

Infections à gonocoque, chlamydia, mycoplasme et syphilis



Validé par le Collège le 10 avril 2025

Isabelle Alcaraz Morelle

Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur

CH Tourcoing

ialcaraz@ch-tourcoing.fr

DUACAI 12-12-2025



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

Déclaration obligatoire

- Syphilis
- Gonococcie
- LGV
- Chancre mou

Mise en place des réseaux
de laboratoires
(Rénago/Rénachla)

DO Sida

Arrêt de la déclaration obligatoire des IST
Mise en place d'un réseau de cliniciens
(RésIST)

DO VIH
DO VHB

Multithérapies
antirétrovirales

1942

1990

1998 2000

2003

2013

Recrudescence

Gonococcies

Résurgence

Syphilis

Emergence

LGV rectale

Bactérie *Treponema pallidum*



Syphilis

Recrudescence depuis 25 ans

Santé Publique France 2024

Données CeGIDD

- **86% d'hommes , 67% sont HSH**
- 12% de femmes
- 2% de personnes trans
- Âge moyen: hommes 35 ans , femmes 25 ans
- 26% nés à l'étranger
- 2021-2023: + 20% (secteur privé)
- **augmentation plus marquée dans la classe d'âge > 50 ans et les femmes**

Co-infection VIH –syphilis à rechercher systématiquement

Syphilis congénitale en augmentation au niveau mondial

USA MMWR

- En 10 ans + 600%
- 2022: **3761 cas** (idem 1950)

France:

- Alertes Outremer : Mayotte, Guyane, la Réunion
- Quelques cas en Métropole

Evolution de la syphilis depuis 2000

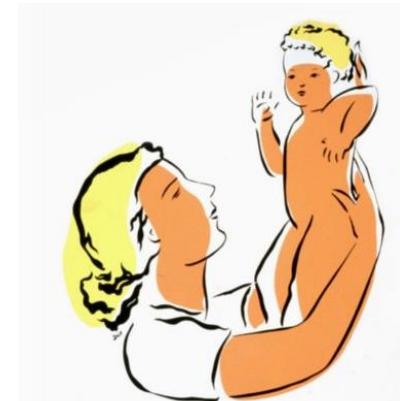
-  surtout chez HSH
-  Non VIH
-  Femmes (partenaire, grossesse) 2d dépistage à 28 S
-  dépistage de formes latentes

Risque du retour de la Syphilis congénitale

Mise au point sur
la syphilis congénitale



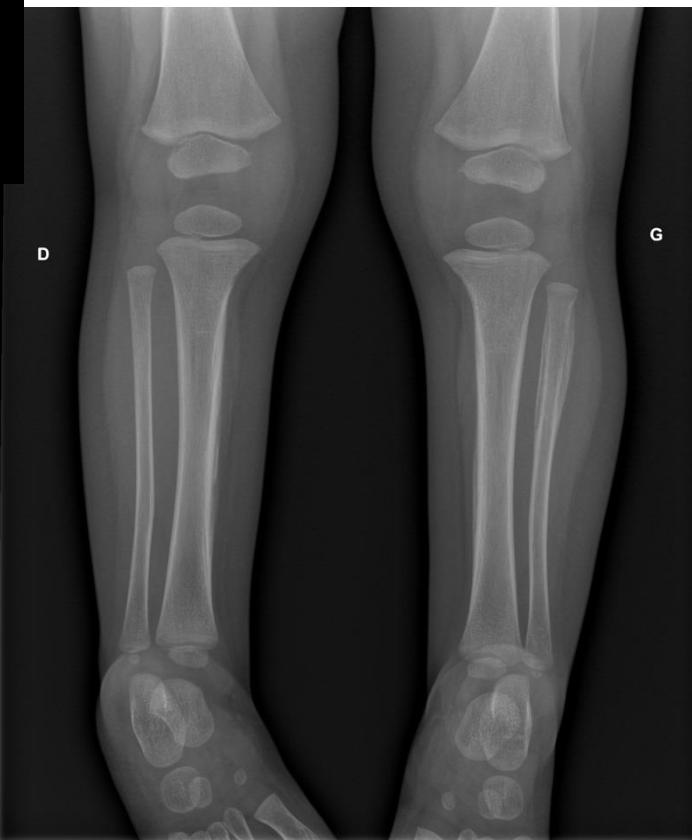
- Risque majeur si pas de traitement avant la 16 ème semaine
- Transmission:
 - 59% pour forme 2re
 - 50% latente précoce
- En l'absence de traitement:
 - 40% mortalité in utero
 - 20% mortalité périnatale
 - 20% séquelles graves
- 2d dépistage à 28 semaines si estimation d'un risque



