

Infections à gonocoque, chlamydia, mycoplasme et syphilis

Isabelle Alcaraz Morelle

Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur

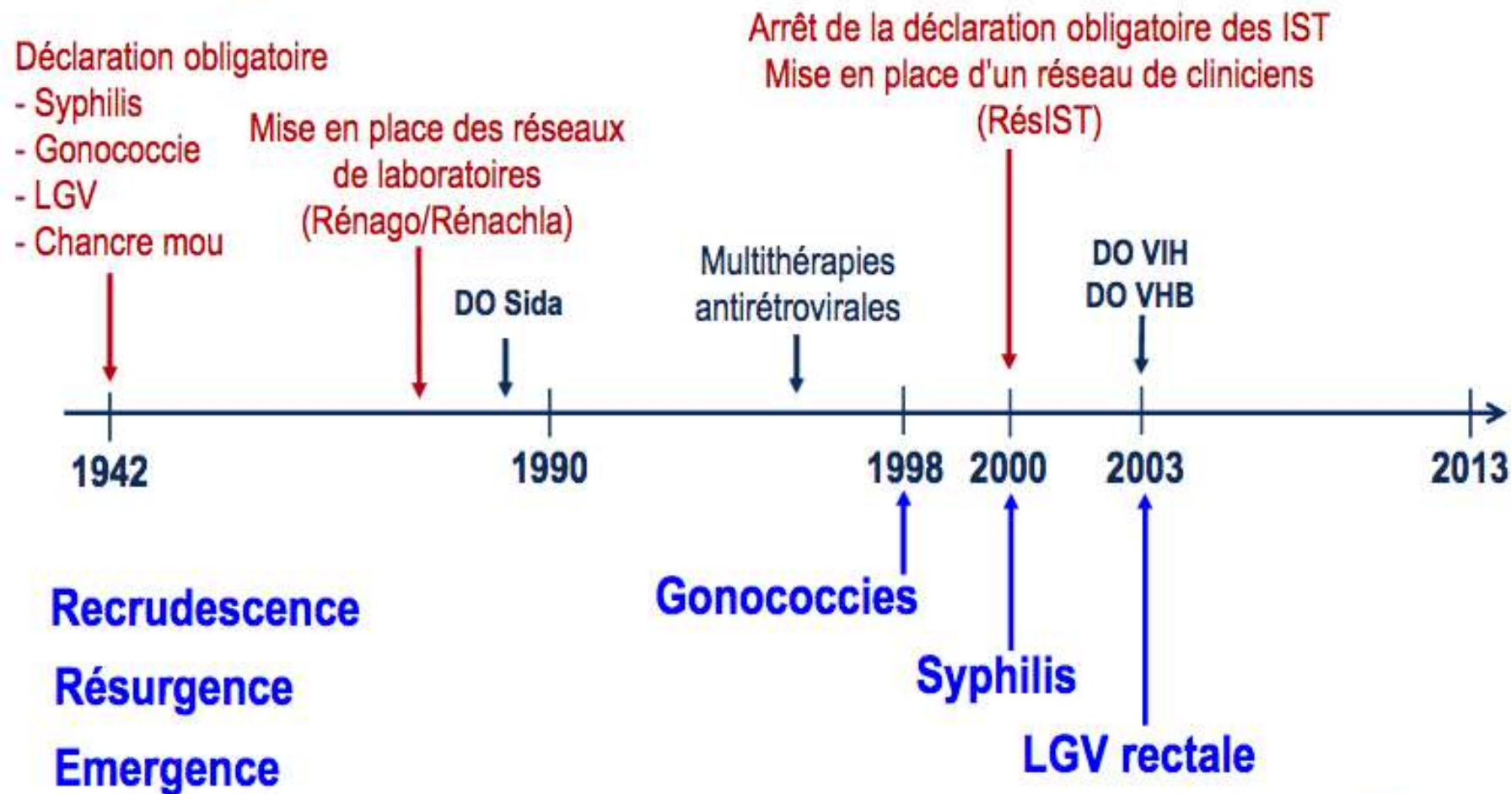
CH Tourcoing

ialcaraz@ch-tourcoing.fr

DUACAI 13-12-2024



Evolution de la surveillance des IST en France à partir des années 2000



2016: création des CeGIDD

Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des IST

CeGIDD Structure unique

Au minimum :

- 1 médecin ayant une expérience dans la prise en charge du VIH, des hépatites virales et des IST ou un dermatovénérologue
 - 1 infirmier(e)
 - 1 assistant(e) social(e) dont le temps de travail est adapté aux besoins, dans le cadre de partenariat formalisé avec d'autres structures
 - 1 psychologue dont le temps de travail est adapté aux besoins, dans le cadre de partenariat formalisé avec d'autres structures
 - 1 secrétaire chargé(e) de l'accueil du public et d'assister les autres membres du personnel dans la saisie et le traitement des données
-

Bactérie *Treponema pallidum*





Etiologie d'un chancre:

1 fois sur 2 la clinique nous trompe

Sexually Transmitted Diseases • Volume 37, Number 3, March 2010

Etiology of Genital Ulcer Disease. A Prospective Study of 278 Cases Seen in an STD Clinic in Paris

Emilie Hope-Rapp, MD, Vassili Anyfantakis, MD,* Sebastien Fouéré, MD,*
Philippe Bonhomme, MD,* Jean B. Louison, MD,* Thibault Tandeau de Marsac, MD,*
Benedicte Chaine, MD,* Pascale Vallee, MD,* Isabelle Casin, MD, PHD,†
Catherine Scieux, MD, PHD,† François Lassau, MD,* and Michel Janier, MD, PHD**

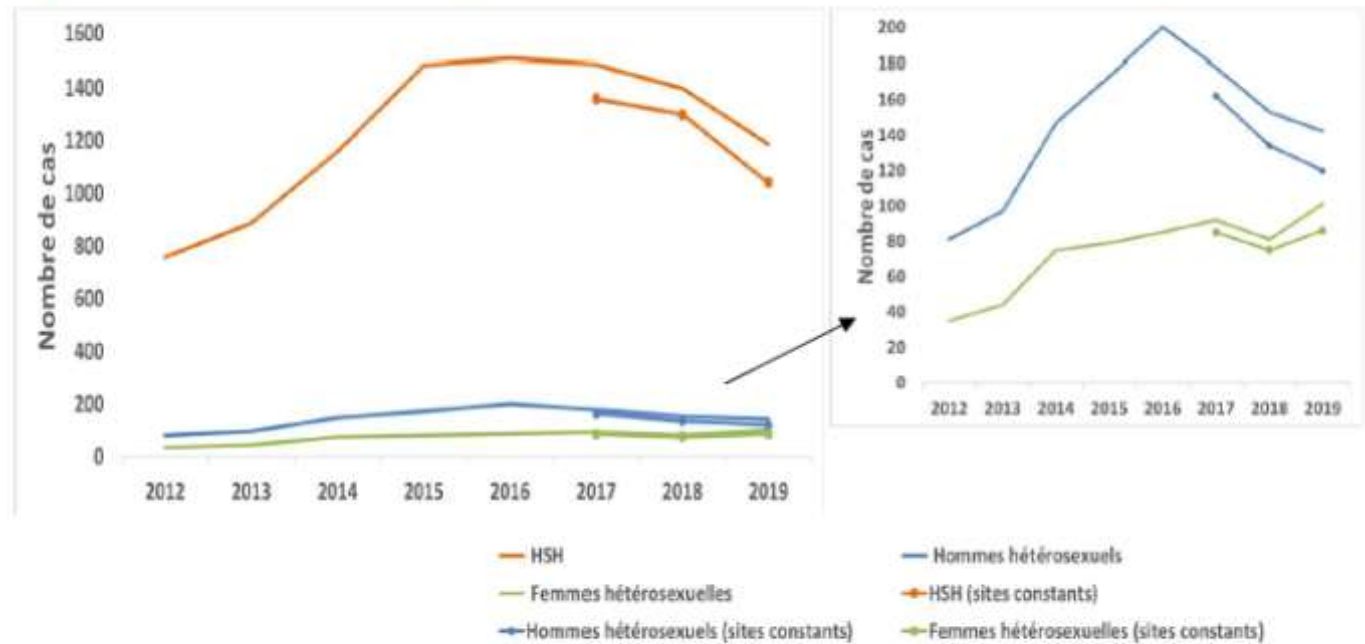
TABLE 2. Risk Factor for Syphilitic GUD (Multivariable Analysis)

	OR	95% CI	P
Being MSM	51.3	14.7–178.7	<0.001
Geographic origin			
France	1		
Africa	1.1	0.26–5	0.8
Other	3.9	1.2–12.6	0.02
Ulceration diameter			
<10 mm	1		
>10 mm	9.2	2.9–30.7	<0.001



Syphilis

Figure 4. Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2012-2019



Source : Santé publique France, réseau RésIST

Evolution depuis 2016 *Santé Pulique France 2022*

- Cegidd: stabilité
- Médecine générale: 2020- 2021: + **42 %** (2021: 0,1/ 1000 habitants)
- **Pas de baisse pour les femmes**

Syphilis (réseau RESIST – données SPFrance 2020)

