :**

- Dépistage systématique des partenaires des deux mois précédents les symptômes
- Recherche systématique des autres IST
- Consultation et traitement des mineurs de moins de 15 ans, avec personne de confiance majeure (pas forcément un des deux parents)
- Consultation de suivi à 3 jours si les symptômes persistent
- Contrôle dans un délai d'au moins 3 semaines de l'efficacité du traitement par PCR :
  - ❖ De toutes les femmes enceintes
  - ❖ En cas d'échec, sans nouveau rapport à risque : avis spécialisé qui recherchera une résistance et avis d'expert pour traitement.
  - ❖ Si échec et doute sur l'adhérence et les facteurs de risque : envoi en centre spécialisé
- Protection des relations sexuelles jusqu'à 7 jours après un traitement minute, et jusqu'à la fin du traitement par Doxycycline et/ou fin des symptômes
- Vaccination VHB si sérologie négative
- Vaccination VHA chez les homo-bisexuels
- Vaccination anti HPV jusqu'à la fin de la 1<sup>ère</sup> année de relation sexuelle et chez les homo-bisexuels de moins de 25 ans
- Bien expliquer au patient que l'infection n'est pas protectrice +++

# GONOCOQUE

## • EXAMENS BIOLOGIQUES :

- Le dépistage de l'infection symptomatique
  - doit être effectué par PCR devant :
    - ❖ Chez l'homme dysurie, brûlures mictionnelles à ECBU négatif
    - ❖ Chez la femme dysurie, dyspareunie
  - Devant une urétrite symptomatique un prélèvement bactériologique à la recherche de *N.gonorrhoeae* et de *C. trachomatis* doit être effectué. Si la culture est positive à gonocoque un antibiogramme est indispensable. Attention germe fragile, l'échantillon doit rapidement être techniqué au laboratoire.
  - Si pas de pus accessible, un dépistage par PCR sur 1<sup>er</sup> jet d'urines ou urines de plus de 2 heures chez l'homme, prélèvement des parois vaginales chez la femme, prélèvement anal, prélèvement ORL.
- Le dépistage de l'infection asymptomatique à gonocoque par PCR
  - doit être associé à la réalisation systématique d'une PCR Chlamydiae et est recommandée dans les situations suivantes :
    - ❖ - Chez le partenaire sexuel d'un homme ou d'une femme présentant une IST
    - ❖ Chez les personnes ayant eu plus d'un partenaire sexuel, homme ou femme, dans les 12 mois précédents avec un usage inconstant du préservatif

## • TRAITEMENT

- Traitement des personnes symptomatiques : associe systématiquement et sans attendre les résultats biologiques :
  - Un traitement anti gonococcique par Ceftriaxone 500 mg en 1 injection IM unique, 1/2 heure de surveillance
  - Et un traitement anti Chlamydiae par Doxycycline 200 mg/j, en 2 prises pendant 7 jours (ou Azithromycine 1 g per os en prise unique, en cas de contre-indication à la Doxycycline)
- Si patient asymptomatique découvert par PCR, n'ajouter le traitement du Chlamydiae que si la PCR Chlamydiae est positive.
- Si contre-indication à la Ceftriaxone IM : Ceftriaxone IV
- Si CI aux bêtalactamines : Gentamycine 240 mg IM dose unique
- La Ciprofloxacine 500 mg PO dose unique n'est à utiliser qu'en milieu spécialisé, après étude de la sensibilité aux Fluoroquinolones.

## - **AUTRES RECOMMANDATIONS**

- Dépistage systématique des partenaires des deux mois précédents les symptômes et les traiter le jour même, avant le résultat, en raison du taux élevé de transmission
- Recherche systématique des autres IST
- Consultation de suivi à 3 jours si les symptômes persistent
- Contrôle à 7 jours de l'efficacité du traitement par PCR
- En cas d'échec, sans nouveau rapport à risque : avis spécialisé qui recherchera une résistance et avis d'expert pour traitement.
- Protection des relations sexuelles jusqu'à 7 jours après un traitement minute, et jusqu'à la fin du traitement par Doxycycline et/ou fin des symptômes
- Consultation et traitement des mineurs de moins de 15 ans, avec personne de confiance majeure (pas forcément un des deux parents)
- Vaccination VHB si sérologie négative
- Vaccination VHA chez les homo-bisexuels
- Vaccination anti HPV jusqu'à la fin de la 1<sup>ère</sup> année de relation sexuelle et chez les homo-bisexuels de moins de 25 ans
- Bien expliquer au patient que l'infection n'est pas protectrice +++ et peut récidiver en cas de nouvelle prise de risque.