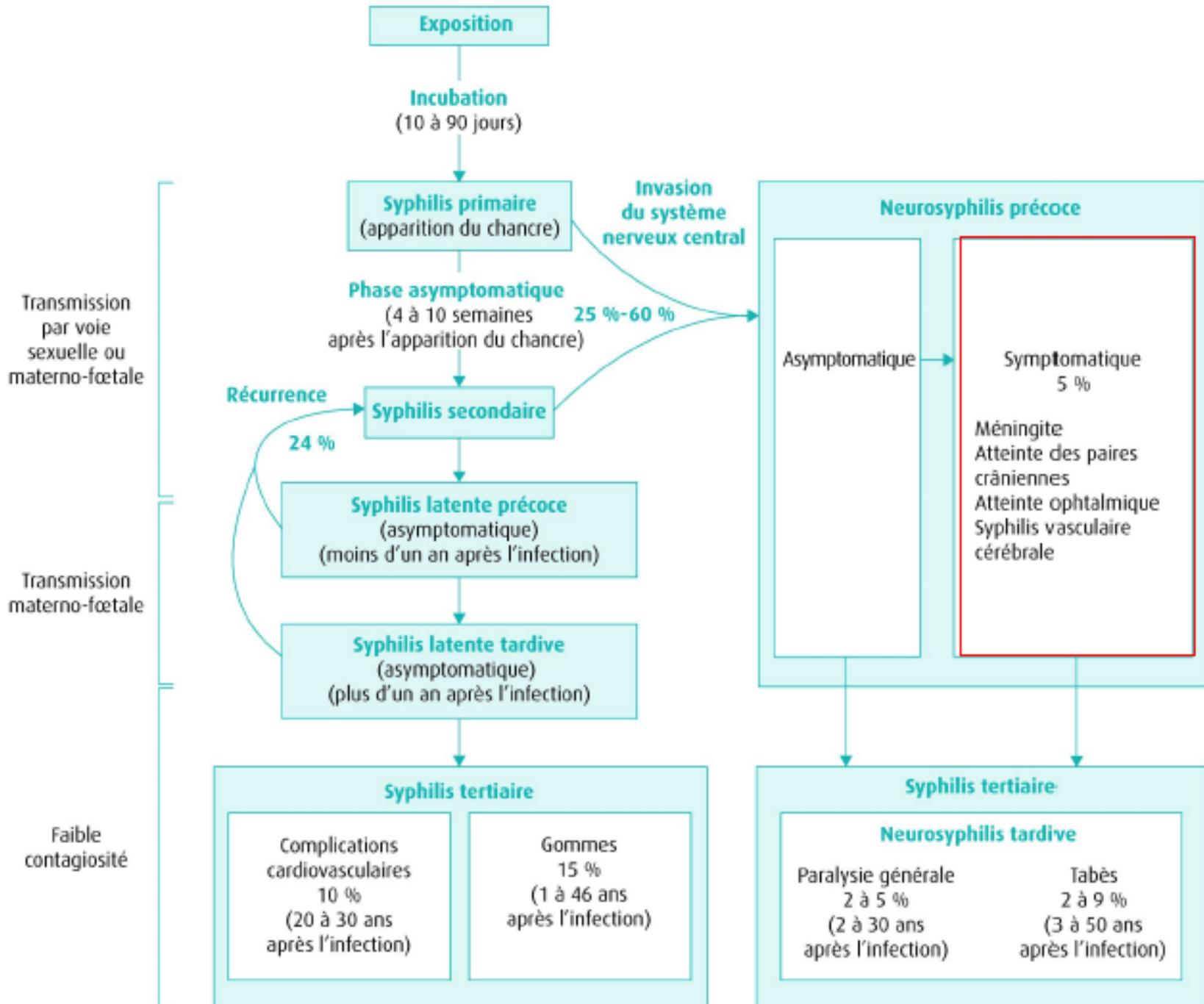


Petite fille de 15 mois
VDRL: 1/256
ELISA: IgM+++
Blot positif

Etat général conservé



- Apositions périostées plurilamellaires
- Lésions multiples ostéolytiques corticales



Chancre
d'inoculation
Syphilis primaire



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,* Sébastien Fouéré, MD,*
Philippe Bonhomme, MD,* Jean B. Louison, MD,* Thibault Tandeau de Marsac, MD,*
Bénédicte Chaine, MD,* Pascale Vallée, 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



Chancre d'inoculation
Syphilis primaire

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











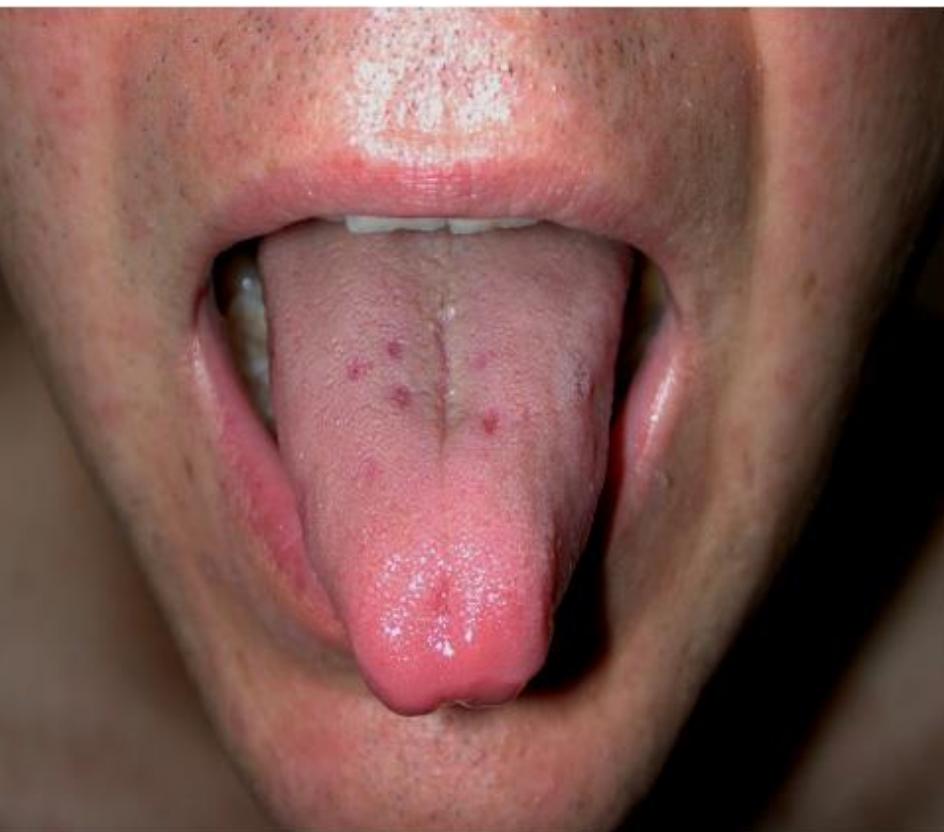






- Syphilides muqueuses
- Condyloma lata





- 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, exérèse cutanée et osseuse.

Cliché Dr Th HULEUX



Un mois après EXTENCILINE 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...

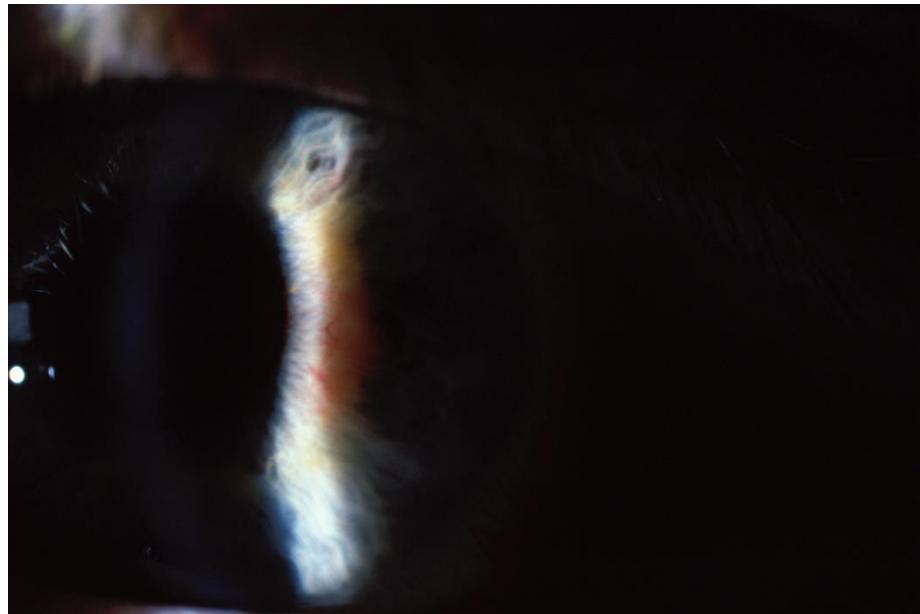
> Tableau de lymphome, d'hépatite virale? ...



