

Infections sexuellement transmissibles: toujours d'actualité!

Médecine communautaire

Dre Tatiana Sacroug

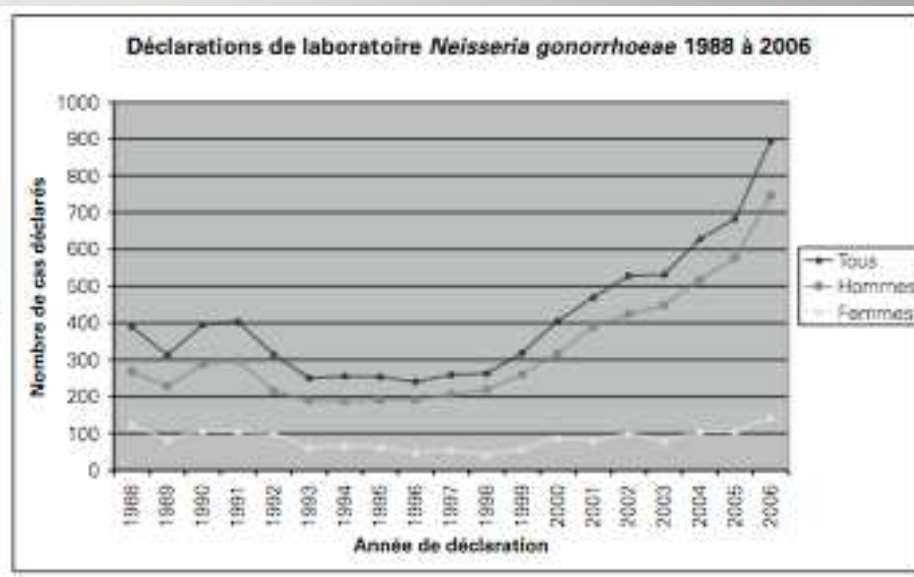
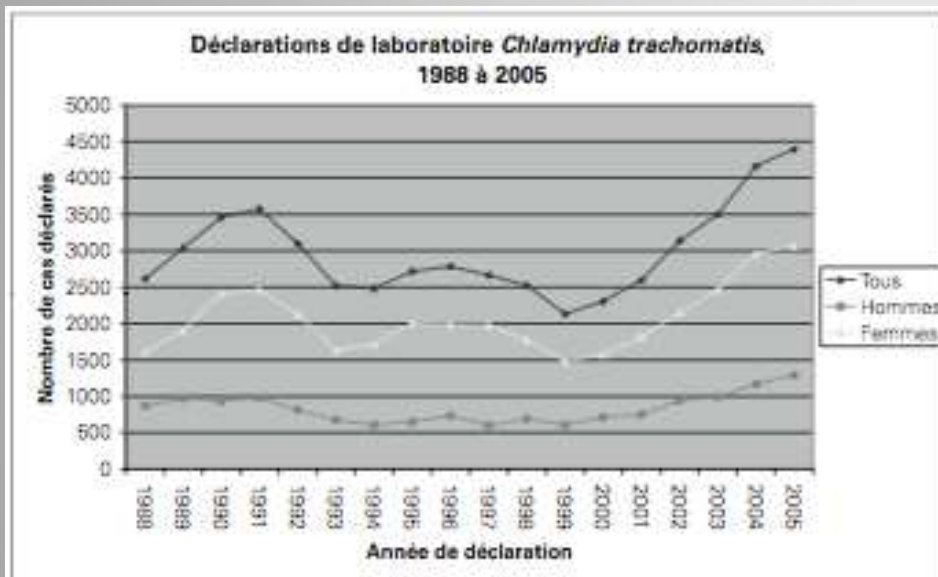
Expert: Prof Vincent Piguet

28.05.2008

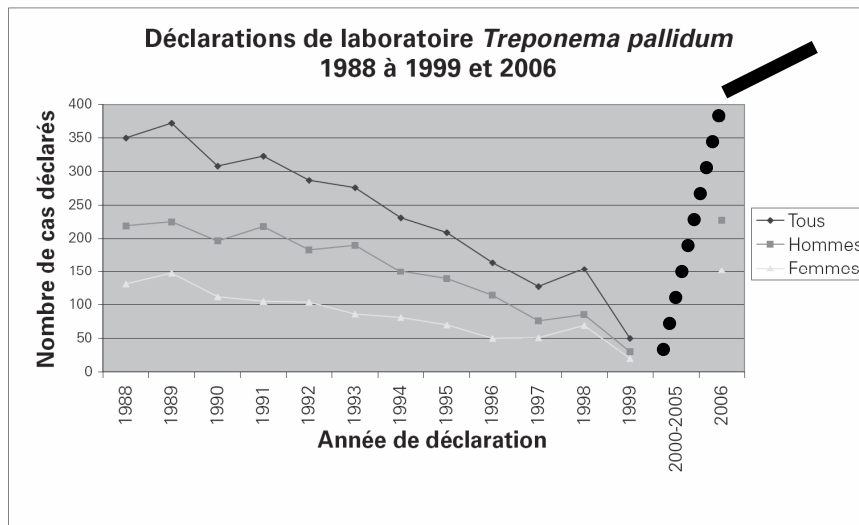


Plan du colloque

- IST: faut-il encore en parler? Quelques chiffres.
- Ulcérations génitales
- Urétrites, vaginites
- Bilan chez une personne asymptomatique