Très forte prédominance masculine:

- 92% sont des hommes
- 80%: HSH

Age médian:





- HSH: 36 ans
- Hommes HTS: 35 ans
- Femmes: 28 ans

Né(e)s en France:

- HSH: 89 %
- Hommes HTS: 80 %
- Femmes: 83 %

Co-infection VIH –syphilis à rechercher systématiquement

Evolution de la syphilis depuis 2000

-  surtout chez HSH
-  Non VIH
-  Femmes (partenaire, grossesse) 2d dépistage à 28 S
-  dépistage de formes latentes

Missed Opportunities for Prevention of Congenital Syphilis — United States, 2018

Weekly / June 5, 2020 / 69(22);661–665

Anne Kimball, MD^{1,2}; Elizabeth Torrone, PhD²; Kathryn Miele, MD^{2,3}; Laura Bachmann, MD²; Phoebe Thorpe, MD²; Hillard Weinstock, MD²; Virginia Bowen, PhD² ([View author affiliations](#))

Registre national des cas de [Syphilis congénitale](#) *MMWR*

2013 – 2018 : + 261 % (362 -> 1306)

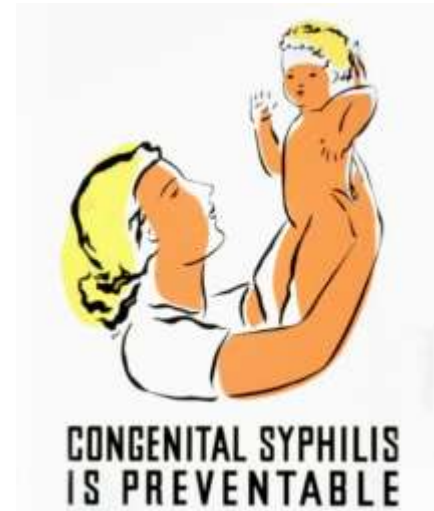
2022: 3761 cas

Risque du retour de la Syphilis congénitale

Mise au point sur
la syphilis congénitale



- **Risque majeur si pas de traitement avant la 16^{ème} semaine**
Transmission:
 - 59% pour forme 2^{re}
 - 50% latente précoce
- En l'absence de traitement:
 - 40% mortalité in utero
 - 20% mortalité périnatale
 - 20% séquelles graves
- **2d dépistage à 28 semaines si estimation d'un risque**





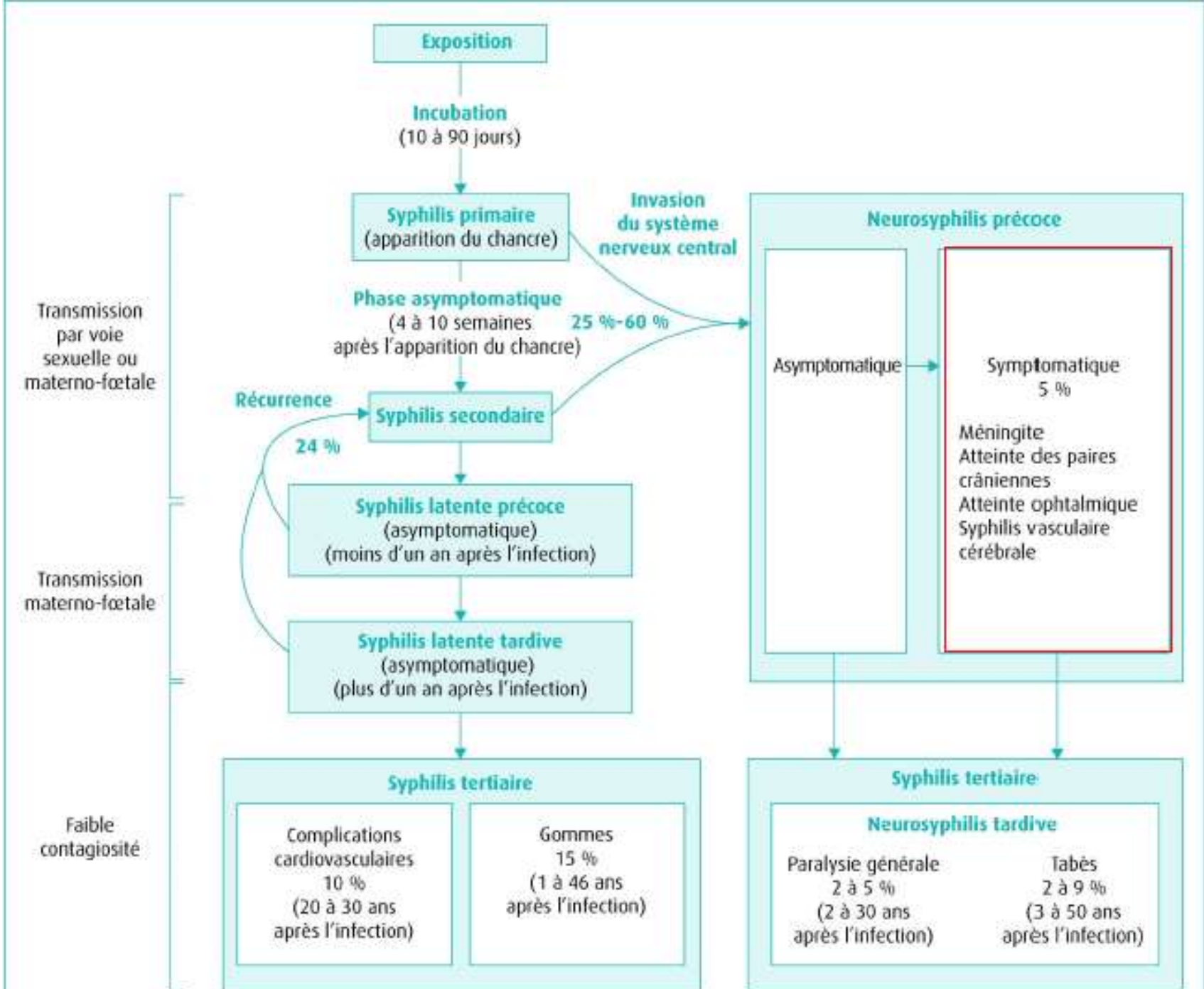
Petite fille de 15 mois
VDRL: 1/256
ELISA: IgM+++
Blot positif

Etat général conservé



- Apositions périostées plurilamellaires
- Lésions multiples ostéolytiques corticales





2 - Syphilis: phase secondaire l'éruption « banale »

- Allergie cutanée ? Mais pas (peu) de prurit
- Virose ?
- Pityriasis Rosé de Gibert ?







Cliché, N. Dupin, Tarnier



Localisation palmaire et/ou plantaire caractéristique

















- Syphilides muqueuses
- Condyloma lata





- plaques fauchées
- érosions buccales



perlèche unilatérale







Alopécie en clairière







CONCLUSION :

Lesion semble-t'il à point de départ sous-cutanée frontale droite présentant une agressivité franche responsable d'une lyse de la table externe de la voûte du crâne, d'une diffusion diploïque, d'une atteinte pour le moins de la table interne si ce n'est de la méninge sans anomalie du parenchyme cérébral sous-jacent.

Une biopsie semble pour le moins nécessaire afin d'adapter le traitement en fonction de l'histo-pathologie, après, peut-être, excision cutanée ou osseuse.



Un mois après EXTENCILLINE 2,4 MUI...



CONCLUSION :
Régression des signes IRM de l'atteinte osseuse frontale droite comparativement à l'examen réalisé le 8 janvier 2013.