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

Etude rétrospective SUMIV Tourcoing

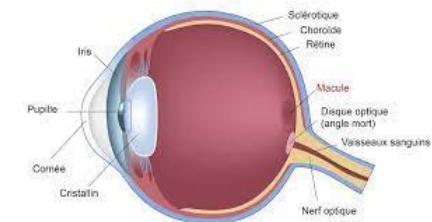
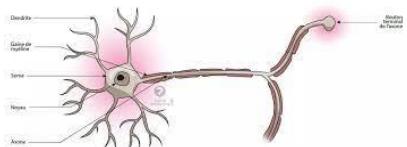
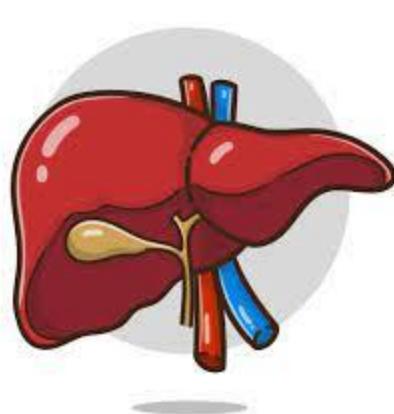
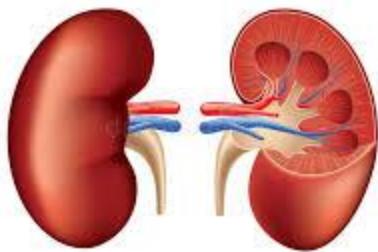
- 80 cas de syphilis précoce
- 21/ 80 : 26,3% signes neuro,
- LCR pathologique : 6 /14 NEUROSYPHILIS CONFIRMÉES

An Dermatol Venereol 2008 135(6-7): 451-8 C Dumortier

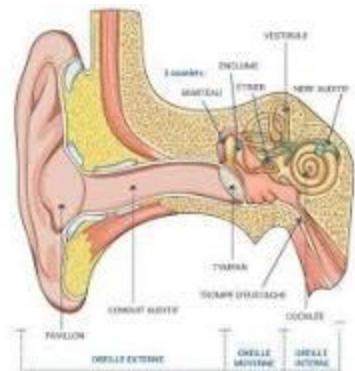
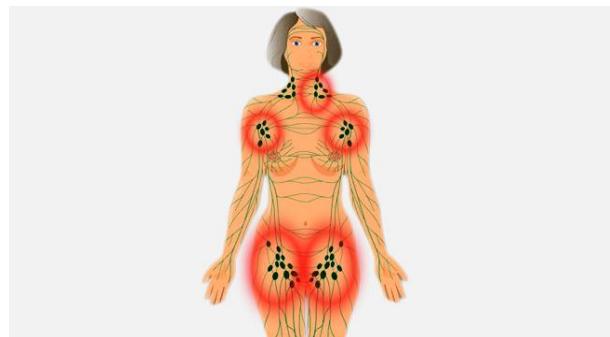
Manifestations extra-cutanéo-muqueuses de la syphilis



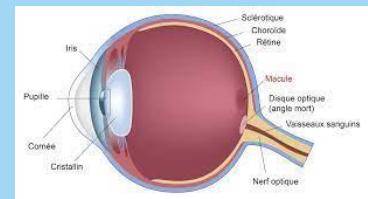
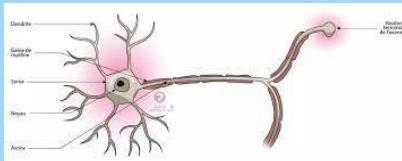
The Great Imitator



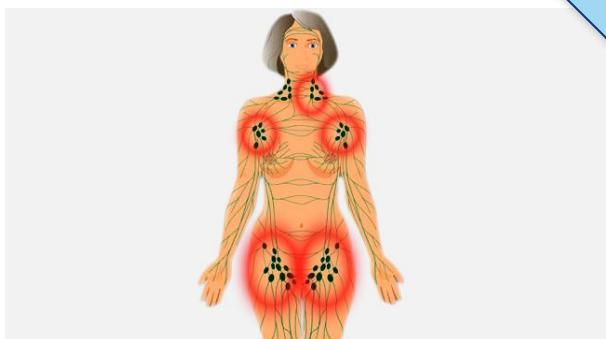
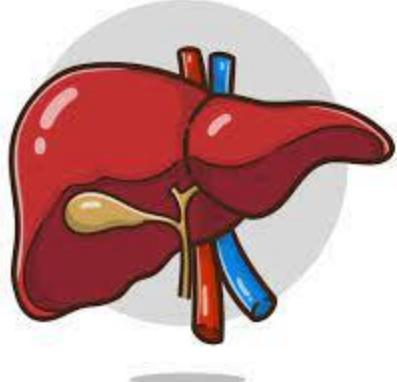
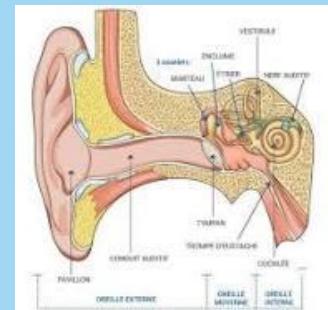
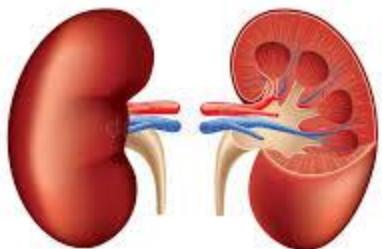
Syphilis IIre
= syphilis précoce
= septicémie



Atteinte neurologique



Syphilis IIre
= syphilis précoce
= septicémie





Quand faire une PL ?

- Symptomatologie neurologique, y compris ORL, OPH, quel que soit le stade
- Échec au traitement
- 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

Si possibilité d'une prise de risque sexuel:

- Extencilline 2,4 MUI sans attendre le résultat et même si l'on a un résultat négatif



Traitemen~~t~~ de la syphilis précoce = de moins d'un an

Qu'elle soit:

- latente
- primaire
- ou secondaire

Benzathine pénicilline G (BPG) 2,4 M UI en IM , une seule dose

- muscle fessier
- ou dans le muscle deltoïde si prothèses fessières.

Si allergie, CI aux IM, indisponibilité de la BPG...

Doxycycline 200mg/ jour en une ou deux fois, 14 jours (grade C)

Autre possibilité si CI aux IM: Ceftriaxone 1 g en IV/ jour , 10 jours (grade C)

Traitemen~~t~~ de la syphilis tardive = de plus d'un an

Qu'elle soit:

- latente
- d'ancienneté inconnue
- ou tertiaire, cardiovasculaire (formes très rares)

Benzathine pénicilline G (BPG) 2,4 M UI en IM , trois doses J 1, J8, J15

Si allergie, CI aux IM, indisponibilité de la BPG...