Données OFSP: déclaration obligatoire



Treponema pallidum Calendar Year

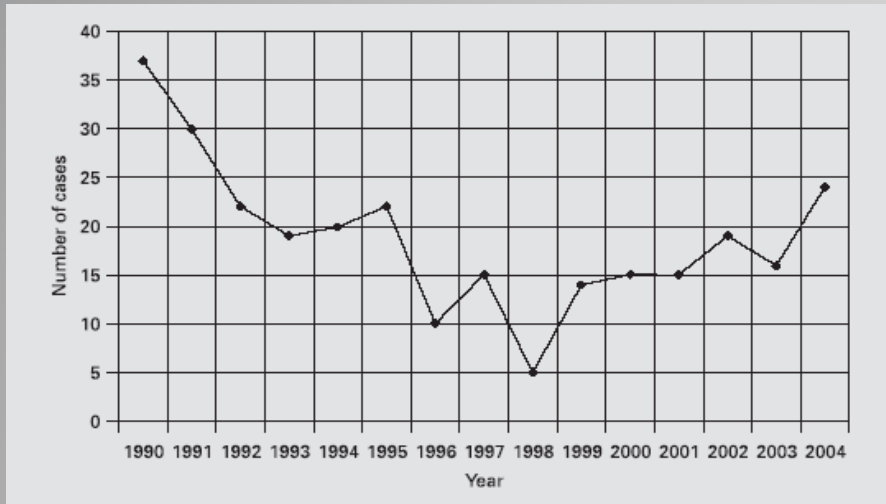
Canton of Residence

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	(2008)	
Genève	141 +	155 +	41 +	337
Vaud	135 +	98.	22.	255
Valais	8.	7.	5.	20
Neuchâtel	13.	5.	.	18
Fribourg	18.	7.	4.	29
Jura	2.	3.	.	5
Bern	26.	44.	7.	77
Solothurn	6.	15.	1.	22
Basel Land	3.	12.	4.	19
Basel Stadt	8.	18.	5.	31
Aargau	11.	11.	4.	26
Luzern	8.	17.	5.	30
Zug	3.	6.	2.	11
Obwalden	1.	.	1
Nidwalden	1.	1.	2
Uri	0
Schwyz	5.	7.	3.	15
Glarus	0
Zürich	137.	136.	44.	317
Schaffhausen	2.	.	.	2
Thurgau	8.	8.	1.	17
Appenzell I.	0
Appenzell A.	2.	1.	1.	4
St. Gallen	22.	17.	7.	46
Graubünden	3.	4.	1.	8
Ticino	26.	26.	7.	59
Liechtenstein	0
unknown	49	24	14	87
Total	636	623	179	

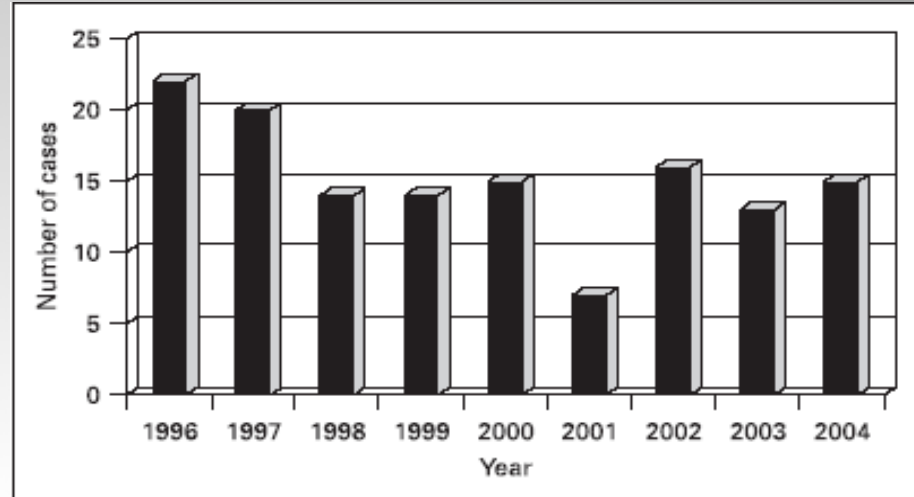
Gender of patients

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	(2008)
Female	180.	148.	53.
Male	449.	465.	121.
Unknown	7	10	5