# TRICHOMONAS VAGINALIS

Prévalence faible en France métropolitaine : 1,7%, raison pour laquelle le dépistage systématique n'est pas recommandé.  
 Protozoaire flagellé survivant 24 h à l'air libre, sur objets humides (serviettes de bain, siège de toilettes, sauna...)

Incubation : 5 à 10 jours

SF :

- Chez l'homme, asymptomatique dans 80 % des cas, ou urétrite à sérosité matinale discrète, ou dysurie. Prostatite très rare.
- Chez la femme, asymptomatique dans 80 % des cas, vulvovaginite (sécrétions verdâtres, souvent fétides), dyspareunie

## - EXAMENS BIOLOGIQUES

### • Mode de prélèvement :

- Chez la femme : prélèvement vaginal,
- Chez l'homme : échantillon urinaire (urines de plus de 2 heures) chez l'homme, ou prélèvement urétral

### • Type d'examen :

- Examen direct des sécrétions vaginales
- PCR, mais non remboursée (33, 66 euros)
- Culture : reste la technique de référence, mais résultats en 3 à 7 jours
- Ne pas effectuer de tests sanguins

## - TRAITEMENT

Famille des Nitro-imidazolés :

- **Métronidazole** : Flagyl : 2 g en dose unique guérie 95% des cas) ou en cas d'échec : 500mg matin et soir 7 jours (au delà de 10 jours toxicité neurologique et hématologique)
- **Tinidazole** (Fasigyne) ou **Secnidazole** (Flagentyl): 2 g en dose unique
- Éviter l'alcool pendant la prise de traitement

## - AUTRES RECOMMANDATIONS

- Dépistage systématique des partenaires des deux mois précédents les symptômes et traitement
- Recherche systématique des autres IST
- Protection des relations sexuelles jusqu'à la fin du traitement et/ou fin des symptômes
- Consultation et traitement des mineurs de moins de 15 ans, avec personne de confiance majeure (parents ou autre)
- Vaccination VHB si sérologie négative
- Vaccination VHA chez les homo-bisexuels



# MYCOPLASMA GENITALIUM

- **Clinique :**

La prévalence du mycoplasme G chez l'adulte est de 1 à 3 % en population générale, et de 4 à 38 % en centre de dépistage.

Il peut être responsable de différents tableaux cliniques :

**Chez l'homme :**

**Urétrite non gonococcique**

Epididymite  
Balano-prépuce  
Prostatite  
Infection rectale chez les HSH  
A distance : d'arthrites

**Chez la femme :**

Syndrome pelvien douloureux

**Cervicite muco-purulente**

Urétrite  
Salpingite  
Métrorragies ou saignements post-coïtaux  
Infertilité  
A distance : d'arthrites

- **EXAMENS BIOLOGIQUES :**

- Ils ne s'effectuent que chez les personnes **symptomatiques**. Actuellement le dépistage chez les personnes asymptomatiques, même à haut risque, n'est pas recommandé en raison du risque de créer des résistances. Le seul dépistage « systématique » concerne les partenaires asymptomatiques de patients symptomatiques traités.
- L'examen de choix est la PCR, rapide et très sensible, mais celle-ci n'est pas remboursée si elle est demandée isolément (coût moyen 28 euros à la Réunion). Elle est incluse, avec les PCR chlamydiae et gonocoque, dans les TAAN Triplex (même coût qu'un duplex Gono + Chlam)
- La sérologie n'existe pas.
- Le prélèvement direct est possible, mais le germe est très fragile. Sa culture est quasi impossible, extrêmement lente. L'antibiogramme se fait par détection moléculaire (PCR) et doit être systématique devant toute positivité pour Mycoplasma genitalium
- **Chez l'homme**, le diagnostic s'effectue sur un premier jet urinaire ou sur les urines d'au moins deux heures
- **Chez la femme**, le diagnostic s'effectue avec un auto-écouvillonnage vaginal, en l'absence de règles.