Doxycycline 200mg/ jour en une ou deux fois, 28 jours (grade C)

Mesures associées à l'injection IM de BPG

1 -antalgiques

- Remplacer le diluant par lidocaïne 1% **NON adrénalinée**
- Faire deux injections de 1,2 M UI
- Marcher 30 minutes après

2 – prévenir la réaction de Jarisch Herxheimer

- surtout formes florides
- et femmes enceintes

3- surveillance 30 minutes: réaction allergique?

Syphilis chez la femme enceinte

Référer à un centre spécialisé dans tous les cas
pour avis infectieux et suivi pendant la grossesse et à l'accouchement
(fiche *Syphilis et grossesse* du CNR)

- **Traiter avant 16 SA, idéalement avant 11SA, dans tous les cas le plus tôt possible**
 - Formes précoces :  BPG 2,4 MUI /semaine **x 2** (*recos SPILF 2025*)
 - Syphilis 2re : prévention de la réaction d'Herxheimer ++
 - Formes tardives et neurologiques: pas de modification
- **Suivi mensuel sérologique et échographique**
- **Dépistage traitement et suivi du partenaire**

Syphilis chez la femme enceinte

Allergie à la pénicilline

Test allergologiques et induction de tolérance

En l'absence d'alternative au 1^{er} trimestre seulement : doxycycline (CRAT) ??? (AE)

- *mais alors à la naissance l'enfant doit être traité comme une syphilis congénitale par Péni G IV 10 jours !!!*

Syphilis congénitale

Benzylpénicilline G 150 000 U/kg IV pendant 10–14 j,
en perfusion continue ou discontinue

Syphilis neurologique, oculaire et otosyphilis

Benzylpénicilline (pénicilline G) 20 M UI IV / j, 10 à 14 jours (Grade C)

- perfusion continue (*stabilité de la pénicilline G, qui est de 12 h à 25 ° C*)
- Ou discontinue, soit 5 M UI / 6 h.

Alternative, relais, ou allergie non grave à la péni après avis allergo:

Ceftriaxone 2 g IV / jour, 10 à 14 jours. (grade C)

Allergie à la Péni (AE):

- tests allergologiques et désensibilisation

Manifestations oculaire et/ou otologique

Il faut en urgence (AE) :

- **consultation ophtalmologique**: tous les composants peuvent être atteints
 - Corticoïdes ? Mydriadiques ?
 - Organiser suivi des complications...
- **Et/ou ORL avec audiogramme**
 - +/- IRM cochléo-vestibulaire
 - Corticoïdes?
 - Caisson?

Dépistage et/ou traitement des partenaires (AE)

Partenaire ayant eu un rapport < 3 mois avant le traitement de la syphilis

- **Traitement immédiat du partenaire**
- OU surveillance clinique et sérologique rapprochée : J0, S6, M3 +/- M6

Partenaire ayant eu un rapport > 3 mois avant le traitement de la syphilis

- surveillance clinique et sérologique à J0, M3 et M6

Combien de temps protéger les rapports après le traitement d'une syphilis ?

- Le temps que les lésions disparaissent et/ou cicatrisent (**chancre +++**)

- En l'absence de lésions, pendant les 7 jours qui suivent le début du traitement

Surveillance clinique et sérologique du TNT dans le même laboratoire

TNT de base et début du traitement : une semaine d'écart maximum

TNT à M3, M6, M12

- diminution du TNT d'un facteur 4 à M6-M12 = guérison
- Si pas de diminution du TNT d'un facteur 4 à M 6 - M12
 - discuter BPG 3 injections de 2,4 M UI /semaine x 3
- si le TNT reste ≥ 8 à M6-M12
 - discuter PL (neurosyphilis?)

Neurosyphilis :

- discuter la ponction lombaire de contrôle entre S6 et M6 **uniquement en cas de mauvaise évolution clinique** (pas de PL de contrôle sinon)
- + discuter dans ce cas de l'intérêt de tests neurocognitifs

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

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

Lancet Infect Dis 2021;
21: 1324–30

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

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%



Diagnostic différentiel:
primo infection VIH



*Photos A Vermersch
CH Valenciennes*

Urétrites

- Dysurie, pollakiurie
- Brûlures
- Écoulement clair ou purulent



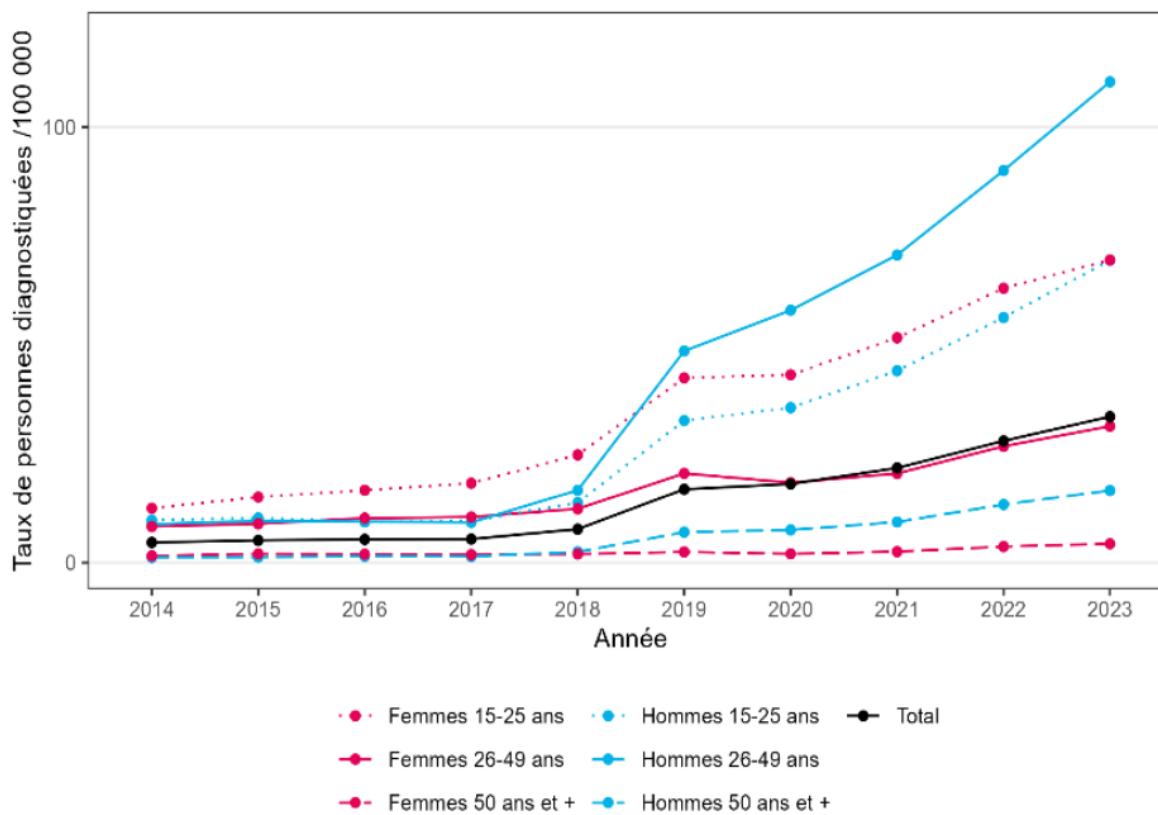
URETRITES - Prévalences estimées en France