Cliché Dr Th HULEUX

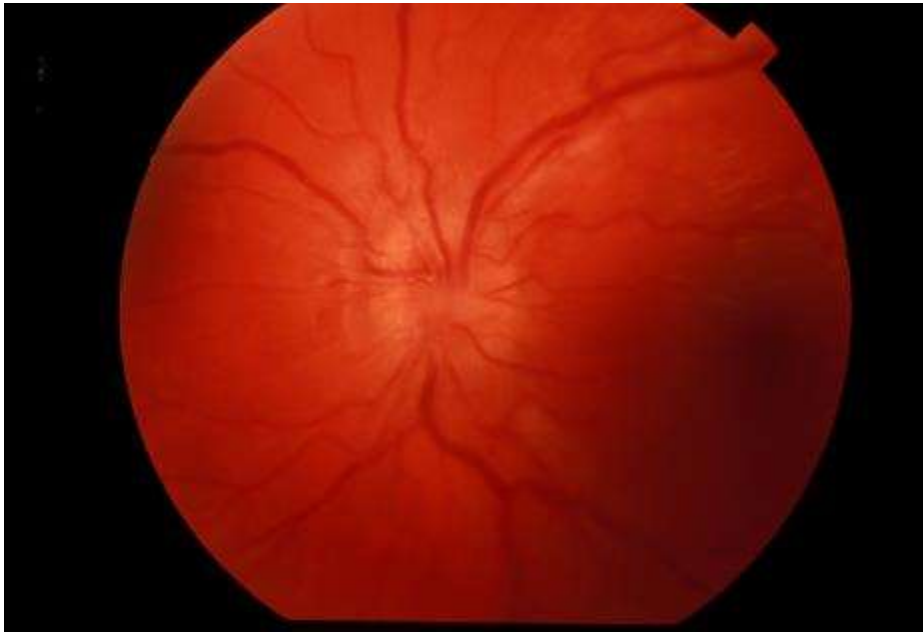


Phase secondaire – Phase septicémique

Tableaux trompeurs

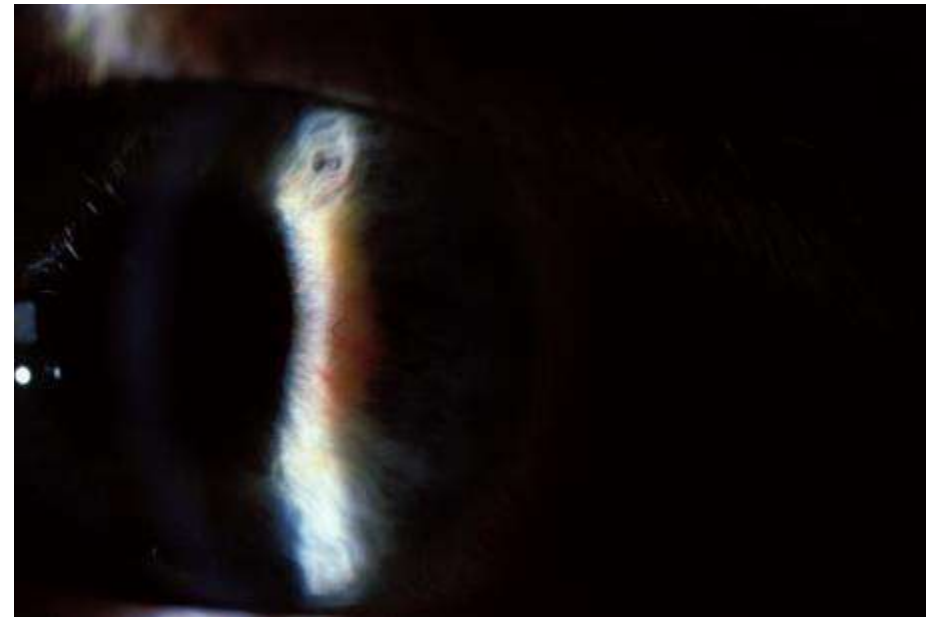
- Fièvre, aeg, perte de poids
- Polyadénopathies
- Céphalées
- Douleurs musculaires
- Douleurs osseuses
- Cytolyse...

> Tableau de lymphome, d'hépatite virale? ...



Tous les tissus oculaires peuvent être atteints, possibilité de neuropathie optique également

L'uvéite antérieure est la plus fréquente



Clichés: Pr Labalette

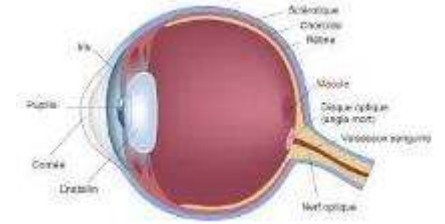
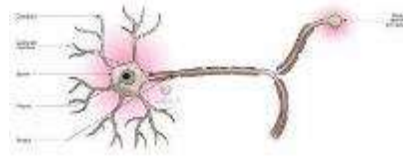
L'ATTEINTE NEUROLOGIQUE DEMARRE A UN STADE PRECOCE RISQUE DE COMPLICATIONS NEURO OPH ORL GRAVES

- 80 cas de syphilis précoce
- 21/ 80 : 26,3% signes neuro,
- LCR pathologique : 6 /14 NEUROSYPHILIS CONFIRMÉES

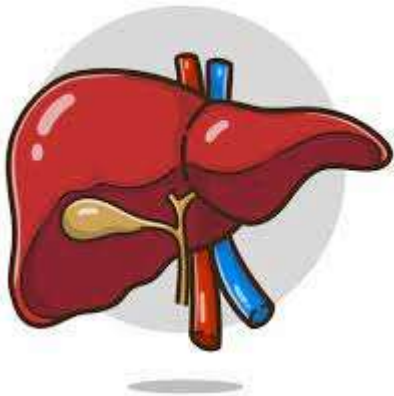
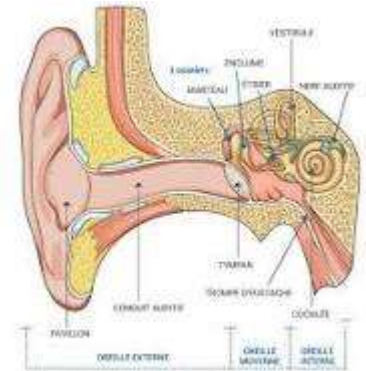
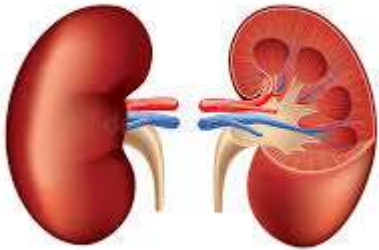
*An Dermatol Venereol 2008 135(6-7): 451-8 C Dumortier
Manifestations extra-cutanéomuqueuses de la syphilis*



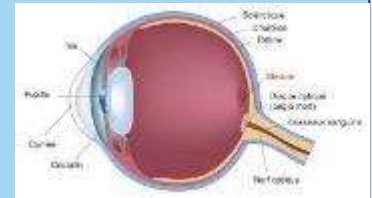
The Great Imitator



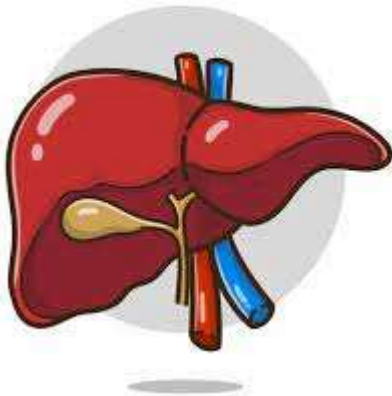
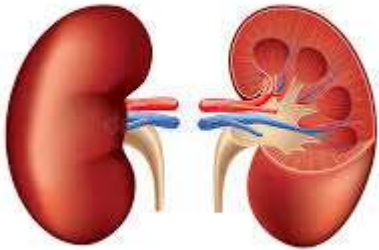
Syphilis IIre
= syphilis **précoce**
= **septicémie**



Atteinte neurologique



Syphilis IIre
= syphilis **précoce**
= **septicémie**





Quand faire une PL ?

- Signe neurologique, quel que soit le stade
- Échec au traitement
- Tétracyclines

- Syphilis tertiaire (tabès , paralysie générale)

SYPHILIS LATENTE (sérologique)

- Syphilis de plus ou moins d'un an ?
 - précoce: moins d' 1 an > traitement COURT
 - Tardive: plus d' 1 an > traitement LONG
- Y a-t-il une atteinte neurologique ou parenchymateuse asymptomatique ?

Syphilis: dépistage et suivi après traitement

- **Dépistage:**
 - Test tréponémique (TT) ELISA ou TPHA « SEROLOGIE SYPHILIS»
- **Confirmation d'une syphilis active:**
 - test non tréponémique (TNT) VDRL ou RPR QUANTITATIF (par ex: 1/4, 1/32)
- **Contrôle de l'efficacité du traitement et de la guérison :**
 - test non tréponémique (TNT) VDRL ou RPR QUANTITATIF
 - dans le même laboratoire
 - M 3, M6, M12 + si tardive M24
 - Négativation , ou au moins division par 4 du titre initial = guérison

ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2018/1/24/SSAU1813153S/jo/texte>
JORF n°0130 du 8 juin 2018
Texte n° 17

En pratique: pas d'intérêt du Western Blot ni des IgM

IgM:

Pas d'intérêt en pratique pour le dépistage

- Peuvent être positives pour une infection ancienne
- Leur intérêt est limité à l'enfant pour la recherche de syphilis congénitale

Au stade du chancre,
la sérologie est souvent encore négative

- Le fond noir n'est plus à la nomenclature
- Traiter dans tous les cas
- PCR?