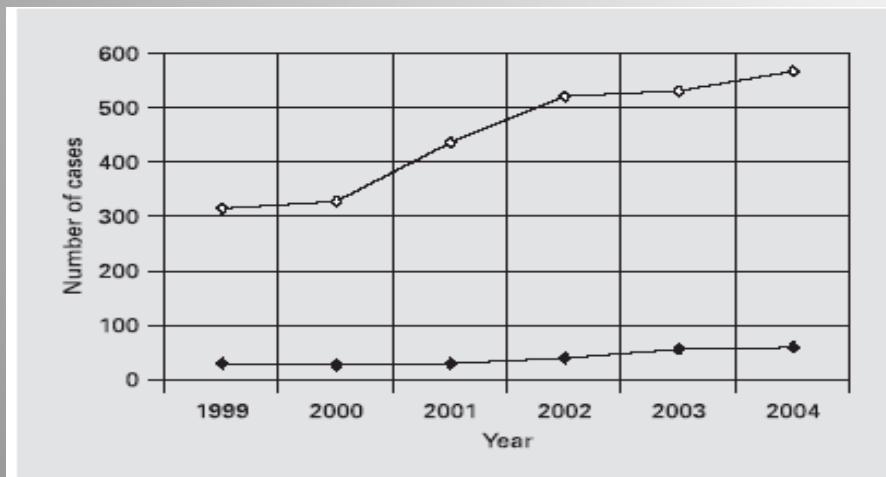
Syphilis: incidence à Genève



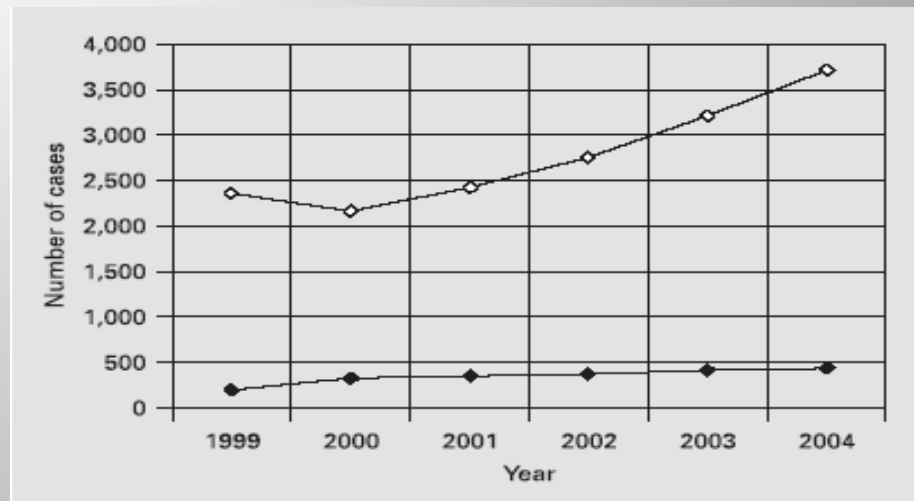
Primo infection VIH: incidence à Genève



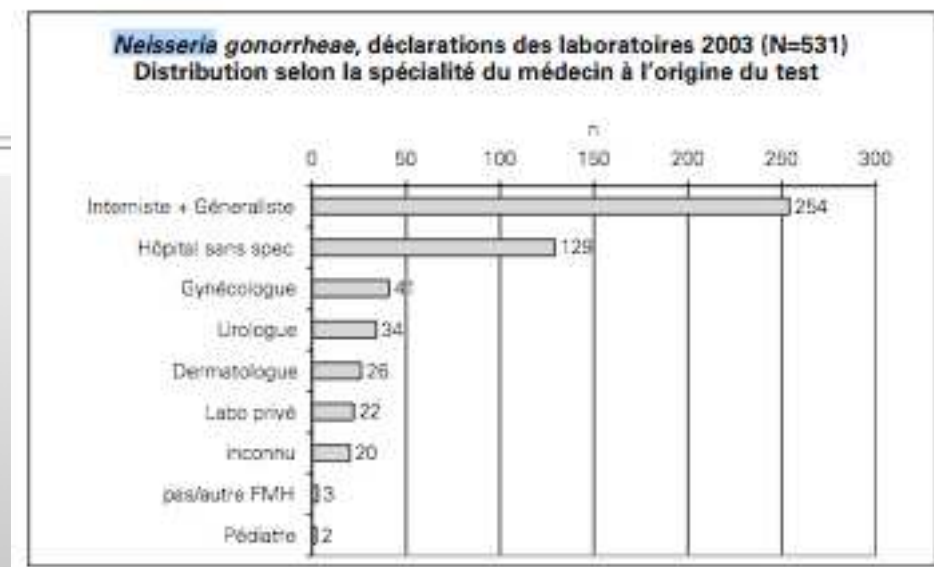
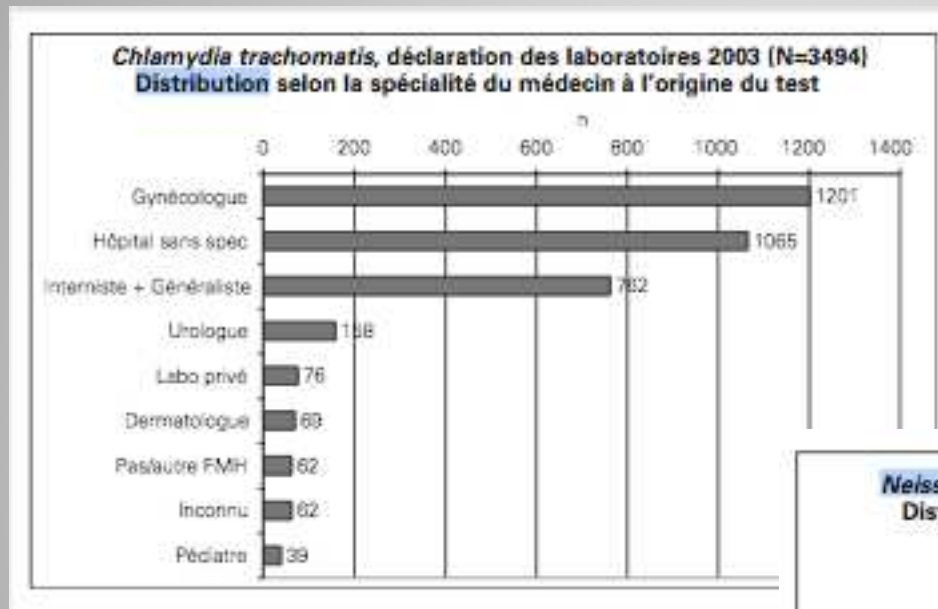
Gonorrhée: incidence à Genève (◆) et en Suisse (°)



Chlamydia tr.: incidence à Genève (◆) et en Suisse (°)



Rôle de généraliste?



Gonorrhée et Syphilis: données des déclarations complémentaires 2006

		Gonorrhée		Syphilis	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Préférence sexuelle	Hétérosexuel(le)	49%	83%	22%	48%
	Homosexuel(le)	33%	1%	39%	13%
	Bisexuel(le)	2%	0	3%	0
	Inconnu + pas de réponse	15%	16%	36%	39%
Antécédents d'IST	oui	19%	6%	34%	26%
Symptômes cliniques	oui	87%	54%		
Mode de contamination	Oral			21%	4%
	Anal			16%	1%
	Vaginal			8%	26%
	Autre			2%	1%
	Inconnu + pas de réponse			53%	67%

Ulcération génitale

Vignette N1

- Patient de 25 ans vous consulte 48 heures après l'apparition d'une ulcération génitale à la base du pénis. Cette ulcération est indolore, avec un fond fibrineux.
- Pas de prurit, pas de fièvre, pas de dysurie, pas d'écoulement.
- Rapport à risque environ 10 jours avant l'apparition de cette lésion

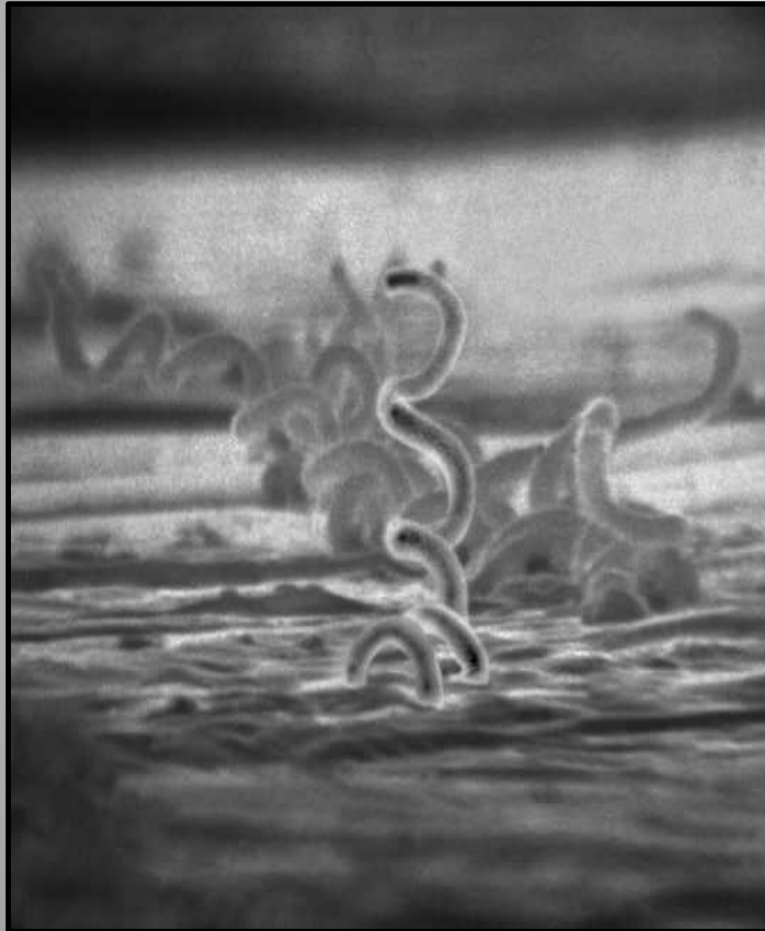
Que faire?