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

Pathogènes plus rares et plus discutables:

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

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*

Rapport annuel
d'activité 2024
Année d'exercice 2023

CNR Infections sexuellement transmissibles bactériennes

- 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

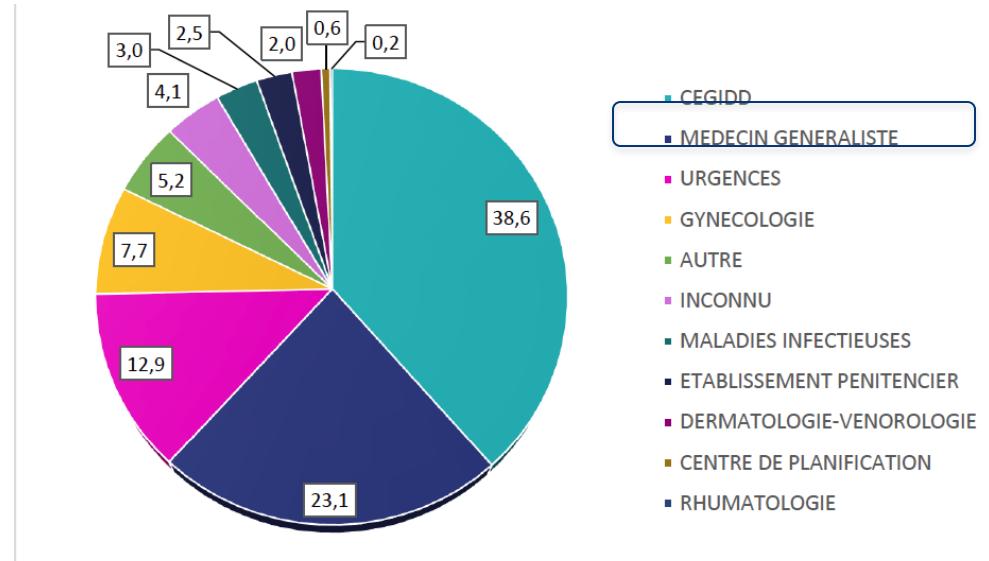


Figure. Répartition des gonococcies en pourcentage selon la structure consultée par les patient(e)s de l'enquête ENGON 2022

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

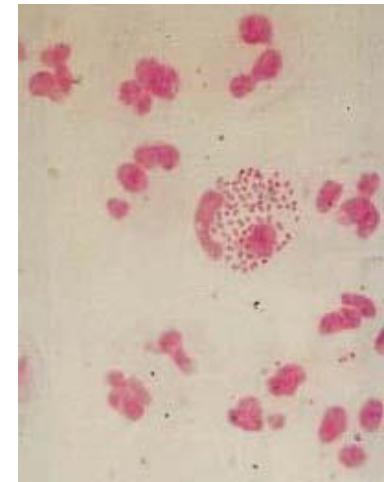
Quelques clusters de souches invasives

- > septicémie
- > arthrite





Neisseria gonorrhoeae



Incidence mondiale 82 M (OMS 2021)

Diagnostic

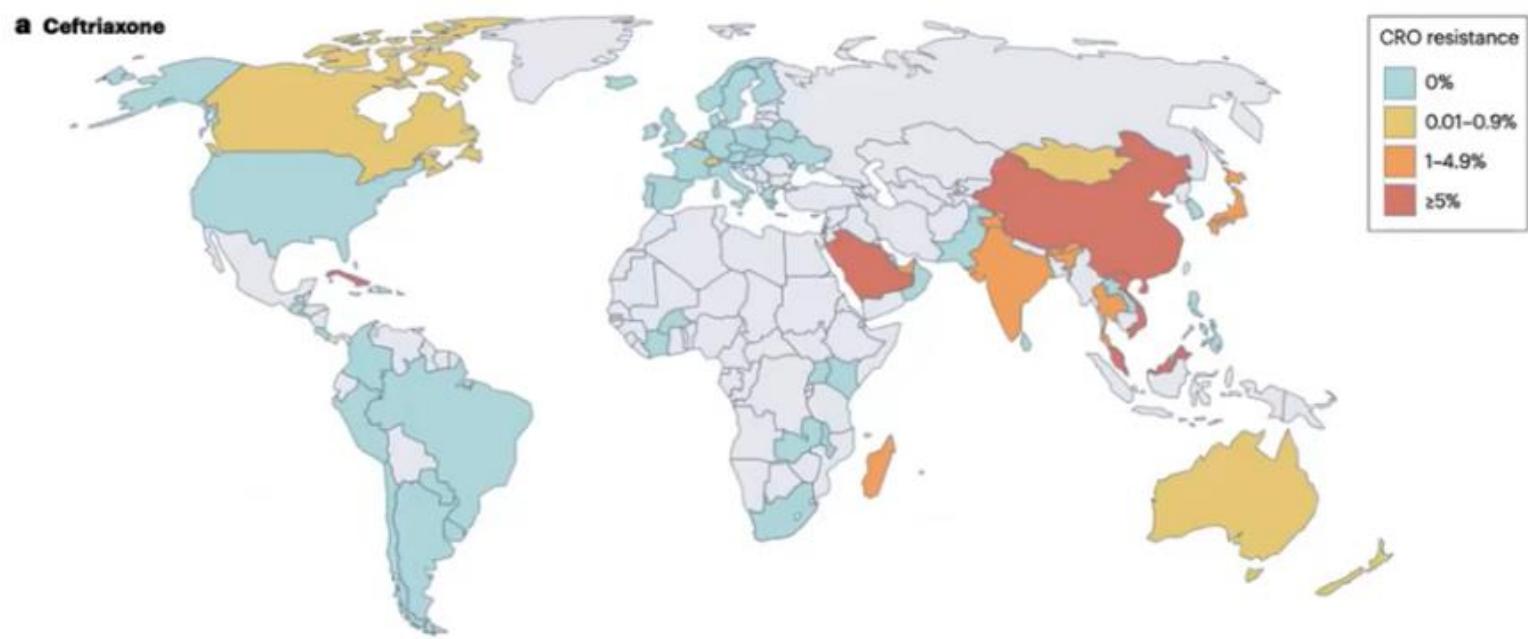
- Gram : diplocoque Gram négatif
- culture (milieu de transport) + **ANTIBIOTIQUE +++**