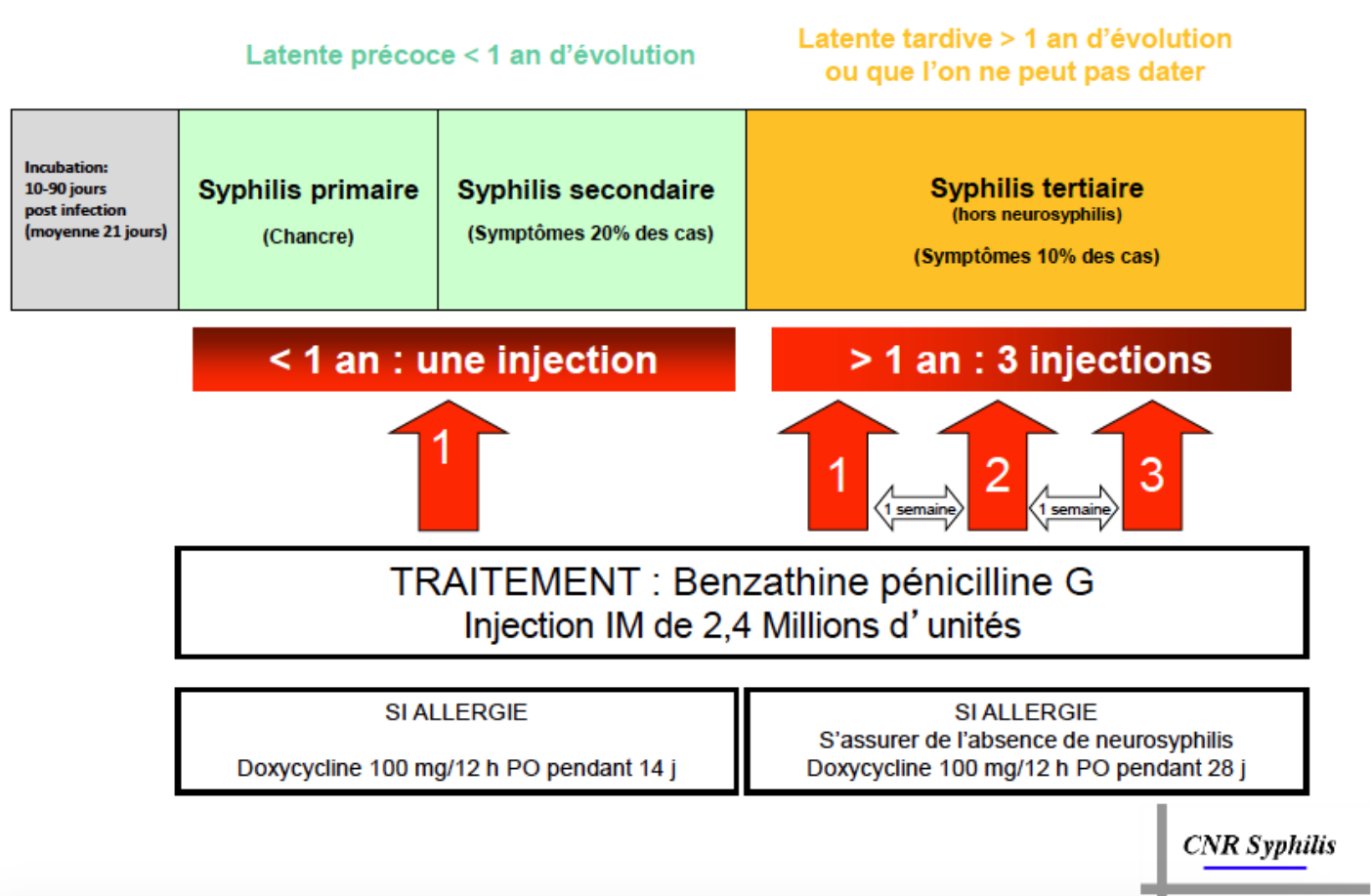


PCR syphilis

Etude **PCR** syphilis CNR Dupin Grange

- Peut avoir un intérêt pour la syphilis primaire sur chancre atypique.
Mais en pratique actuellement, très peu d'indications car la PCR est pratiquée uniquement au CNR syphilis : intérêt « expérimental » pour consolider un diagnostic *a posteriori*
- En cas de suspicion de syphilis neurologique, la PCR syphilis sur LCR fait partie de l'arsenal diagnostique. Sensibilité 40%

Traitement de la syphilis sans atteinte neurologique



Essai en cours : **SY-DOXY**: Péni G retard versus DOXY 200mg/j - 14 jours
APHP Cochin N Dupin

Syphilis neurologique

Pénicilline G: 18 à 24 M UI IV / j – 10 à 14 j (3 à 4 MUI / 4 heures)

Alternative: Ceftriaxone 2g/j- 10 à 14 jours *

Syphilis : particularités chez la femme enceinte

- Syphilis précoce : Benzathine pénicilline G 2,4 MUI / semaine **X 2**
- Syphilis secondaire: prévention de la réaction d'Herxheimer ++
- Allergie pénicilline: **aucune alternative à la pénicilline** > induction de tolérance .
- Suivi **mensuel** sérologique et échographique
- **Dépistage traitement et suivi du partenaire**

Syphilis: suivi après traitement

- Seul le **test non tréponémique TNT (VDRL ou RPR) QUANTITATIF** permet de suivre l'évolution > à faire dans le même laboratoire

En cas de suivi thérapeutique, TNT avec titrage :
examen précédent + examen itératif

La prise en charge de l'acte 1259 est limitée aux suivis sérologiques après traitement des sujets atteints.

- En cas de syphilis précoce ; contrôle à 3, 6 et 12 mois ;
- En cas de syphilis tardive : contrôle à 6,12 et 24 mois.

plus fréquemment chez les patients VIH positifs et la femme enceinte

Une négativation, sinon une diminution du titre de 4 fois des Ac du TNT confirme une guérison.

Une augmentation par quatre du titre des Ac du TNT permet de poser le diagnostic d'une recontamination.

ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2018/1/24/SSAU1813153S/jo/texte>

[JORF n°0130 du 8 juin 2018](#)

Texte n° 17

Transmission de la syphilis?

Présence du tréponème même en l'absence de lésion visible

Treponema pallidum detection in lesion and non-lesion sites in men who have sex with men with early syphilis: a prospective, cross-sectional study

Janet M Towns, David E Leslie*, Ian Denham, Rebecca Wigton, Francesca Azzata, Deborah A Williamson, Darren Lee, Eric P F Chow, Christopher R Fairley, Stephen R Graves, Lei Zhang, Marcus Y Chen

**Lancet Infect Dis 2021;
21: 1324-30**

200 HSH avec syphilis précoce (Syphilis 2re : 47%)

- PCR orale +: 24%, **dont la moitié sans lésion > risque +++ de la fellation**
- PCR anale +: 23%
- PCR urinaire: 6%
- PCR spermatique: 12%

Syphilis: prise en charge du/ des partenaire(s)

- 1 - On traite **systematiquement** le/les partenaire(s) des 2 mois précédents quel que soit le résultat de leur sérologie (longueur de l'incubation)
- 2 – contrôle sérologique des partenaires plus anciens





*Photos A Vermersch
CH Valenciennes*

Urétrites

- Dysurie, pollakiurie
- Brûlures
- Écoulement clair ou purulent



URETRITES - Prévalences estimées en France

- *Chlamydia trachomatis* 30%
- *Mycoplasma genitalium* 20%
- *Neisseria gonorrhoeae* : blennorragie 10%
- *Trichomonas vaginalis* : 1%
- ????

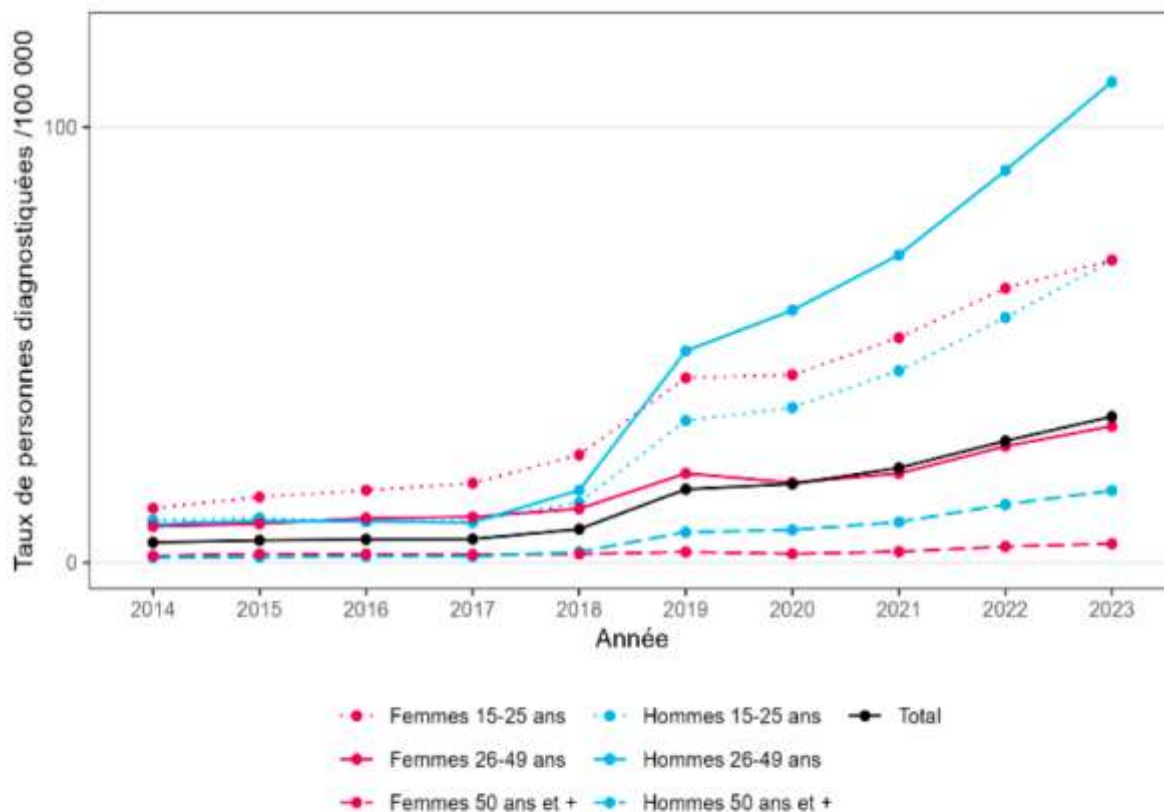
Pathogènes plus rares et plus discutables:

- *Herpès simplex* , *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus spp...*
- *Ureaplasma urealyticum* ??