- TPHA? VDRL? Les deux? ELISA ?
- Frottis pour un test d'immunofluorescence pour le HSV?
- Examen au fond noir pour les *tr. pallidum*? PCR?
- Autre?

IST avec ulcération génitale

- Herpes génital
- Syphilis primaire
- HIV primo infection
- Le chancre mou
- Lymphogranulomatose inguinale subaiguë vénérienne (maladie de Nicolas-Favre)
- Le granulome inguinal (donovanose)
- **Ne pas oublier!** ulcération non infectieuses:
 - aphtes (Behcet, toxidermie médicamenteuse)
 - tumeur
 - érosion traumatique

Syphilis



- *Treponema pallidum* (tréponème pâle *fr.*) – spirochaete gram-négative
- Découvert en 1905, le seul représentant sexuellement transmissible des tréponèmes.
T. pall. pertenue => [yaws](#);
T. pall. carateum => [pinta](#);
T. pall. endemicum => [bejel](#).

Syphilis: modes de transmission



Rembrandt van Rijn
« Gerard de Lairesse » (1665-67)

- Sexuelle
- Transplacentaire
- Professionnelle (soins sans gants)
- Transfusion sanguine

Syphilis primaire: 9 à 90 jours

Chancre induré:

- 1 ou > (rare!) ulcérations indurées
- ADP régionale



-Indolore

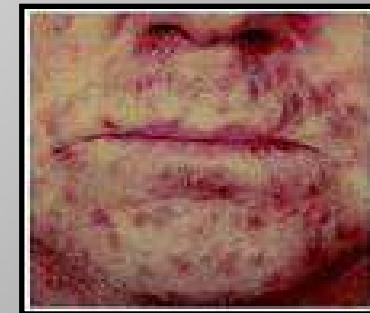
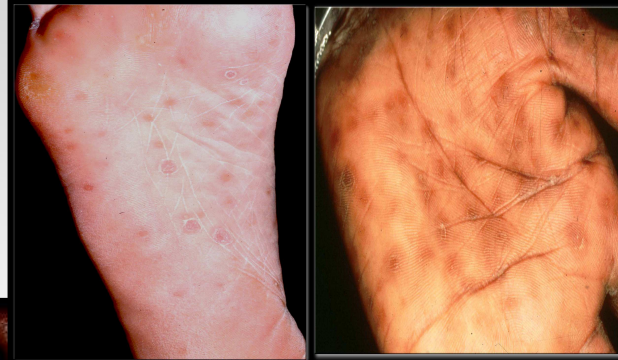
-Indurée (impossibilité de la plisser entre 2 doigts)

-Fond fibrineux

-5 à 15 mm Ø

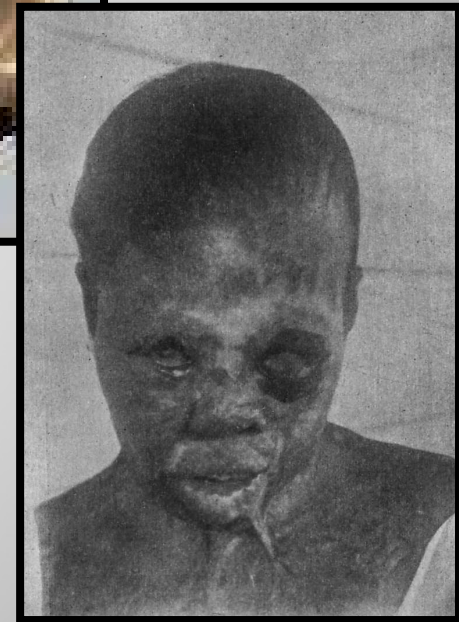
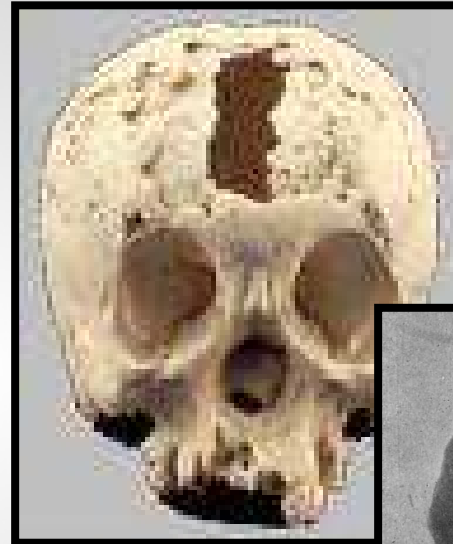
Syphilis secondaire: 6 semaines à 6 mois

- rash diffuse (mains et pieds!)
- ulcères mucocutanés
- condylomata lata
- ADP généralisée
- alopecie, irrite, uvéite, méningite, hépatite, parésies NC, splénomégalie



Syphilis tertiaire:

- early latent: < 2 ans
sérologie positive, absence
de signes cliniques
- complications: > 2 ans
 - cutanés: gommés
 - nerveuses: tabès,
paralysie générale, etc.
 - cardiaques: IA, anévrisme
A, etc.

