

Devant toute IST

- Rechercher une autre IST associée.
- Proposer une sérologie VIH, syphilis, hépatite A et hépatite B.
- Traiter sans attendre les résultats.
- Suivre le patient sur la régression des signes cliniques.
- Dépister et traiter les partenaires

Prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) aux urgences

Syphilis

Infection bactérienne causée par *Treponema pallidum*.

Transmission

Par contact sexuel vaginal, anal ou oro-génital, avec ou sans pénétration : risque le plus élevé
Par transmission transplacentaire de la mère infectée à son fœtus
Par contact direct avec les exsudats des lésions de la peau ou des muqueuses
Par contact indirect (p. ex. jouets sexuels).

Manifestations cliniques

Non traitée, la syphilis peut évoluer en trois stades cliniques : primaire, secondaire et tertiaire.
Les stades primaire et secondaire peuvent passer inaperçus.

PRIMAIRE survient après une incubation de 3 à 90 jours, en moyenne 3 semaines.

Le chancre, indolore (sauf lors de surinfection bactérienne)
Localisé au site d'inoculation : région génitale, anorectale ou oropharyngée.
Adénopathies régionales.
Régression spontanée en 3 à 8 semaines
Diagnostics différentiels les plus fréquents herpès, lymphogranulomatose vénérienne (plus rare).

SECONDAIRE survient de 2 à 12 semaines, parfois plusieurs mois, après la guérison du chancre.

Rash diffus, d'aspect maculopapuleux, peut inclure la paume des mains et la plante des pieds
Autres manifestations possibles : **condylomes plats, alopecie, uvéite, rétinite, méningite**.

Syndrome grippal
Fièvre, céphalée, myalgie, arthralgie, fatigue avec ou sans adénopathies généralisées.
Diagnostics différentiels les plus fréquents

TERTIAIRE
survient en moyenne de 5 à 30 ans après la guérison du chancre. **Syphilis cardiovasculaire** : anévrisme de l'aorte, régurgitation aortique, etc. **Gomme syphilitique** : lésions cutanées et ostéoarticulaires, **neurosyphilis** : vertiges, modification de la personnalité, démence, trouble de la marche, etc.

Identification bactériologique

• **PCR multiplex T. pallidum** : Examen indiqué dans le diagnostic précoce d'une syphilis primaire au niveau d'une ulcération. Remplace l'examen direct sur fond noir.

• Sérologie :

Test Tréponémique : **TPHA** (*Treponema pallidum* Hemagglutination) se positivent entre 5 à 10 jours après le début du chancre. **Western-blot (WB) IgG ou IgM** : recherche des anticorps dirigés contre 4 Ag immunodominants de *T. pallidum*

Test Non Tréponémique : **VDR** (Veneral Disease Research Laboratory) se positive vers le 8^e-10^e jour du chancre, titres bien corrélés à l'évolutivité de la maladie, maximum 6 à 12 mois après le chancre donc au cours syphilis secondaire et latente précoce. Se négative après traitement (négativation aussi en l'absence de traitement dans les syphilis tardives). Permet d'affirmer le caractère actif de la maladie

Traitements : 1^{er} choix :

Syphilis primaire et secondaire contamination < 1 an: la **benzathine Benzylpénicilline**® : une injection de 2,4 MUI en dose unique.

Syphilis tertiaire ou > 1 ans ou impossible à dater : benzathine Benzylpénicilline® 3 injections IM de 2,4 MUI sont requises dont 1/semaine.

Neurosyphilis, uvéite, rétinite: injection IV de benzathine Benzylpénicilline® 20 MUI/j durant 14 jours, si allergie désensibilisation pénicilline (voir page suivante)

2^{eme} choix : doxycycline, à la posologie de 200 mg/j en 1 ou 2 prises pendant 14 jours si syphilis d'acquisition récente (< 1 an), et 28 jours si syphilis d'acquisition ancienne ou impossible à dater.

Suivi sérologique des Syphilis traitées.

Indispensable, si possible dans le même laboratoire.
Sur les tests non Tréponémiques (VDR), prélevés à J0 du traitement puis à 3, 6 et 12 mois, 24 mois dans les Syphilis tardives.

Diminution du titre de 2 dilutions (titre divisé par 4) à 3 / 6 / 12 mois ???