Danemark 2021, 601 cas de suspicion d'urétrite en 2018:

C.trachomatis(12%), *N. gonorrhoeae* (0.83%), *M. genitalium*(4.2%) - *APMIS* 129 706–710C

Figure 21. Taux d'incidence des diagnostics d'infection à gonocoque en secteur privé par sexe et classe d'âge (personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année pour 100 000 habitants), France, 2014-2023



Source : SNDS, Exploitation Santé publique France, septembre 2024

Infections à *Neisseria gonorrhoeae*

- Médecine générale en métropole: **+ 45% entre 2020 et 2021**
- taux d'incidence annuel estimé en 2021: 0,3 / 1000 habitants
- **80% d'hommes dont 70% HSH**

- **15 - 34 ans :**
 - les plus touchés
 - femmes également
 - symptomatiques dans 40%



ceftriaxone: 4 souches R en 2023

- quelques souches invasives

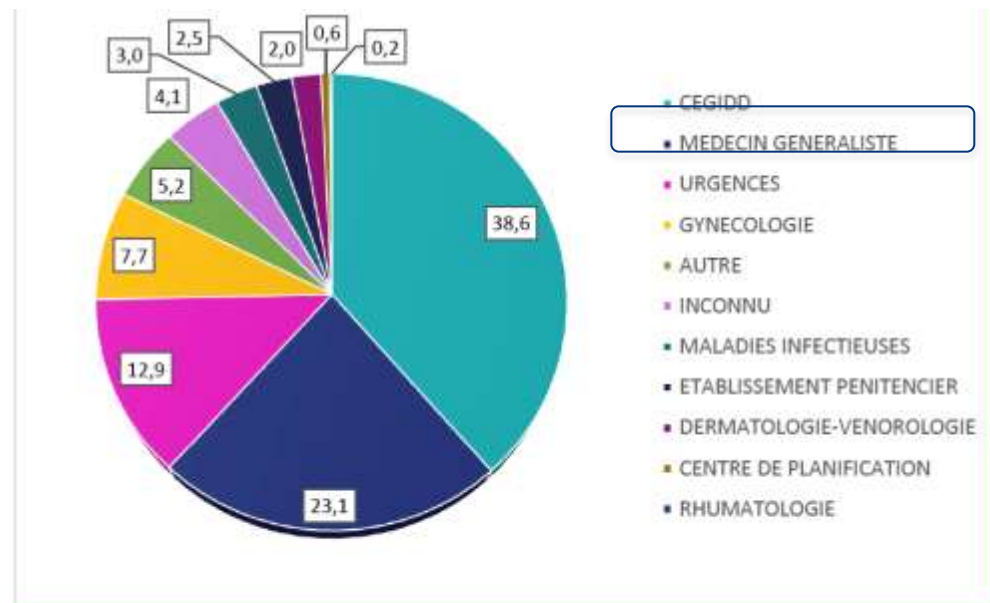
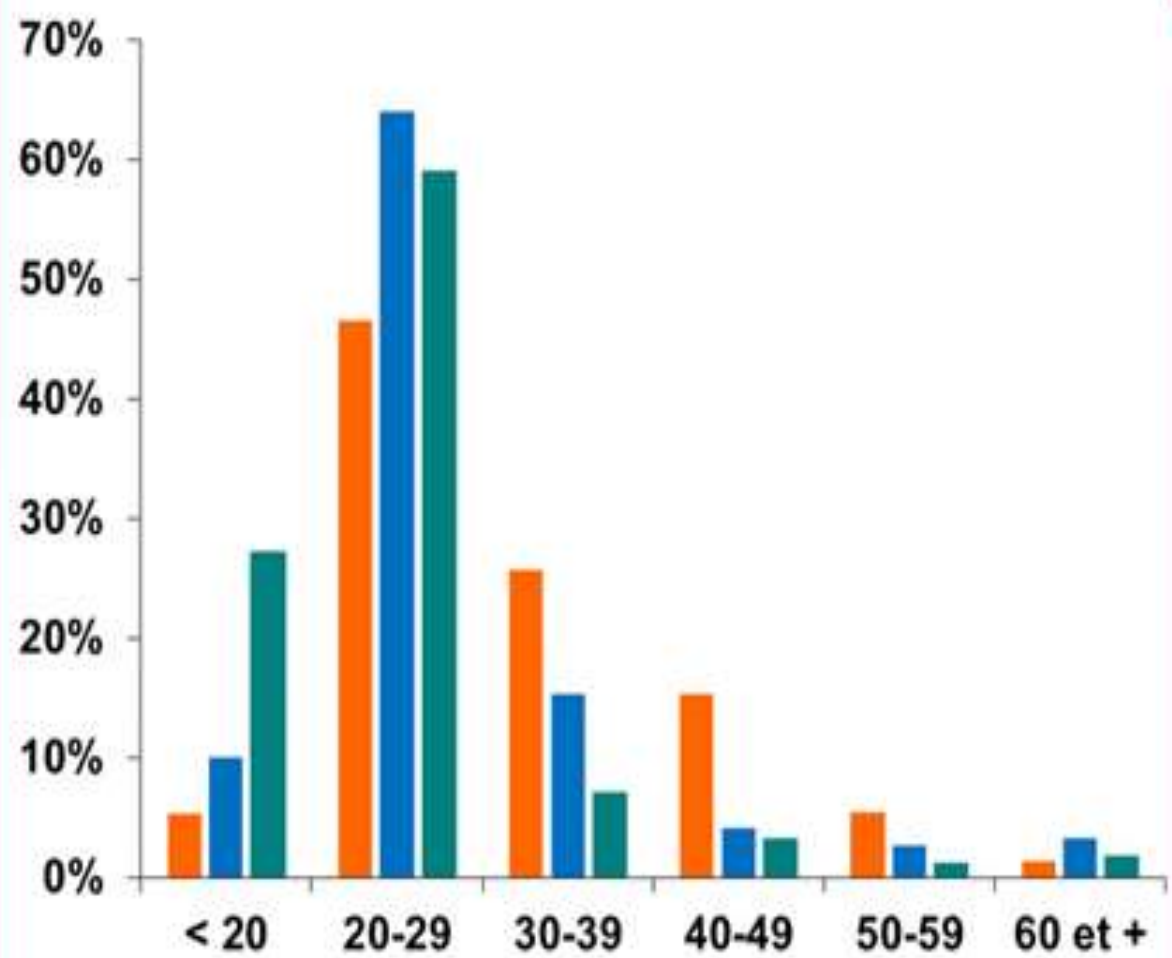


Figure. Répartition des gonococcies en pourcentage selon la structure consultée par les patient(e)s de l'enquête ENGON 2022

Figure G5 - Distribution des cas de gonococcie par classe d'âge selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2016



Classes d'âge

- HSH (n=1739)
- Hommes hétéro. (n=357)
- Femmes hétéro. (n=333)

Infections à Neisseria gonorrhoeae

Homme:

- Urétrite
- Orchiépididymite
- prostatite

Femme: asymptomatique dans 70% des cas

- Cervico vaginite (leucorrhées +/- purulentes)
- Salpingite et autres complications de l'appareil génital

Homme et femme:

- Anorectite,
- Pharyngite, souvent asymptomatique



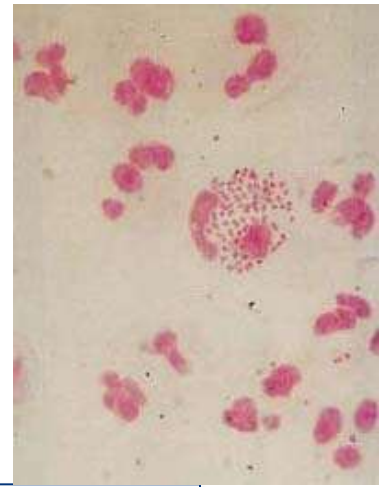


Clusters de souches invasives

- > septicémie
- > arthrite



Neisseria gonorrhoeae



Diagnostic

- Gram
- culture (milieu de transport) + **ANTIBIOGRAMME ++++**

Dépistage / diagnostic

PCR multiplex *Ng et C trachomatis*:

- 1^{er} jet d'urines pour les hommes uniquement
- Auto-prélèvement vaginal
- Gorge
- +/- Auto prélèvement anal selon l'orientation sexuelle

Neisseria gonorrhoeae
Ceftriaxone = **1g DU** IM ou IVL

Recos SFD-SPILF 2021

INTERNATIONAL JOURNAL OF
STD & AIDS

International Journal of STD & AIDS
2021, Vol. 0(0) 1-3

S Fouéré

Abandon des céphalosporines orales

- mauvaise diffusion tissulaire > totalement CI chez les HSH et la femme
- Émergence de résistance sous haute surveillance: 0,1 % (0,8% en 2019)

Résistances AB de *Neisseria gonorrhoeae* 2022

- Azithromycine: 7 %,
- Ciprofloxacine: 64,3 %,
- Tétracycline: 70,5 %



Chlamydia trachomatis

Prévalence:

- 0,8 à 5 % chez < 25 ans,
- 8 à 15 % dans les populations à risque.