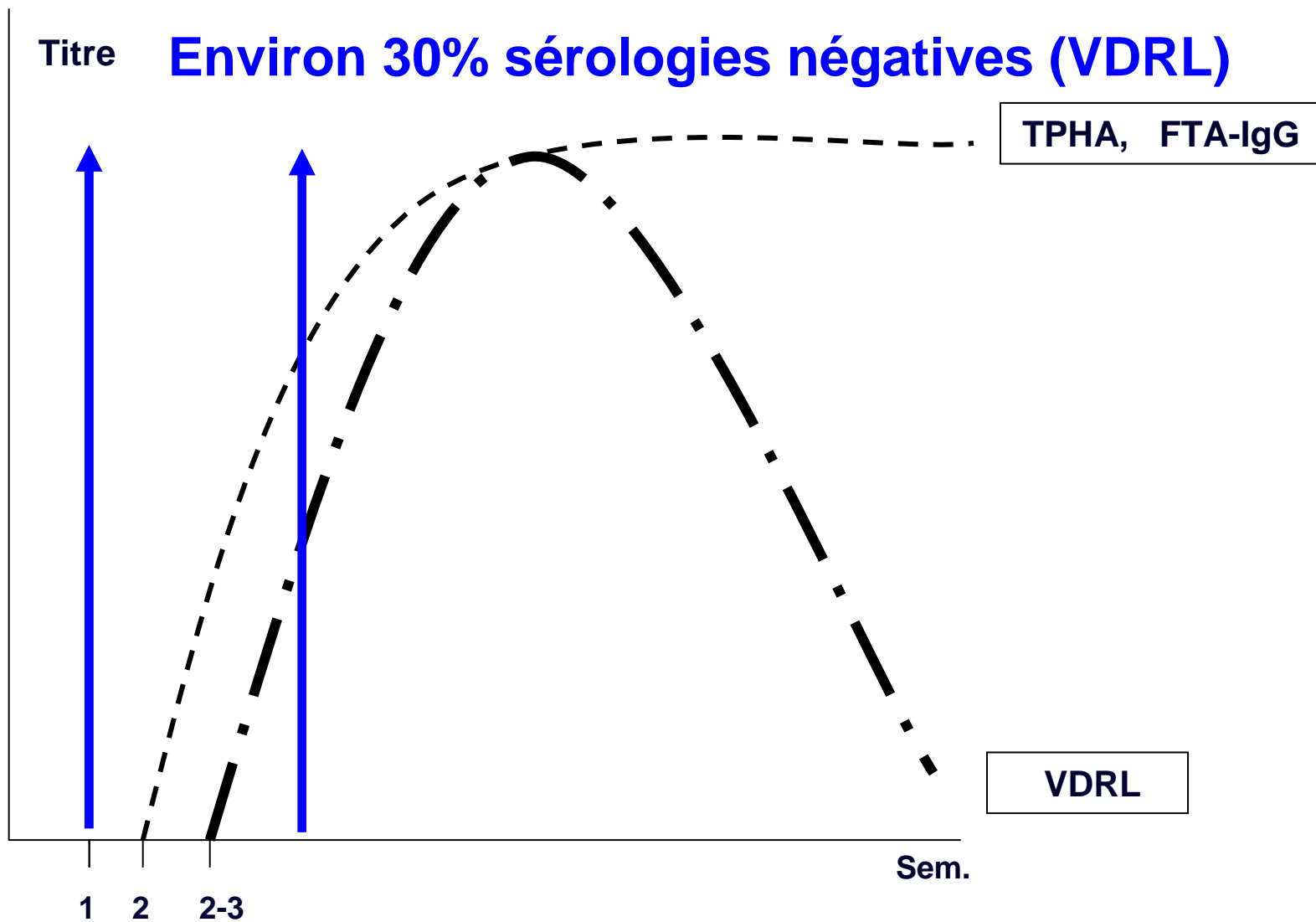


Syphilis: diagnostic

- Examen au fond noir (frottis du chancre): examen pratiqué par le médecin dermatologue
- Culture: n'existe pas
- Sérologie:
 - VDRL
 - TPHA
 - FTA
 - ELISA
- PCR (frottis du chancre)



Sérologies Syphilitiques: (Syph. Primaire)

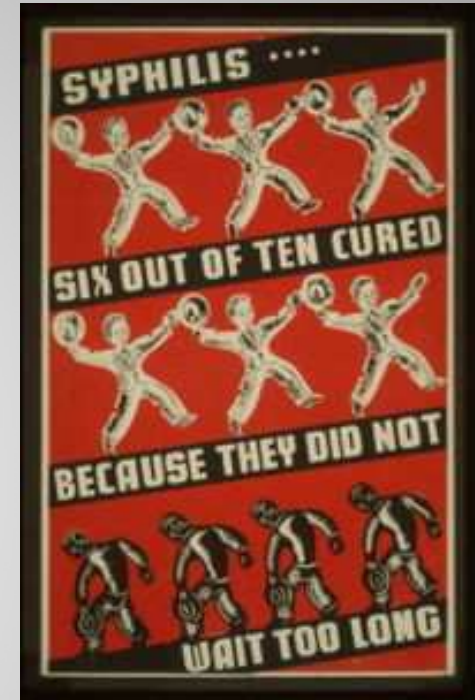


Syphilis: diagnostic selon stade

- Syphilis primaire: - examen au fond noir
- PCR, ELISA
- Syphilis secondaire: - TPHA, VDRL
- Syphilis tertiaire: - TPHA, VDRL, FTA
- Neurosyphilis: - TPHA/ VDRL / PCR (FTA?) dans le LCR

Syphilis: traitement

Durée	Premier choix
< 1 an	Benzathine penicilline G IM: 2,4 MioU x OU
> 1 an	Benzathine penicilline G IM: 2,4 MioU x 1/sem x 3
neurosyphilis	Aqueous penicilline G IV: 12-24 MioU/j x 14j

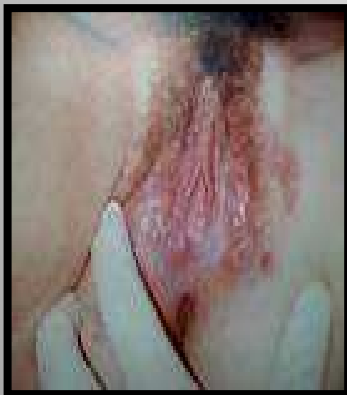


Herpes génital

- DNA virus, famille des herpesvirus
- HSV2 (>70%) > HSV1, mais HSV1 en augmentation surtout parmi les femmes
- Primo infection
- Infection récurrente

Herpes génital: infection primaire

- Vésicules => ulcérations
- Incubation de 4 jours après l'exposition (2-12j)
- Manifestation > sévère chez les femmes
- Risque de transmission: source ♂ - 17%
source ♀ - 4%
- Persistance des lésions: 10-19 jours



- **douleur et prurit locales – 98%**
- symptômes systémiques – 67%
- dysurie – 63%
- ADP inguinale – 80%

HSV primaire: complications extra génitales

- Méningite aseptique – 8 - 20%
- Rétention urinaire – 2 -15%
- Lésions cutanées distales – 20%

Whitley RJ et al. Clin Infect Dis 1998
Corey L et al. Ann Intern Med 1983

Herpes génital: infection récurrente

- < sévère, rarement bilatérale
- Lésions atypiques surtout chez les femmes: fissures et irritation vulvaire
- Prodromes locaux < 50%
- Symptômes systémiques < 25%
- Durée: < 10 jours

HSV: diagnostic

- Culture virale par le frottis intra-urétrale: sensibilité 50%
- **Test rapide par fluorescence (DFA)**
- PCR: sensibilité >50%, mais trop couteux (utile pour la détection du portage asymptomatique)
- Sérologie: sensibilité 80-98% (mauvaise dans les stades précoces), spécificité 96%