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

Pourcentage de souche de sensibilité diminuée à la ceftriaxone en 2020



Merci Pr C. BEBEAR

Jensen and Unemo, Nat Rev Microbiol, 2024

Résistance en France EGON 2024 (CNR des IST bactériennes)

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:

- CEFTRIAXONE: résistance stable en France TRÈS FAIBLE < 0,5% (cas importés)
- CEFIXIME abandonné: CMI augmentées (CMI > Ecoff : 11,% en 2023)
- AZITHROMYCINE: 7% (en baisse)
- Ciprofloxacine: 70 %
- Tétracyclines > 90%
- Aminosides: pas de résistance en France

Gonocoque: traitement des formes non compliquées

CEFTRIAXONE (CTX) 1 g DU monothérapie

- IM + 1g (2ml) de lidocaïne 1% non adrénalinée
- ou IVL. (pas ss cutanée)

Pas de contrôle PCR

Update on French recommendations for the treatment of uncomplicated *Neisseria gonorrhoeae* infections



Sébastien Fouaire^{1,2}*, Charles Cournoyer^{2,3},
Marion Hélay⁴, Nicolas Dupin⁵,
Pierre Tarte^{6,7}, Cécile Bébœuf⁸,
Marie Baylet-Barry⁷, Jean-Michel Molina⁸,
Olivier Choridov⁹, Agnès Riche¹⁰ and
Béatrice Bercot^{11,12}

Si pus: CULTURE , surtout anus

Cas particuliers:

- Asie du Sud-Est: CEFTRIAXONE 1 g DU + AZITHROMYCINE 1g X 2 à 6h d'intervalle
- Allergie:
 - GENTAMICINE 240 mg IM
 - Alternative: Ciprofloxacine 500 mg DU , uniquement si antibiogramme disponible et CMI < 0,06 mg/L

Gonocoque: traitement des formes non compliquées

Si CMI ceftriaxone > 0, 125 mg/L (rare)

> souche au CNR et avis spécialisé, contrôle PCR

- ✓ si CMI azithromycine (AZM) < ou = 4mg/L:
 > **AZM 2g DU + CTX 1g , ou + cipro 500 mg p os (si CMI< 0,06 mg/L), ou + genta 240 mg IM**

- ✓ Si CMI AZM > 4 mg/L :
 > cipro 500 mg si cipro S

Gonocoque: formes compliquées

- Orchiépididymite: ceftriaxone 1g (1 à 7 jours selon degré de complication)
- Forme ano-rectales ulcéro-abcédées
- Formes invasives (f de risque?)
- Formes articulaires : avis ortho/lavage
- Formes ophtalmologiques: avis OPH urgent, ceftriaxone : poso et voie selon gravité
- Formes méningées et endocardites: ceftriaxone 2g IV/j + avis spécialisé en urgence

Allergie: gentamicine 5mg/kg IV (max 3j)

Gonocoque: cas particuliers

- Femme enceinte ou allaitante: idem
- Nouveau-né:
 - Prophylaxie: collyre à la rifamycine ou azythromycine
 - Si infection maternelle confirmée : + céfotaxime 100mg/kg DU IV

Gonocoque: quand demander un contrôle PCR?

Pas de contrôle PCR systématique ni pour Ng, ni pour Ct, ni Mg

Pas avant J 14 et uniquement si

- AB autre que ceftriaxone
- CMI ceftriaxone > 0, 125 mg/L
- Souche Asie Pacifique
- Pas de franche amélioration après 72h

Gonocoque: les cas contacts? HAS de mars 2023

Qui dépister?

- Urétrite masculine: partenaires des 14 jours précédant les symptômes
- Autres cas: des 6 mois précédents

Qui traiter d'emblée?

- Tous les patients symptomatiques
- Si asymptomatique et contact de moins de 14 jours

Attendre résultat de PCR

- asymptomatique de plus de 14 jours

Gonocoque: faut-il traiter chlamydia systématiquement?

Ça dépend du suivi: On peut attendre le résultat de la PCR...

Chlamydia trachomatis

Intracellulaire obligatoire

- Génotypes D à K
- Génotype L: lymphogranulomatose vénérienne. LGV

Traitement

- Cyclines: 1^{er} choix, pas de résistance
- Fluoroquinolone: pas de résistance
- Macrolides: très rares résistances , mais CI en raison de R de *Mg*

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

Chlamydia trachomatis D à K

Prévalence:

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

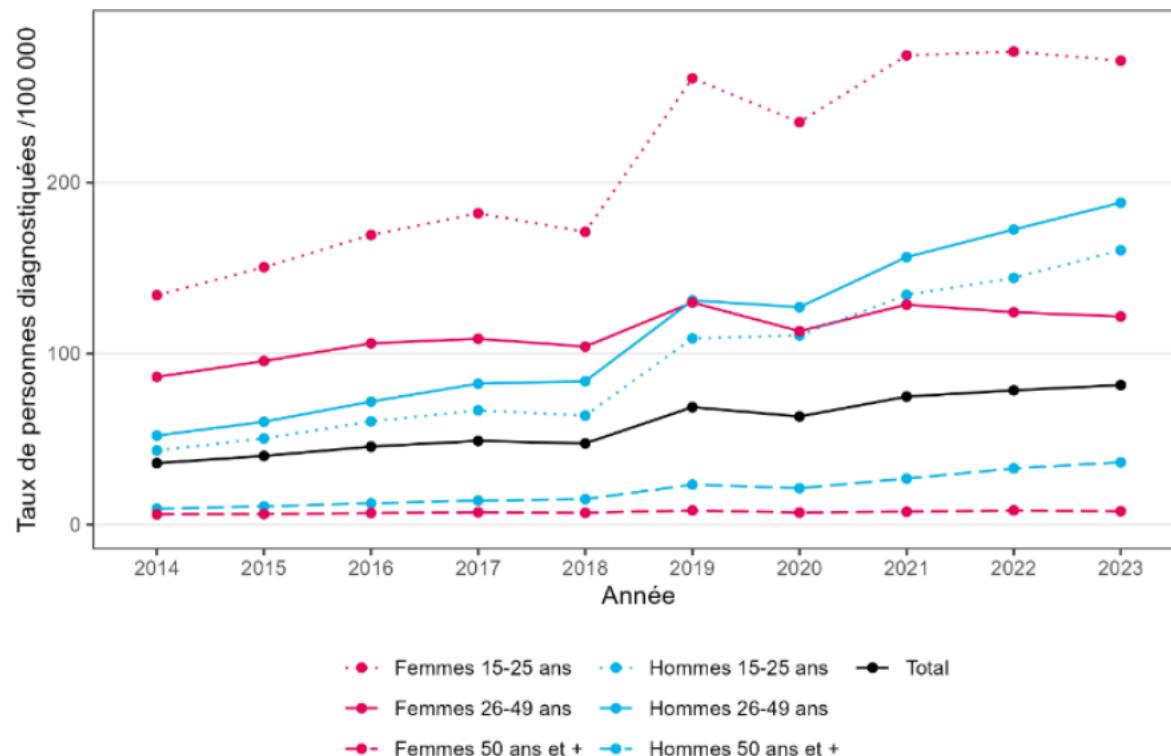
Incidence annuelle estimée en 2021 en médecine générale : 0, 9 / 1000 habitants

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



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 100mg x 2/ j

- 7 jours
- Si LGV: 21 jours

Possible au premier trimestre de grossesse

AZITHROMYCINE 1g DU **uniquement** si:

- 2 ème ou 3 ème trimestre de grossesse
- Problème d'observance



Chlamydia trachomatis

Pourquoi écarter l'azithromycine?