Grandes variations individuelles.

La négativation du VDR n'est pas constante même dans la Syphilis précoce.

En cas de décroissance insuffisante des taux, même divisés par 4, que faire?

Si réascension des titres de 2 dilutions : retraitier.

intervention auprès des partenaires voir pages suivantes

Infections à Chlamydia trachomatis

Infections asymptomatiques chez 75 % des femmes et 50 % des hommes, favorisant le retard de diagnostic, la propagation de la bactérie, le passage à la chronicité et la survenue des complications.

Incubation : 1 à 2 semaines

Chez l'homme, l'infection à *C. trachomatis* prend la forme d'une urétrite mucopurulente, traînante, qui peut se compliquer d'orchépididymite.

Chez les femmes, il peut s'agir d'infections génitales basses (vaginites, cervicités) dans 70 % des cas, d'infections génitales hautes avec tableau de salpingite, endométrite, maladie pelvienne inflammatoire, péri-hépatite ou infection tubaire latente à l'origine de grossesse extra utérine ou de stérilité. Certaines femmes présentent des algies pelviennes chroniques liées à l'infection.

Dans les 2 sexes des rectites sont possibles.

Identification bactériologique

Techniques de biologie moléculaire par amplification génique (PCR pour polymerase chain reaction) est le meilleur examen pour apporter le diagnostic d'une infection par *Chlamydia trachomatis*, quelle que soit la situation clinique.

Le premier jet (10 à 30 mL) des premières urines du matin représente le meilleur prélèvement. Ce premier jet urinaire permet de récupérer des cellules épithéliales infectées de l'urètre.
Les tests sérologiques de *C. trachomatis* ont des performances diagnostiques variables, et souvent médiocres.

Le traitement

Azithromycine : 1 g en monodose per os ;
ou Doxycycline : 200 mg/j en 2 prises per os pendant 7 jours.
Abstention de relations sexuelles jusqu'à 7 jours après la fin d'un

Traitement systématique des partenaires même si les résultats sont absents ou négatifs, cela concerne :

- tout contact sexuel avec la personne infectée dans les 60 jours avant le début des symptômes ou au moment du diagnostic ;
- le partenaire le plus récent de la personne infectée s'il n'y a eu aucun partenaire sexuel dans les 60 jours avant le début des symptômes ou le moment du diagnostic.

Infections à *Neisseria gonorrhoeae*

Chez l'homme : urétrite antérieure aiguë, après incubation silencieuse et contagieuse de 2 à 7 jours. Ecoulement urétral purulent, dysurie et brûlures mictionnelles, parfois symptômes d'épididymite, de méatite inflammatoire, voire de balanite.

Dans moins de 10 % des cas, infection se manifestant uniquement par des signes fonctionnels sans écoulement, et exceptionnellement patients totalement asymptomatiques. Infection isolée et non fébrile, parfois adénopathies inguinales.

Complications si pas de diagnostic ou échec traitement: urétrite postérieure, prostatite aiguë, orché-épididymite, infection des glandes de Cowper, des glandes sébacées du prépuce et des glandes para-urétrales, balanite.

Evolution d'une urétrite gonococcique non traitée : disparition des symptômes: les symptômes peuvent disparaître chez plus de 95 % des hommes dans un délai de 6 mois.

Chez la femme, infection souvent inaperçue, l'infection est asymptomatique dans plus de 50 % des cas.

Diagnostic clinique souvent difficile par la discréption, voire l'absence de signes urogénitaux. Si symptomatique : cervicite avec leucorrhées purulentes (cervico-vaginite), voire une irritation vulvaire (cervico-vulvo-vaginite), auxquelles peuvent s'associer une urétrite se traduisant par des brûlures mictionnelles, une dysurie, une dyspareunie, des mètrorragies, ou une pesanteur pelvienne.

Dans les 2 sexes des foyers infectieux peuvent être retrouvés au niveau anal, pharyngé et des conjonctives. Des formes disséminées peuvent également être observées.

Identification bactériologique

Chez l'homme, prélèvement de l'écoulement est effectué si présent.

En l'absence d'écoulement : techniques de biologie moléculaire par amplification génique (PCR pour *polymerase chain reaction*). Le premier jet (10 à 30 mL) des premières urines du matin représente le meilleur prélèvement, et il faut respecter un minimum de 2 heures après la miction précédente.