HSV: traitement

- Pas de consensus
- Efficacité seulement si débuté dans les premières 48h
- Ne diminue pas le risque de rechute
- Certaine efficacité sur l'intensité des symptômes lors de primo infection
- - valacyclovir 1 gr x 2/j x 7-10j po
- acyclovir 400 mg x 3/j x 7-10j po
- famciclovir 250 mg x 3/j x 7-10j po

Lymphogranulomatose inguinale vénérienne (LGV)

- Chlamydia tr. sérotypes L1,L2,L3
- Rare en Europe (réapparition à Genève depuis 1 an)
- Microchancres d'inoculation en général inapparent (urétral, vaginal, cervical ou anorectale) => ADP inguinale très inflammatoire => fistulisation des plusieurs orifices + **rectite aiguë** avec écoulement mucopurulent
- Diagnostic: PCR (frottis anal, urétral ou ganglionnaire)
- Traitement: doxycycline x 3 semaines PO

Chancre mou

- *Haemophilus ducreyi*, bacille gram négatif
- Rare en Suisse, endémique en Afrique sub-Saharienne et en Asie
- Majeur cofacteur pour la transmission du VIH!
- Période d'incubation: 4-7 jours
- Papule=>pustule=>ulcération douloureuse profonde sur fond exsudatif purulent, bords irréguliers
- ADP indurés douloureux, unilatérale=>bubons fluctuants=>fistulisation



Chancre mou

- Complications: phimosis, extension des ulcérations, surinfection, VIH!
- Diagnostic: - culture - sensibilité 75%
- M-PCR (prix!)
- Traitement:
 - erythromycin 500 mg x 3/j x 7j po (WHO)
500 mg x 4/j x 7j po (CDC)
 - azithromycin 1g DU po (CDC)
 - ceftriaxone 250 mg DU IM (WHO, CDC)
 - ciprofloxacin 500 mg DU po (WHO)
500 mg x 2/j x 3j po (CDC)

Donovanose (granulome inguinal)



- Rare en Europe, endémique en Asie, Inde, Océanie, Amérique du Sud, Afrique
- *Klebsiella* sp., *Calymmatobacterium granulomatis* (« corps de Donovan »)
- Ulcération non indurée, indolore, sans ADP, avec tendance à l'extension, nécrotisation, mutilation
- DS: corps de Donovan à l'examen directe
- TTT: - doxycycline 100 mg x 2/j x 3 sem po
- co-trimoxazole 480 mg x 2/j x 3 sem po
- azithromycine 500 mg le 1^{er} jour, puis 500mg/j x 6j po

	Agent étiologique	Ulceration	Incubation	Douleur	ADP
Herpes	HSV2>HSV1	vésicules puis ulcérations, svnt multiples, groupées, sur fond érythémateux	2-7 jours	présente	satellite, sensible
Syphilis	Treponema pallidum	Unique ou multiples (rarement!), indurée sur fond propre ou fibrineux, possible localisation extra génitale	7-90 jours	absente	satellite, peu sensible
VIH primo infection	VIH	multiples, bien démarquées	2-4 semaines	présente	diffuses
Chancre mou	Haemophilus ducrey	arrondie, fond sale, base infiltrée non indurée	3-10 jours	possible	tardive, très inflammatoire, possible fistulation

Take home messages

- Les MST sont en augmentation depuis 4-5 ans en Europe, en Suisse et à Genève
- En cas d'ulcération génitale: exclure primo infection VIH et syphilis primaire (examen au fond noir, PCR, ELISA)
- Chercher, tester et traiter les partenaires!
- Penser aux causes non infectieuses
- Conseils de prévention « Safe sex »



Urétrites, vaginites

Vignette N2

- Jeune homme de 24 ans
- Vient de changer de partenaire sexuelle
- A eu plusieurs rapports non protégés dans les dernières semaines

- Se plaint de gêne à la miction et d'un écoulement urétral purulent

Que faire ?

1. Culture d'urine
2. Frottis urétral avec PCR et culture
3. PCR urines
4. Sérologie

Questions à l'expert

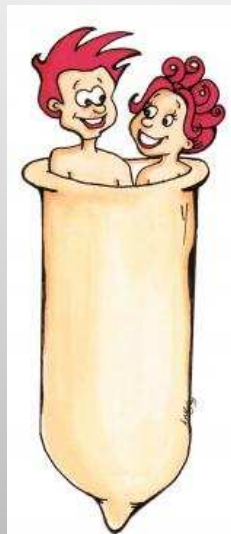
- Quels germes sont actuellement les plus prévalents à Genève ?
- Prévalence d'infections plurimicrobiennes ?
- Quelles implications en terme de stratégie diagnostique ?
 - Sensibilité et spécificité des divers examens disponibles ?
 - Intérêt de la culture ?

Questions à l'expert

- Prévalence de souches résistantes au quinolones ?
- Doit-on effectuer systématiquement une culture ou uniquement chez patients évoluant défavorablement ?
- Implication pour le traitement ?
- Doit-on traiter systématiquement pour une « double » infection même si PCR négative ?

Et le partenaire !

1. Vous demandez au patient d'encourager sa partenaire à consulter ?
2. Vous prescrivez le traitement pour la partenaire alors que vous ne l'avez jamais vue ?



Écoulement urétral et vaginal

- ♂: urétrite
- Gonococcique
- Non gonococcique: Chlamydia trachomatis (19 à 31% des NGU), Mycoplasme genitalium, HSV 1 et 2, Trichomonas vaginalis, ureaplasme urealyticum.

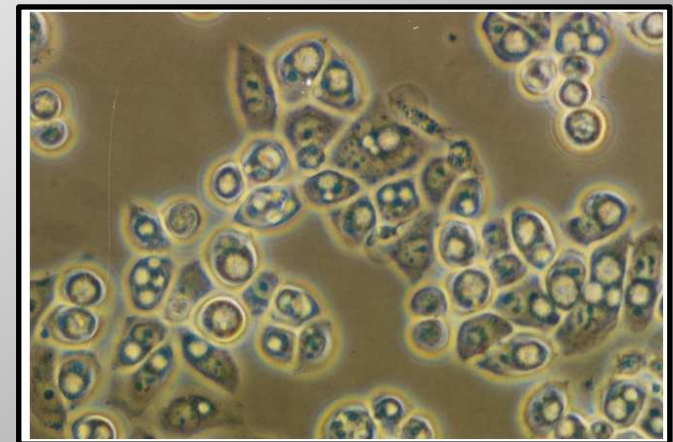
♀: vaginite, cervicite, infection génitale haute

- Vaginose bactérienne (40 à 50%)
- Candida (20 à 25%)
- Trichomonas (15 à 20 %)
- Non infectieux: chimique, allergique, vaginite atrophique
- ...