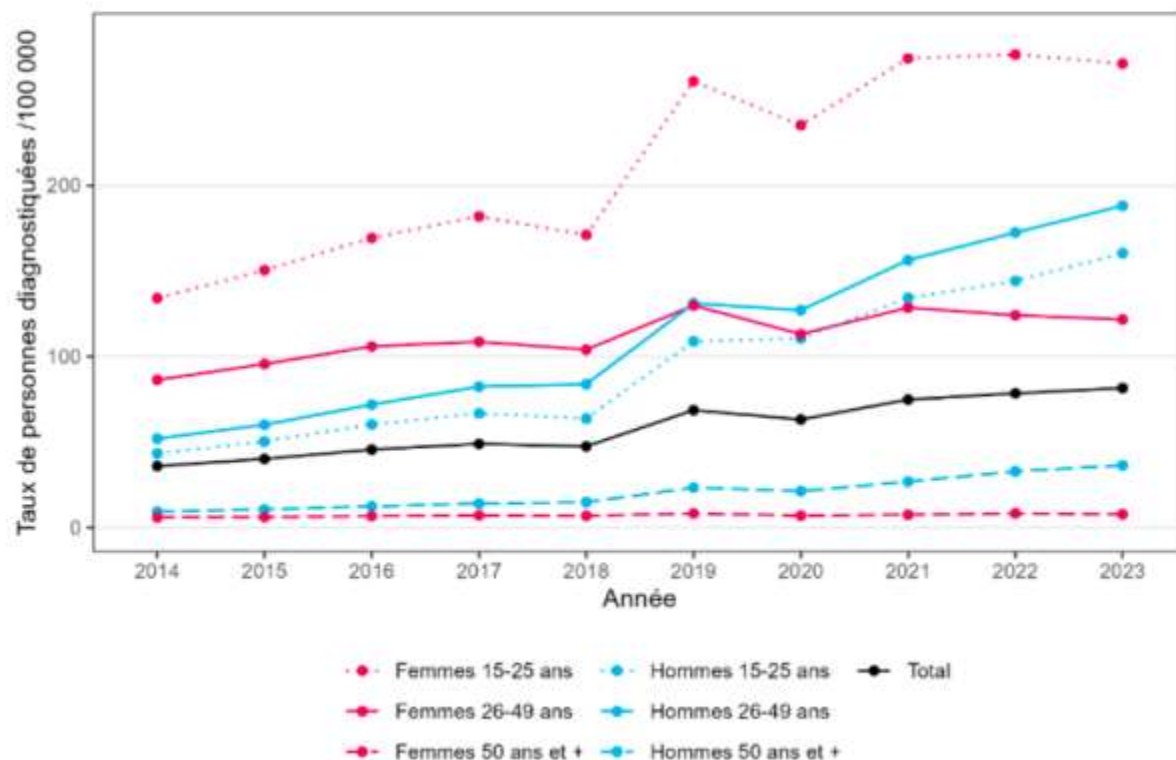
Incidence annuelle estimée en 2021 en médecine générale : 0,9 / 1000 habitants

Recommandations de dépistage HAS 2019 élargies

- Un dépistage systématique des **femmes sexuellement actives** de 15 à 25 ans
- Un dépistage **opportuniste ciblé** quel que soit l'âge
Au minimum: changement de partenaire dans l'année, deux partenaires dans l'année

PCR > PCR multiplex CT et Gono (génital, buccal +/- anal par auto-prélèvements)

Figure 15. Taux d'incidence des diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis* en secteur privé par sexe et classe d'âge (personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année pour 100 000 habitants), France, 2014-2023



Chlamydia trachomatis (D à K = non LGV)

Réinfections fréquentes

Homme

- Urétrites, Orchiépididymites , Prostatites
- Anorectites

Femme

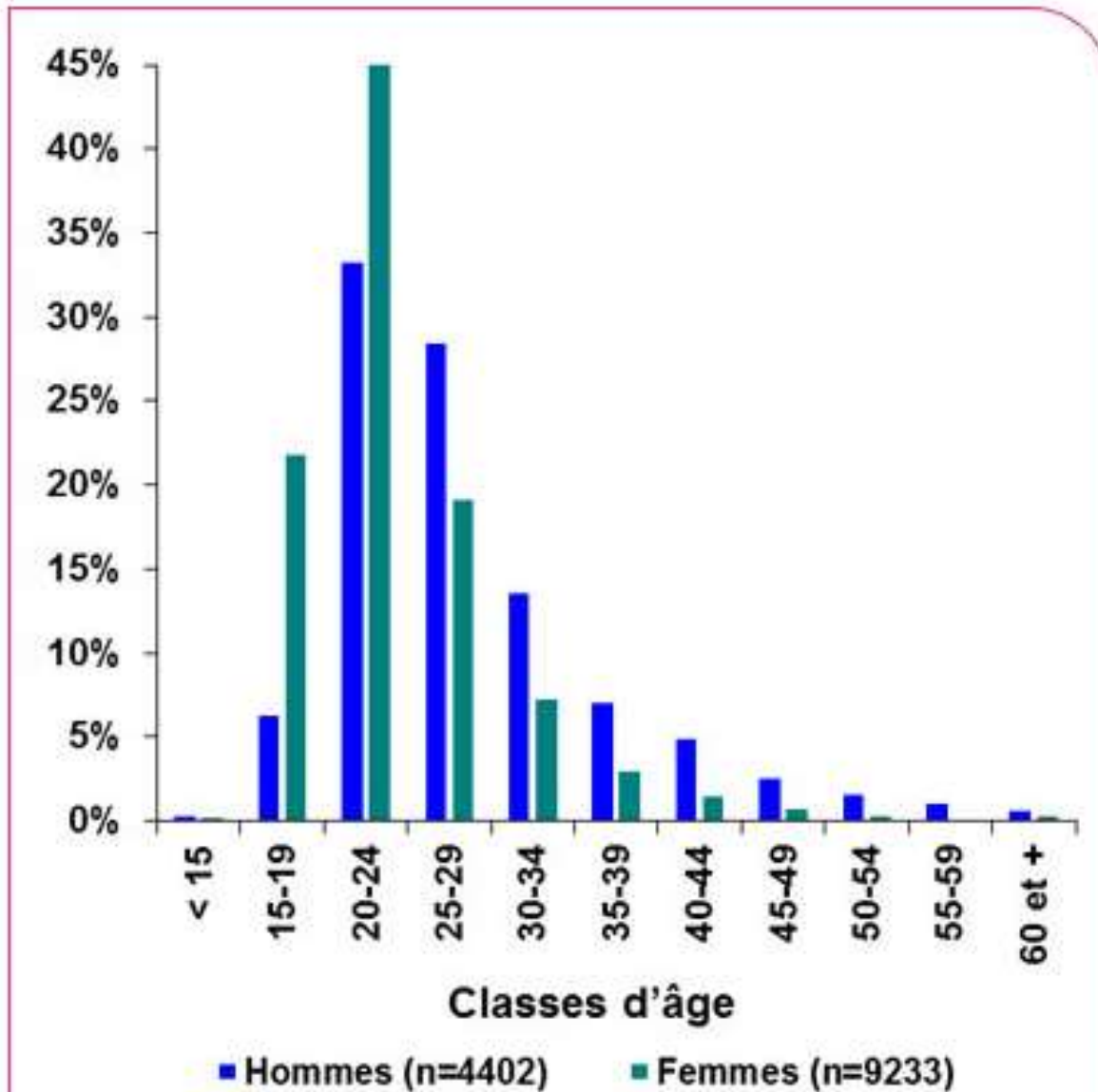
- Urétrites, Cervico-vaginites
- Salpingites, 1ere cause de stérilité tubaire, de GEU

Aussi: pharyngite, arthrites

Nouveau-né

- Infections néonatales, kérato-conjonctivite

▼ Figure C7 - Distribution des infections uro-génitales à Chlamydia par classe d'âge selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2014



NatChla 2006

18-29 ans :

-2,5 % pour les hommes

-3,2 % pour les femmes

ANSM 2012

Taux d'incidence estimé:

257/ 100 000

Etude EDDISTU 2014-2015

Etudiants Université de Lille – Dépistage lors du bilan de 1ere année

Dr Alice Mathieu & all

Prévalence PCR Chlamydia positive

- Filles :10%
- Garçons: 8%



Chlamydia trachomatis

DOXYCYCLINE 200 mg/j , 7 jours

(CDC, recos européennes)



Il ne faut plus proposer AZITHROMYCINE 1g DU

> À réserver uniquement si problème d'observance:

Pourquoi?