- **TRAITEMENT**

- Il est recommandé de ne pas traiter les patients asymptomatiques, découverts par hasard, sauf les partenaires des patients symptomatiques qui doivent être traités systématiquement
- La Doxycycline et l'Azithromycine dose unique ont des taux de résistances élevés à MG et ne doivent plus être prescrits.
- Le traitement de base est Azithromycine pendant 3j : 1 g J1, 500mg J2, J3.

- En cas d'échec de ce traitement, adresser en centre spécialisé. Le traitement de choix sera la Moxifloxacin 400mg/j pendant 10 jours.
- En cas d'infection compliquée (épididymite, salpingite), on prescrira, en milieu spécialisé, une cure de moxifloxacin, 400 mg per os par jour pendant 14 jours.
- Un prélèvement de contrôle systématique de l'efficacité du traitement doit avoir lieu à partir de la sixième semaine post traitement.
- En cas d'infection anale : moxifloxacin d'emblée 400 mg/j , 14 jours
- Cas de la femme enceinte asymptomatique : pas de recommandation spécifique

## - **AUTRES RECOMMANDATIONS**

- Dépistage systématique des partenaires des deux mois précédents les symptômes
- Recherche systématique des autres IST
- Protection des relations sexuelles jusqu'à la fin du traitement et/ou fin des symptômes
- Consultation et traitement des mineurs de moins de 15 ans, avec personne de confiance majeure (parents ou autre)
- Vaccination VHB si sérologie négative
- Vaccination VHA chez les homo-bisexuels
- Vaccination anti HPV jusqu'à la fin de la 1<sup>ère</sup> année de relation sexuelle et chez les homo-bisexuels de moins de 25 ans
- Bien expliquer au patient que l'infection n'est pas protectrice +++

## **AUTRES MYCOPLASMES :**

Mycoplasma Homini et Ureaplasma Hominis ; sont des germes en général non pathogènes. Ils ne doivent pas être recherchés chez les patients asymptomatiques. Cependant, dans certains cas particuliers, ils peuvent devenir pathogènes et devront alors faire l'objet d'un avis spécialisé.

## CONDUITE A TENIR DEVANT UNE CERVICITE OU UNE URETRITE

### - EXAMENS BIOLOGIQUES

- Prélèvement bactérien systématique avec antibiogramme systématique si positif
- Sérologies syphilis, VIH, VHC, VHB (ET VHA si personne ayant des relations homosexuelles) de départ, à répéter en fonction des fenêtres sérologiques
- Mêmes prélèvements sur le partenaire s'il est présent et symptomatique. Si asymptomatique, remplacer les prélèvements bactériens par des PCR Gonocoque et chlamydiae, mycoplasma genitalium b (auto-prélèvement vaginal chez la femme, urines de plus de deux heures chez l'homme)

### - TRAITEMENT

- Il doit être effectué juste après le prélèvement bactériologique, de façon probabiliste, sans attendre les résultats
  - ❖ **Ceftriaxone** : 500 mg IM (ou IV en cas de CI de l'IM) en une seule injection **et**
  - Doxycycline** : 100mg x 2 /j pendant 7 jours pour urétrite et 14 jours pour cervicite et Azithromycine pendant 3j : 1 g J1 puis 500 mg J2 et J3
- En cas d'allergie ou de CI aux bêta lactamines ou aux tétracyclines, traitement alternatif : Gentamycine 240 mg IM dose unique et Azithromycine 1 g en mono-prise

### - AUTRES RECOMMANDATIONS

- Dépistage systématique des partenaires des deux mois précédents les symptômes et traitement le jour même, avant le résultat, en raison du taux élevé de transmission
- Consultation de suivi à 3 jours si les symptômes persistent
- Contrôle à 7 jours de l'efficacité du traitement par PCR
- En cas d'échec, sans nouveau rapport à risque : avis spécialisé qui recherchera une résistance et avis d'expert pour traitement.
- Protection des relations sexuelles jusqu'à 7 jours après un traitement minute, et jusqu'à la fin du traitement par Doxycycline et/ou fin des symptômes
- Consultation et traitement des mineurs de moins de 15 ans, avec personne de confiance majeure (pas forcément un des deux parents)
- Vaccination VHB si sérologie négative
- Vaccination VHA chez les homo-bisexuels
- Vaccination anti HPV jusqu'à la fin de la 1<sup>ère</sup> année de relation sexuelle et chez les homo-bisexuels de moins de 25 ans

Bien expliquer au patient que l'infection n'est pas protectrice +++ et peut récidiver en cas de nouvelle prise de risque