Cervicite: Chlamydia trachomatis, N.gono, HSV, CMV

Chlamydia trachomatis

- 1^{ère} cause de MST bactérienne dans les pays industrialisés
- Bactérie gram négative, intracellulaire obligatoire
- **Groupes à risque:** jeunes (< 25 ans), célibataires, partenaires multiples (deux ou plus durant l'année), pas de préservatifs
- France: prévalence dans les populations symptomatiques: 10 - 18%.
Population asymptomatique: (hommes et femmes)
prévalence: entre 0,5 et 9%
- Période d'incubation: 1-3 semaines



Signes cliniques: Chlamydia

Homme

- **Asymptomatique (jusqu'à 50%)**
- Urétrite et /ou dysurie(jusqu'à 50%) des cas
- Epididymites et autres complications locale (2%)

Femme

- **Asymptomatique (70 à 80 %)**
- Cervicite, écoulement muco-purulent, saignement, dysurie
- Complications: PID (30% si infection non traité), GEU, stérilité

Chlamydia: diagnostic

- PCR dans les urines:
 - Sensibilité et spécificité 90-98%
- Sérologie
- Culture

Traitement

♂NGU

- Azithromycine 1g po ou doxycycline 100 mg 2x/j po pdt 7 jours. Efficacité de traitement identique.
- Urétrites récurrentes: exclure manque de compliance ou réinfection avec un partenaire. Traitement empirique pour le trichomonas -> Métronidazole 2g po dose unique

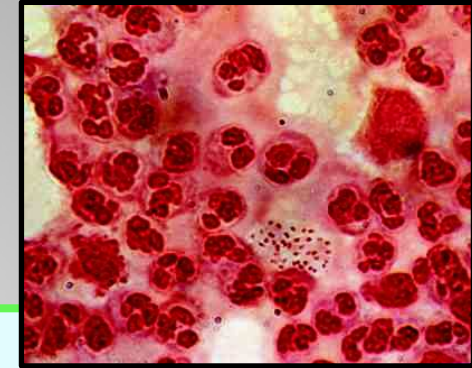
♀Cervicite/ urétrite

- Azithromycine 1g po ou doxycycline 100 mg 2x/j po pdt 7 jours
- Traiter le partenaire!

NGU

- En cas de persistance des symptômes et les PCR *Neisseria gono* et *Chlamydia tr.* négatifs:
chercher autres cases infectieuses:
 - *trichomonas vaginalis* => PCR
 - *uréaplasma urealyticum* => PCR

Neisseria Gonorrhoeae



Homme

- **Asymptomatique: 10%**
- Urétrite (dysurie seule dans 53% des cas), épидидymite
- Extragénitale: proctite, pharyngite (souvent asymptomatique)
- Complications: abcès, prostatite, épидидymite, infection disséminée

Femme

- **Asymptomatique: env 50%**
- Cervicite le plus fréquent
- Urétrite, proctite, pharyngite
- Complication; PID (10 à 40% des cervicites)

Neisseria Gonorrhoeae

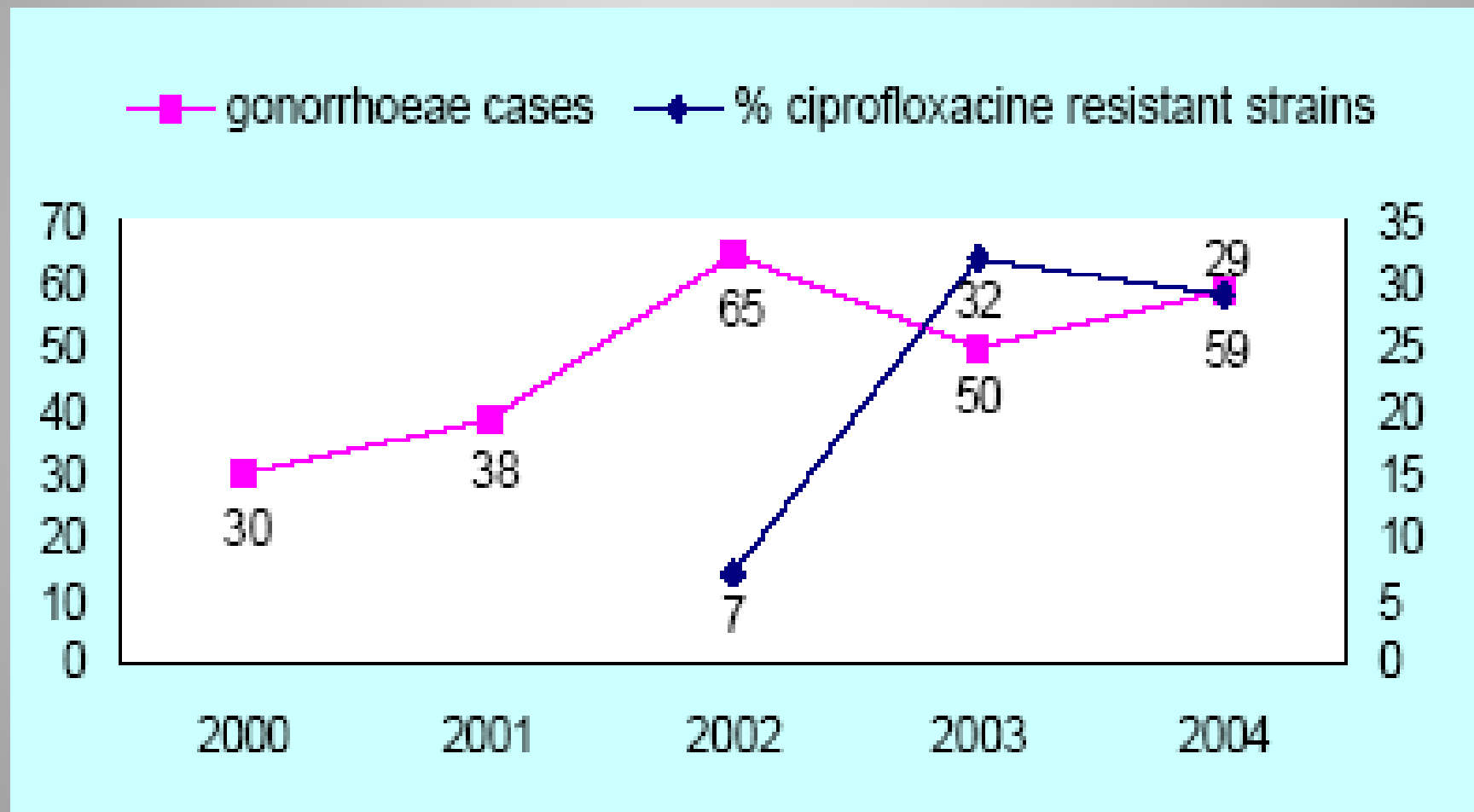
	Caractéristiques	Informations complémentaires
PCR	Sensibilité: Urine->90% Urétral -> 99% Spécificité: 99%	Test de choix pour les femmes
Gram	♂:Sensibilité:89-94% Spécificité:94-97% Frottis urétral ♀:sensibilité de 60% si symptômes	♂ :Sensible, spécifique et cost-effective si symptômes
Culture (milieu Thayer-Martin)	Frottis urétral/ endocervical Sensibilité de 65 à 85 % si sensible	Permet d'obtenir l'antibiogramme