- Résistance explosive de *M. genitalium* à l'azithromycine
- Efficacité supérieure de la doxycycline pour les atteintes urogénitale et anale

N Engl J Med 2015; 373:2512-2521

Peuchant Lancet Infect Dis 2022

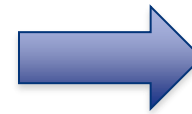
Autres options, en cas de contre-indication:

- **ERYTHROMYCINE 500mg x 4/j, 7 jours** (tolérance digestive)
- **OFLOXACINE 200mg X 2/j , 7 jours** (coût!)

Syndrome oculo uréthro synovial

Praxinosyl, Lacy, Rahn, Chlamydia trachomatis

Balanite érosive circinée



C trachomatis – *N gonorrhoeae*

Complications plus rares

- **Sd oculo-urétro-synovial** (Sd Fiessinger Leroy Reiter)
 - + fréquent chez les hommes > +/- balanite circinée
 - *C trachomatis* surtout
 - Réaction immunologique, association HLA B 27
- **Syndrome de Fitz Hugh Curtis**: périhépatite

Mycoplasmes

Mycoplasma hominis et *Ureaplasma spp* :

- flore naturelle des voies génitales basses , rôle pathogène controversé
-

Seul *Mycoplasma genitalium* a un rôle pathogène

- Urétrites: 10 à 36% des NGU (récidivantes et « résistantes ») *Jensen JEAD 2022; 36*
- Rectites, cervicites, salpingites
- stérilité ?

> **Diagnostic:** PCR *Mg* avec recherche de gène de résistance aux macrolides



Pas de dépistage des asymptomatiques car:

- résistances AB explosives
- clairance spontanée élevée

Mycoplasma genitalium

- **MGMET 2021** (Santé Publique France , CNR des IST)
15 sept 15 oct 2021: 599 échantillons *Mg* +
 - **F: 59,6%**
 - **H: 39,5%**

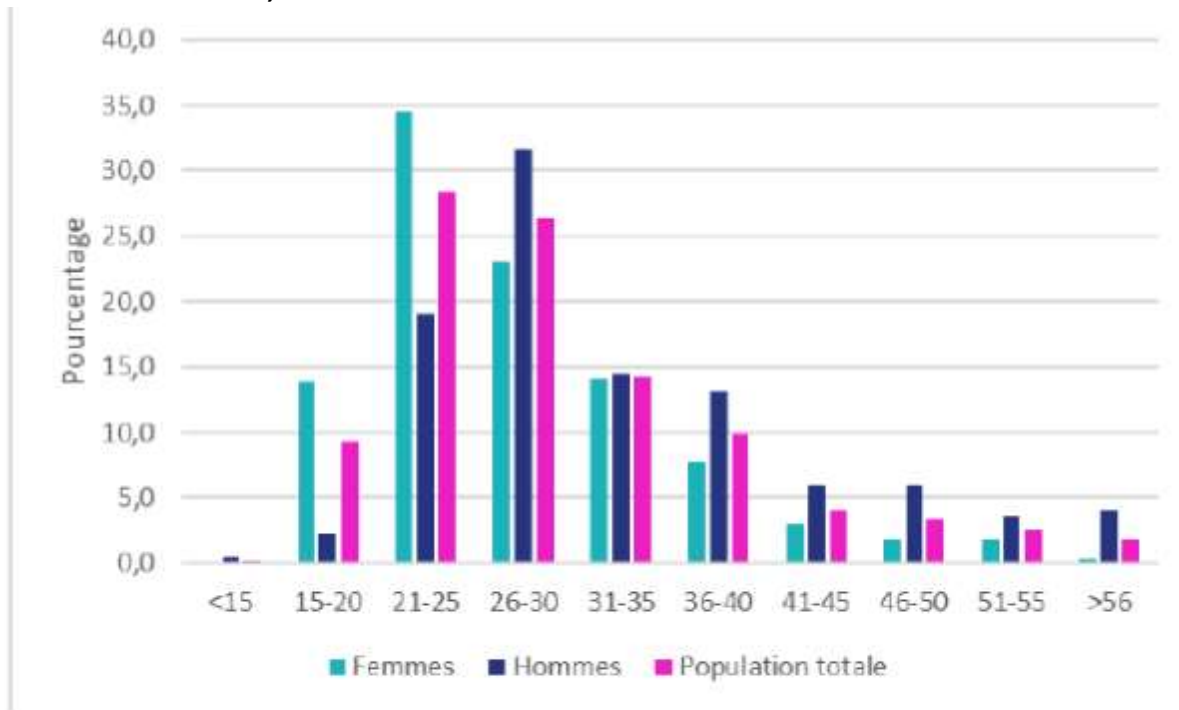


Figure. Répartition par sexe et par classe d'âge.

Les résistances explosives de *Mycoplasma genitalium*

MGMET 2022: 417 échantillons *Mg* +

Résistance aux macrolides: 38,6% (mutation: région V du 23S ARNr)

> HSH sous **PrEP: 95,4%** *Guiraud Microorganisms 2022; 10: 1587*

Résistance aux fluoroquinolones: 17,1 % (mutation protéine ParC) (H>> F)

Double résistance: 15,9%

Taux plus faibles outre-mer

Mycoplasma genitalium

- DOXYCYCLINE 100mg X 2 , 7 jours **puis** en fonction du résultat du test de résistance
 - > si Sensible à l' azithromycine
 - 500 mg, puis 250mg/j pendant 4 jours (JEADV 2022)
 - Ou: 1g puis 500mg/j pendant 3 jours (CDC 2021)
 - > si Mg confirmé avec gène de résistance à l'azythromycine:
 - MOXIFLOXACINE 400mg/j - 7 j (CDC 2021), 10j (JEADV 2022)

Autres possibilités en cas de résistance:

- Doxycycline 100mg x 2, 14 j
- Pristinamycine : 1g x 4/j, 10 j

D'autres pistes: Thiophénicol? *Goodfellow Sex transm Infect 2023*

Mycoplasma genitalium:

Guidelines

British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of infection with *Mycoplasma genitalium* (2018)

Suneeta Soni¹, Paddy Horner², Michael Rayment³,
Nicolas Pinto-Sander¹, Nadia Naous⁴, Andy Parkhouse¹,
Darren Bancroft⁵, Carl Patterson⁵ and Helen Fifer⁴

INTERNATIONAL JOURNAL OF
STD & AIDS

International Journal of STD & AIDS
0959-9596

© The Author(s) 2019

Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/0959959619825948

journals.sagepub.com/home/std

 SAGE

Ne pas dépister les asymptomatiques
Ne pas rechercher en 1^{ère} intention *Mg* chez les symptomatiques
Ne traiter que les partenaires dépistés positifs

En pratique devant une urétrite

- En 1 ère intention:
PCR chlamydia gonocoque + DOXY 200 mg 7j +/- CEFTRIAXONE 1g DU IV ou IM
contrôle PCR à 1 mois
- Si échec et PCR chlam gono négative :
PCR *Mycoplasma genitalium* avec demande gène de résistance à l'azithromycine +
DOXY 200 mg 7 jours puis:
 - si R nég : AZITHROMYCINE ; J1 500mg puis 250mg/J J2 à J5
 - si R pos: MOXIFLOXACINE 400 mg/ J 7 jours

•

Cervico-vaginites, anorectites (NG, CT non L,MG)

- Même traitement
- Idem si PVVIH

Orchi-épididymite: c'est plus long!

- CEFTRIAXONE 1g DU + DOXYCYCLINE 200mg/ j, **10 j** (NG, CT)
- si *Mycoplasma genitalium*: MOXIFLOXACINE 400mg/j **14 j**

Traitement d'une urétrite

- Contrôle entre J8 et J 15
- Dépistage et traitement du/des partenaire(s)
- Contrôle PCR urines après 1 mois
- Contrôles sérologiques VIH, syphilis, VHB , VHC, et à refaire ensuite à M2

Infections compliquées à gonococque

CEFTRIAZONE IV

- Orchi-épididymite: 1g DU + DOXYCYCLINE 200mg/ j, 10 jours
- Septicémie, prostatite : 1g / 24 H , 7 jours
- Méningite: 1 à 2 g / 12 H , 14 jours
- Endocardite: 1 à 2 g / 12 H, 28 jours

Anorectites

1 - Inflammation anus (marge, canal)

- prurit
- brûlures
- suintement

2 - Atteinte rectale avec sd rectal :

- émissions glaireuses, glairosanglantes ou purulentes,
- épreintes, ténesme, faux besoins,
- constipation
- parfois diarrhées

Ano-rectites

Pratiques sexuelles à haut risque

- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Chlamydia trachomatis*: non LGV (D-K), LGV L₁₋₃
- *Treponema pallidum*
- Herpes simplex virus
- Papillomavirus

Mais aussi des proctites

- Giariase, shigelloses, infections à *Campylobacter* ...