Chez la femme, le site de prélèvement est le col utérin ou le vagin chez les filles prépubères.

Autoprélèvements vaginaux à l'aide d'écouvillons en cas d'utilisation techniques de biologie moléculaire par amplification génique (PCR).

Traitemen

1. - Ceftriaxone injection unique par voie intramusculaire de 500 mg
2. - ou prise orale unique de 400 mg de céfixime, en cas de refus ou d'impossibilité d'administrer un traitement par voie parentérale.
- En cas d'allergie aux bétalactamines :
3. - Spectinomycine une injection unique de 2 g; sa mauvaise diffusion pharyngée n'en fait pas un traitement de première intention ;
4. - Ciprofloxacine une prise orale de 500 mg. Du fait de l'augmentation des résistances aux fluoroquinolones (40 % en 2007), ce traitement n'est proposé que sous contrôle de l'antibiogramme.
5. *Un traitement anti-Chlamydia est systématiquement associé.*

Abstention de relations sexuelles jusqu'à 7 jours après la fin d'un traitement

Infections à *Mycoplasma genitalium*

Infections asymptomatiques chez 75 % des femmes et 50 % des hommes, favorisant le retard de diagnostic, la propagation de la bactérie, le passage à la chronicité et la survenue des complications.

Incubation : 1 semaine

Chez l'homme, l'infection à *M. genitalium* prend la forme d'une urétrite avec ou sans écoulement, urétrite chronique ou récidivante

Chez les femmes, il peut s'agir d'infections génitales basses (cervicitis) ou d'infections génitales hautes avec tableau de salpingite, endométrite.

Identification bactériologique

La recherche de *Mycoplasma genitalium* s'effectue par PCR en temps réel, mais n'est pas de pratique courante.

Type d'échantillon :

Chez l'homme : Frottis d'urètre ou premier jet (10 à 30 mL) des premières urines du matin.

Chez la femme : Frottis vaginal > Frottis cervico-vaginal > premier jet (10 à 30 mL) des premières urines du matin

Ordonnance type : Recherche de *Mycoplasma genitalium* par PCR

Le traitement

Azithromycine 500 mg J1 et 250 mg de J2 à J5.

En cas d'échec Moxifloxacine 400mg/j pendant dix jours.

La lymphogranulomatose vénérienne

Infection bactérienne causée par *Chlamydia trachomatis* (CT) de sérotypes L1, L2, L2a et L3

Transmission

Observée lors de pénétrations anales, vaginales ou buccales non protégées.

La durée de l'incubation est très variable, de 2 à 60 jours.

La LGV évolue classiquement en 3 phases :

Phase primaire : micro-ulcération génitale ou anale passant souvent inaperçue car indolore, transitoire et volontiers profonde (col, urètre, rectum).

Phase secondaire : soit adénopathie inflammatoire inguinocrurale évoluant vers la fistulisation ; soit anorrectite aigüe avec ténèse, douleurs rectales et écoulement mucopurulent +/- hémorragique avec AEG +/- important. L'aspect rectoscopique de rectite ulcérée peut orienter à tord vers le diagnostic de maladie de Crohn ou d'herpes.

Phase tertiaire : en l'absence de traitement, possibilité d'évolution vers la chronicité : fistules, rétrécissements...

Identification bactériologique

La recherche de *Chlamydia trachomatis* s'effectue par PCR des lésions (chancre), sous anuscopie ou mieux sous rectoscopie (anorrectite) ou par ponction (ganglion).

Le traitement

Doxycycline : 100mg deux fois par jour pendant 21 jours.

Chez la femme enceinte : la seule alternative thérapeutique repose sur l'érythromycine 500 mg 2 cp x 2 fois par jour pour 21 jours.

En cas d'allergie ou de CI aux cyclines, érythromycine 500 mg 2 cp x 2 fois par jour pour 21 jours.

Traitement systématique des partenaires même si les résultats sont absents ou négatifs, cela concerne :

- tout contact sexuel avec la personne infectée dans les 60 jours avant le début des symptômes ou au moment du diagnostic ;
- le partenaire le plus récent de la personne infectée s'il n'y a eu aucun partenaire sexuel dans les 60 jours avant le début des symptômes ou le moment du diagnostic .