Traitement

Urétrite/ cervicite

- Ceftriaxone 125 mg IM en dose unique
- ou
- Cefixime 400 mg po en dose unique
- **Résistance aux quinolones !!**
- Toujours traiter une possible infection à chlamydia
- Toujours traiter les partenaires

Figure 1. Trend in *Neisseria gonorrhoeae* reporting 00-sept 04, and emergence of ciprofloxacin resistance 02-sept 04, Geneva



- 2002: 82% sensibilité à la ciprofloxacine,
2005: 50% sensibilité
- 2006: < 50% sensibilité
- Toutes les souches sont sensibles à la ceftriaxone
- 86 cas de gonocoques en 2006 à GE

Attitude face à une urétrite ?

Attitude face à une urétrite

Urétrite purulente: haute probabilité de <i>N. gonorrhée</i>		Urétrite non purulente: haute probabilité de <i>Ch. trachomatis</i>
Frottis => Gram	Frottis/Gram pas possible	PCR <i>Ch. trachomatis</i> (+ PCR <i>N. gonorrhée</i>)
si positif pour <i>N. gono</i> => culture + antibiogramme	PCR <i>N. gono</i> et <i>Ch. trachomatis</i>	Si patient fiable – ttt selon résultat
si négatif => culture + PCR <i>N. gono</i> et <i>Ch. trachomatis</i>		Si patient de passage – ttt d'urgence (ceftriaxone + azythromycine)
Ttt d'urgence: ceftriaxone + azythromycine		

Dysurie chez la femme

5 à 20 % des cas de dysurie sont causée par chlamydia trachomatis

- Présentation identique à celle d'une infection urinaire basse d'origine bactérienne
- Augmentation de la probabilité d'une infection à chlamydia
 - Partenaire sexuel récent
 - Pas d'hématurie
 - Dysurie on / off
 - Culture d'urine stérile et pyurie

Autre étiologie de dysurie: gonocoques, trichomonas, candida, HSV

Trichomonase

- *Trichomonas vaginalis* - parasite protozoaire
- ♀: vaginite, pH>4,5, maladie inflammatoire du bassin (PID), néoplasie cervicale, accouchement prématurée
♂: asymptomatique, urétrite, épididymite, prostatite, **stérilité**
- Prévalence chez les femmes (vaginite) – 3-48%
45% des ♂ partenaires des ♀ infectées sont infectés 100%
des ♀ partenaires des ♂ infectés sont infectées

Trichomonase

- 10-13% des cas présentent d'autres MST concomitantes (N. gono, C. trach.)
20% ♂ avec NGU sont infectés par le trichomonas
- DS: PCR urinaire – sensibilité 85-100%
sérologie – sensibilité 78-83%
culture – positive après seulement 3-5 jours
- Traitement: metronidazole 2,0 g po en dose unique
ou metronidazole 500 mg x 2/j x 7j po

Take home messages

- L'infection asymptomatique à chlamydia est fréquente et à gonocoque n'est pas si rare
- 2/3 des PID sont causés pas N.gono ou Chlamydia tr
- L'infertilité tubaire après un PID est de 10 à 50% en fonction de la sévérité des lésions
- Chlamydia est responsable de la moitié des GEU
- Ne plus utiliser la ciprofloxacine comme ttt d'urgence d'une gonorrhée (résistances!!)
- Conseils « safe sex », chercher et traiter le(la) partenaire





Bilan chez une personne asymptomatique

Vignette N3

- Homme de 25 ans, hétérosexuel, vous demande un bilan des IST après avoir eu un rapport non protégé récent avec pénétration avec une nouvelle partenaire. Patient est asymptomatique.
- Rapports non protégés dans l'anamnèse.

Que faire?

- Rien, attendre l'apparition des symptômes
- TPHA, VIH, VHB, Chlamydia tr., Neisseria gono 
- Traitement à l'aveugle: ceftriaxone + azythromycine, autre?
- Vaccination VHB 

Questions à l'expert

- Est-ce que le bilan change selon l'origine du patient?
- Combien de temps faut-il attendre après le rapport à risque? Répéter dépistage?

Références:

- K. Fenton, et al. Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century. *Lancet Infect Dis* 2008;8:244-53
- S. Wöhrl, A. Geusau. Clinical update: syphilis in adults. *The Lancet* 2007;369:1912-14
- S. Abraham, V. Pigué et al. Increased incidence of sexually transmitted infections in Geneva, Switzerland. *Dermatology* 2006;212:41-46
- S.A. Larsen et al. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. *Clin Microbiol Rev* 1995;8(1):1-21
- I. Müller et al. Is serological testing a reliable tool in laboratory diagnosis of syphilis? Meta-analyse. *J Clin Microbiol* 2006;44(4):1335-41
- Corey, L, Adams, HG, Brown, ZA, Holmes, KK. Genital herpes simplex virus infections: Clinical manifestations, course, and complications. *Ann Intern Med* 1983;98:958
- Whitley, RJ, Kimberlin, DW, Roizman, B. Herpes simplex viruses. *Clin Infect Dis* 1998;26:541
- Lewis DA. Chancroid: clinical manifestations, diagnosis and management. *Sex Trans Infect* 2003;79:68-71
- DiCarlo RP, Martin DH. The clinical diagnosis of genital ulcer disease in men. *Clin Inf Dis* 1997;25(2):292-8
- John T. Schiller, Douglas R, Prospects for cervical cancer prevention by Human Papilloma Virus Vaccination, *cancer res* 2006
- K. Jaton, G. Greub, chlamydia: signe d'appel, diagnostic et traitement. *Revue Médicale Suisse*
- The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2006
- Infectious Diseases Handbook, Lexi-Comp, 3^{ème} édition 1999
- Prof. Saurat Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. Edition 4. 2004
- www.UpToDate.com