- 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

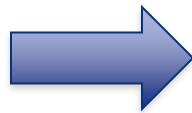
Peuchant Lancet Infect Dis 2022

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 urétro synovial

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 ?
- Majoritairement asymptomatique

Pas de paroi:

- > résistance naturelle aux bétalactamines...
- > Sensibilité: macrolides, cyclines et quinolones

Mycoplasma genitalium

Pas de dépistage systématique car

- résistance explosive aux macrolides , aux quinolones!
- Portage très souvent asymptomatique, clairance naturelle (90% à 1 an)

Tout faire pour limiter les résistances AB :

- Ne pas rechercher les asymptomatiques
- Si co-infection: Traiter d'abord chlamydia et/ou gonocoque
- Ne traiter que les patients gênés

- Diagnostic: PCR avec gène de résistance aux macrolides
- Attention aux PCR multiplex.



Mycoplasma genitalium

- **MGMET 2021** (Santé Publique France , CNR des IST)

15 sept 15 oct 2021: 599 échantillons *Mg* +

- F: 59,6%
- H: 39,5%

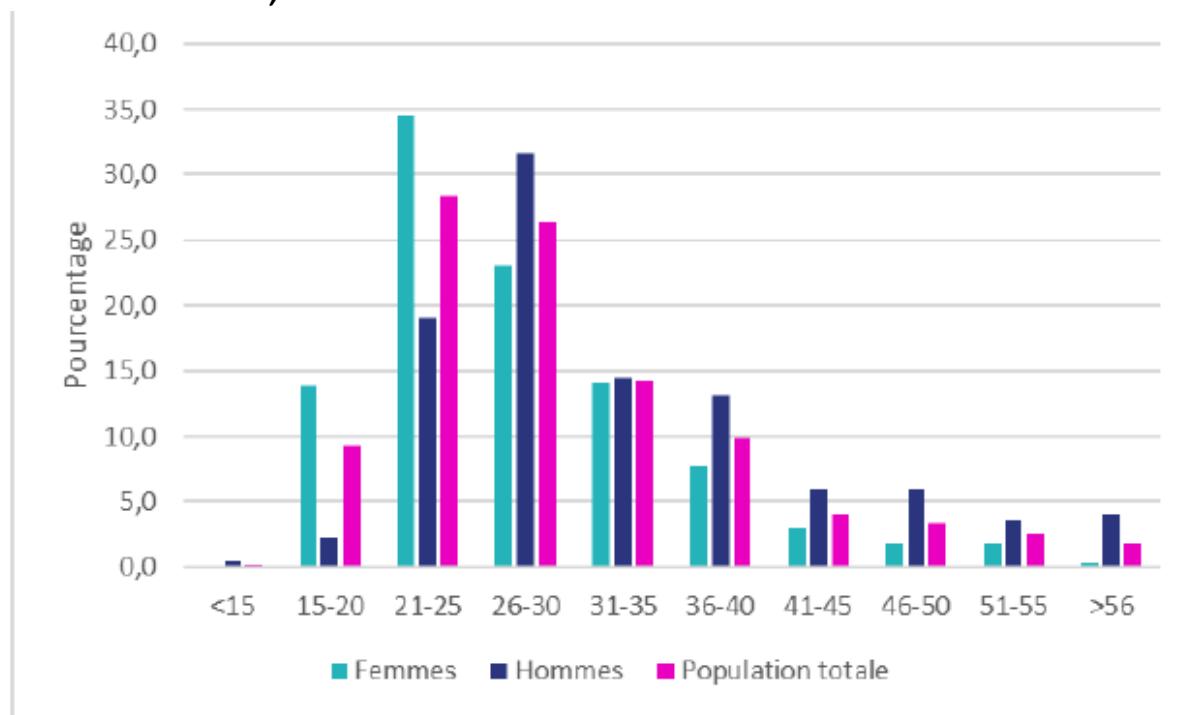


Figure. Répartition par sexe et par classe d'âge.

Les résistances explosives de *Mycoplasma genitalium*

Rapport annuel
d'activité 2024
Année d'exercice 2023

CNR Infections sexuellement transmissibles bactériennes

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

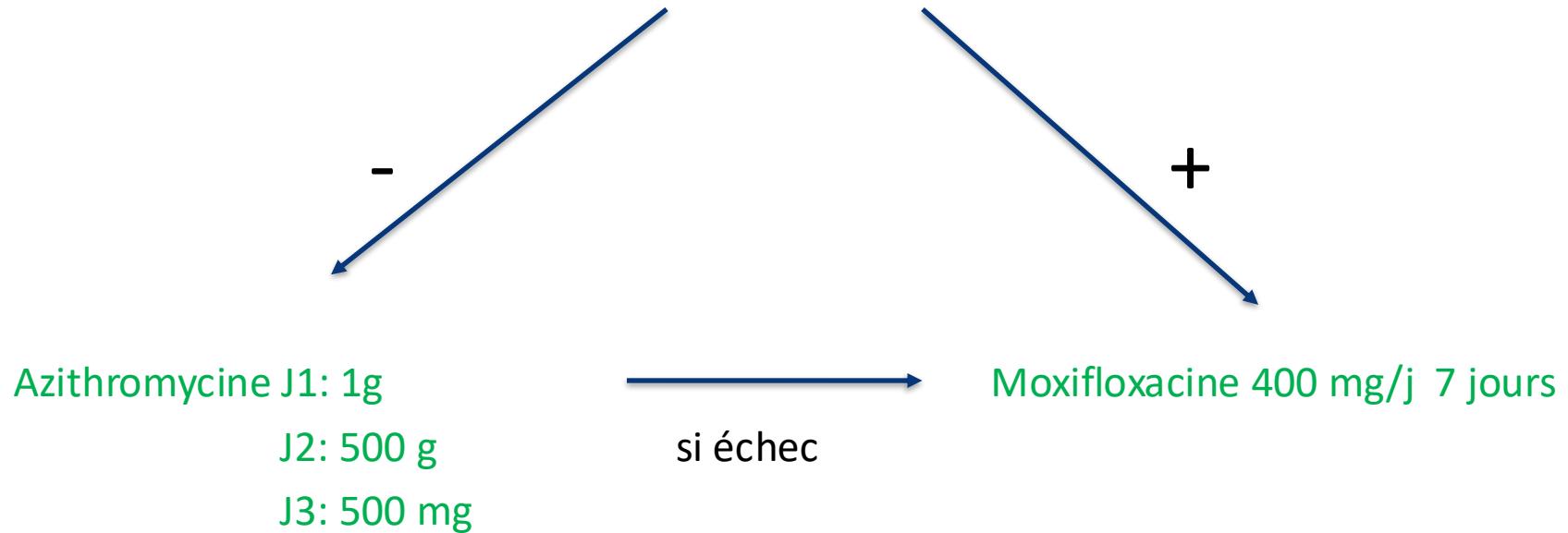
Résistance aux fluoroquinolones: 17,1 % (mutation protéine ParC) (H>> F)