Concernant les relations sexuelles chez un patient atteint de syphilis :

- Abstention de relations sexuelles jusqu'à 7 jours après la fin d'un traitement avec la pénicilline ou jusqu'à la fin d'un traitement avec la doxycycline.
- Abstention de relations sexuelles jusqu'à la résolution des symptômes en présence de lésion potentiellement infectieuse.
- Après la période d'abstinence, recommander d'utiliser des préservatifs pour tous les types de relations sexuelles, qu'elles soient vaginales, anales ou oro-génitales au moins jusqu'à l'obtention des résultats des tests de dépistage pour les autres IST.

Conduite à tenir auprès des partenaires

Injection IM unique de benzathine de pénicilline G 2,4 millions d'unités est recommandé d'emblée :
 • chez les partenaires sexuels des 90 derniers jours des cas de syphilis latente tardive dont les titres sont supérieurs ou égaux à 1:32 ou des cas de syphilis infectieuse, OU lorsque le suivi du partenaire est incertain.

Les personnes à joindre et à dépister sont les suivantes :

Stade	Personnes à joindre et à dépister
Primaire	Personnes ayant eu des relations sexuelles avec la personne infectée : Jusqu'à 3 mois avant le début des symptômes de la personne infectée Jusqu'à 4 mois et 1 semaine avant le moment du diagnostic, si la date du début des symptômes est inconnue ou incertaine Pendant la durée des symptômes
Secondaire	Personnes ayant eu des relations sexuelles avec la personne infectée : Jusqu'à 6 mois avant le début des symptômes de la personne infectée Jusqu'à 8 mois avant le moment du diagnostic, si la date du début des symptômes est inconnue ou incertaine Pendant la durée des symptômes
Latent	Personnes ayant eu des relations sexuelles avec la personne infectée : Jusqu'à 1 an avant le moment du diagnostic de la personne infectée
Tertiaire	Partenaires actuels Partenaires antérieurs ayant eu une relation de longue durée avec la personne infectée

Interprétation schématique de la sérologie syphilitique

VDRL	TPHA	IgM	Interprétation
Négatif	Négatif	Négatif	Absence de syphilis / syphilis en incubation (<15jours)
Négatif	Négatif	> 200	Syphilis en incubation (entre 15 ^{ème} et 21 ^{ème} - 30 ^{ème} jours)
Négatif	Négatif	> 200	Syphilis primaire débutante
2 – 8 ou négatif	80 - 1280	Positif	Syphilis primaire évoluée
16 - 4096	10240 - 81920	+/-	Syphilis secondaire (IgM persistant 6 à 20 mois)
8 - 32	1280 - 10240	Négatif	Syphilis latente non traitée
0 – 4 ou négatif	160 - 1280	Négatif	Cicatrice sérologique
Positif	Négatif		Probable interférence (infection virale, parasitaire, grossesse, maladie auto-immune)

DÉSENSIBILISATION ORALE À LA PÉNICILLINE
 (d'après Stark et Sullivan J. Allergy and Clin. Immunol. 1987)
 Consentement éclairé signé par le patient

SURVEILLANCE MÉDICALE RÉGULIÈRE ++++

N° dose	Unités administrées	Voie d'administration	Espacement entre les doses	Dose et concentration
1	100 ui			1 ml (100 u/ml)
2	200 ui			2 ml
3	400 ui			4 ml
4	800 ui			8 ml
5	1 600 ui			1,6 ml (1 000 u/ml)
6	3 200 ui	ORALE	15 minutes	3,2 ml
7	6 400 ui			6,4 ml
8	12 800 ui			12,8 ml
9	25 000 ui			2,5 ml (10 000 u/ml)
10	50 000 ui			5 ml
11	100 000 ui			1 ml (100 000 u/ml)
12	200 000 ui			2 ml
13	400 000 ui			4 ml
14	200 000 ui			
15	400 000 ui	SC	15 minutes	
16	800 000 ui			
17	1 000 000 ui	IM	15 minutes	
18	Dose thérapeutique	IV		Chronologie habituelle sans jamais espacer plus de 8 heures les doses délivrées
Voie veineuse impérative - Chariot de réanimation à proximité adrénaline, corticoïde injectable, antihistaminique disponibles				