McNeil Clin infect disease 2022 apr 13

Anorectite à *Chlamydia trachomatis* L1 L2 L3

LGV = lymphogranulomatose vénérienne
ou Maladie de Nicolas Favre

- Rectite traînante
- Tableau trompeur de MICI, cancer anal, lymphome

Epidémio 2022 (Anachla CNR , SPF)

- **99% hommes cis et 1% de femmes trans**
- **13,4 % des rectites à Chlamydia**
- plus souvent symptomatique > **DOXY 3 semaines**
- **Rapports sexuels à risque très élevé**

Contrôle PCR à 1 mois



Anorectite à *Chlamydia trachomatis* L1 L2 L3
LGV = lymphogranulomatose vénérienne
ou Maladie de Nicolas Favre

- Rectite traînante
- Tableau trompeur de
 - MICI
 - cancer anal
 - lymphome





Rectites à Chlamydia

ANACHLA 2023 CNR des IST Bactériennes

BN Santé Publique France 2023

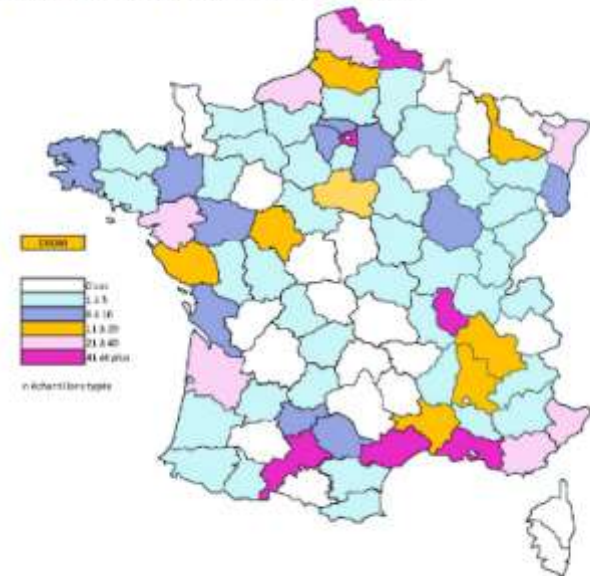
Rectite à Chlamydia : 1563 patients

- âge moyen: 33 ans
- 1560 hommes (96,7 %)
- 2 femmes cis
- 1 femme trans
- **LGV : 7,7 %** en baisse

LGV: plus souvent symptomatiques

- âge moyen 39 ans
 - HIV: 40,5% (74,4 % en 2015)
 - **HSH : 99,1%**
- > pas plus fréquentes chez les patients sous PreP

Un total de 1349 échantillons provenant de 1338 patients a été reçu de 94 laboratoires de France métropolitaine et des DROM (La Réunion, Guadeloupe et Guyane Française).



Ano-rectite à chlamydia

DOXYCYCLINE 200 mg /j

Ou ERYTHROMYCINE 500mg x 4/j

LGV: 21 jours

Non LGV: 7 jours

traiter partenaires des 2 mois avant
contrôle PCR 6 semaines après

Anus +++ et gorge

= foyers souvent asymptomatiques de recontamination

SURMIV Tourcoing - 1^{er} octobre 2014 – 30 avril 2015:

- 369 patients PVVIH HSH > dépistage de patients asymptomatiques
- PCR poolée urines gorge anus CT/NG: 16,3%

	Chlamydia	gonocoque
Urines	2,2%	0,8%
gorge	2,2%	2,7%
anus	8,9%	3,8 %

Localisation anale: Quels risques particuliers ?

- Portage > réservoir (formes majoritaires)
 - chlamydia
 - gonocoque / **résistance accrue**
- Chancre syphilitique canal > méconnu > pas traité
- Condylomes du canal / risque cancer **canal anal**
- Herpès atypiques: pseudotumoraux

Prophylaxie des IST par la doxycycline

Dans un contexte de prise de risque importante

DOXYCYCLINE 200 mg DU

dans les 24 H (IPERGAY 2016) ou 72 H (DOXYPEP 2022) suivant un rapport à risque

- diminution de l'incidence de la syphilis et des infections à chlamydia (2/3)
- Effet moindre pour gonocoque
- **Impact sur résistance** gonocoque ? Staphylocoque ? **Microbiote intestinal?**

Clin Infect Dis. 2020 Mar 15; 70(6): 1247–1253

N Engl J Med 2023; 388:1296-1306

Sexually Transmitted *Trichophyton mentagrophytes* Genotype VII Infection among Men Who Have Sex with Men

Arnaud Jabet, Sarah Dellière, Sophie Seang, Aziza Chermak, Luminita Schneider, Thibault Chiarabini, Alexandre Teboul, Geoffroy Hickman, Alizée Bozonnat, Cécile Brin, Marion Favier, Yanis Tamzali, François Chasset, Stéphane Barete, Samia Hamane, Mazzouz Benderdouche, Alicia Moreno-Sabater, Eric Dannaoui, Christophe Hennequin, Arnaud Fekkar, Renaud Piarroux, Anne-Cécile Normand, Gentiane Monseil



Figure. Clinical appearance of *Trichophyton mentagrophytes* genotype VII infections in men in France, 2022. A, B) Swollen lesions of the mustache (A) and beard (kerions) (B). C) Papular and nodular inguinal lesions. D) Peri-anal mpox lesions with associated papules and pustules with central umbilication and a large lesion with a central necrotic crust, surrounded by extensive erythematous-squamous circinate lesions caused by TMVII infection.

Tinea genitalis: a new entity of sexually transmitted infection? Case series and review of the literature

Isabelle Luchsinger,¹ Philipp Peter Bosshard,² Romano Silvio Kasper,²
Dominic Reinhardt,¹ Stephan Lautenschlager¹

Luchsinger I, et al. *Sex Transm Infect* 2015;**91**:493–496. doi:10.1136/sextrans-2015-052036

Tricophyton interdigitale



Figure 1 Erythematous scaling plaques and follicular pustules in an 18-year-old patient.



Figure 2 Pubic area with succulent ulcerated nodules with seropurulent discharge 2 days after beginning of antifungal treatment

PADS1-01

Entérobactéries productrices de BLSE : une nouvelle infection sexuellement transmissible ?



L. Surgers¹, A. Boyd², H. Rougier¹, T. Chiarabini¹, N. Valin¹,
D. Decré¹, G. Royer³, J.W. Decousser³, P.M. Girard¹, K. Lacombe¹

¹ Hôpital Saint-Antoine, Paris, France

² INSERM UMR S 1136, Paris, France

³ Hôpital Henri-Mondor, Créteil, France

JNI 2020

Prévalence de portage de EBLSE

HSH VIH-négatifs sous PrEP: 16,3 %

HSH VIH-positifs: 12,2 %, p = 0,12

Hommes hétérosexuels: 10,3 %, p = 0,02

HSH VIH-négatifs non sous PrEP: 9,6 %, p = 0,008

femmes hétérosexuelles : 7,7 %, p = 0,001

Monkeypox virus

Pas de nouvelle épidémie cet été

Quelques cas sporadiques (des patients vaccinés 2 doses)

Clade 2 exclusivement en France



Epidémie 2023: **5000 cas** en France au 23 mars 2023, 143 femmes, 24 enfants

- **transmission sexuelle pour cette épidémie** , très rares cas de transmission intra-familiale
- Pas de décès

La vaccination a repris (RDV sur Doctolib)

- conseillée au patients HSH si facteur de risque /IST
- Ou autour d'un cas

Jeunes de moins de 26 ans:

01/01/23

Gratuité des préservatifs « Eden » et « Sortez couverts » sans ordonnance

Accès généralisé au **dépistage sérologique du VIH** dans tous les laboratoires de biologie médicale sans ordonnance et avec prise en charge à 100 %

1^{er} septembre 2024

Dépistage gratuit sans ordonnance pour les moins de 26 ans pour:

- Syphilis
- Gonocoque
- Chlamydia
- Hépatite B

1^{er} janvier 2023

Prise en charge à **100 % de la contraception d'urgence**, sans prescription, pour toutes les femmes.

Développement de la PrEP

- **Ténofovir disoproxil / emtricitabine : Truvada[®]** : 1 cp/j + préservatif
> en continu ou en discontinu : 2 cps entre 2h et 24h avant le rapport sexuel
puis 1 cp/24H (+/-2 H) pendant 2 jours
!! surveillance rénale !!
- **Impact sur les IST ?**
- dépistage systématique : majoritairement des formes asymptomatiques
- **Qui prescrit la PrEP ?** Il suffit de se former ->

#JeSuisProfessionneldeSanté

JE ME FORME A LA PReP VIH

S'INSCRIRE HORS DPC

S'INSCRIRE VIA DPC

Devant une IST ou un risque

- Sérologies VIH, VHB, VHC, syphilis (contrôle à 2 mois)
VHA si HSH
- PCR *Ct Ng*
 - urines 1^{er} jet (H) ou auto prélèvement vaginal (F)
 - gorge
 - Auto-prélèvement anal
- Recherche de condylomes +/- ex proctologique avec frottis, cs gynécologique

Mais aussi { + dépister et traiter les partenaires
Vaccination: hépatite B? , HPV ?

- **Vigilance / résistances antibiotiques**

CeGIDD Tourcoing:

- secmias@ch-tourcoing.fr
- 03 20 69 46 05

CeGIDD Lille

- 13 rue Camille Guérin - 59000 Lille
- 08 05 04 00 22

Demande d'avis pour les professionnels : Omnidoc dermatologie CH Tourcoing