Double résistance: 15,9%

Taux plus faibles outre-mer

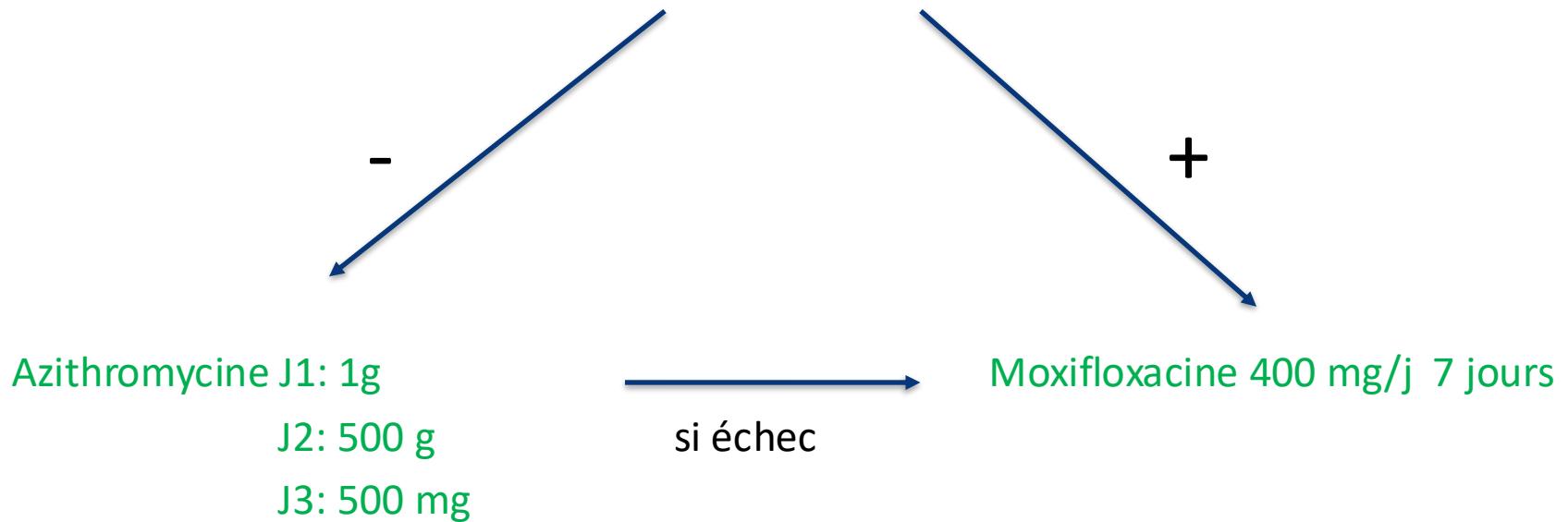
Infection génitale basse ou rectale à Mg symptomatique

1^{ère} étape: recherche de mutation de résistance à l'azithromycine



Infection génitale basse ou rectale à Mg symptomatique si nécessité d'un traitement syndromique

1^{ère} étape: Recherche de mutation de résistance à l'azithromycine et Doxycycline 200mg au moins 7 jours en attendant le résultat



Infection génitale basse ou rectale à Mg symptomatique

Si échec à 3 semaines:

2^{ème} étape: recherche de mutation de résistance aux quinolones



résistance aux macrolides et aux quinolones

ou échec d'un traitement par azithro puis par quinolones



Doxycycline 100mg X2 /j , 14 j (40% guérison)

ou

Doxycycline 100mg X2/j, 7 j puis Pristinamycine 1g x4/j, 14 j (75% guérison)

ou

Minocycline 100mg X 2/j, 14 j (70% guérison) **A EVITER compte tenu du risque d'allergie grave**

Mg

- **Ne traiter que les patients symptomatiques : une seule exception :**

Il faut traiter le/la partenaire asymptomatique de patient symptomatique si PCR +

Infections génitales compliquées à Mg

- Chez la femme, infection génitale haute IGH

> après traitement probabiliste :ceftriaxone 1 g DU + doxycycline 100 mg x 2/j +
métronidazole 500 mg x 2 /j (grade A)

> si IGH documentée à **Mg seul relais par** moxifloxacine. 400 mg/j , 14 j (grade C).

- Chez l'homme, orchi-épididymite

> si documentée à **Mg seul** après exclusion de toute co-infection à traiter en priorité:
moxifloxacine 400 mg/j pendant 10 à 14 j

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)
- Contrôles sérologiques VIH, syphilis, VHB , VHC, et à refaire ensuite à M2

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

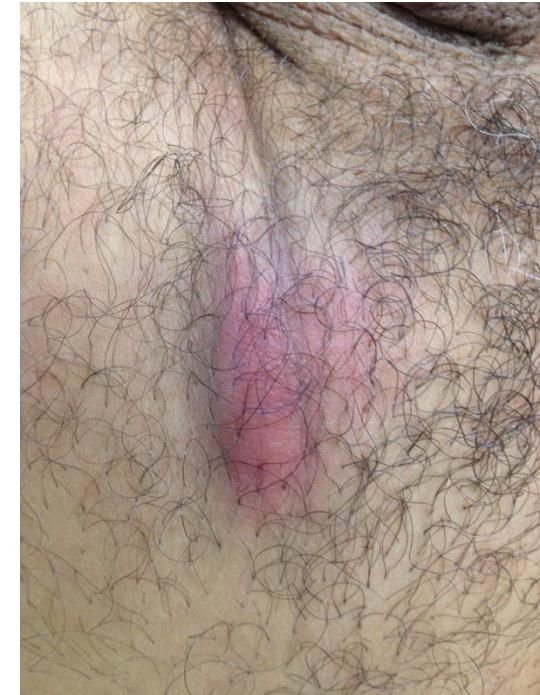
LGV = lymphogranulomatose vénérienne
ou Maladie de Nicolas Favre

- Rectite traînante
- Tableau trompeur de MCI, 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

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).

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

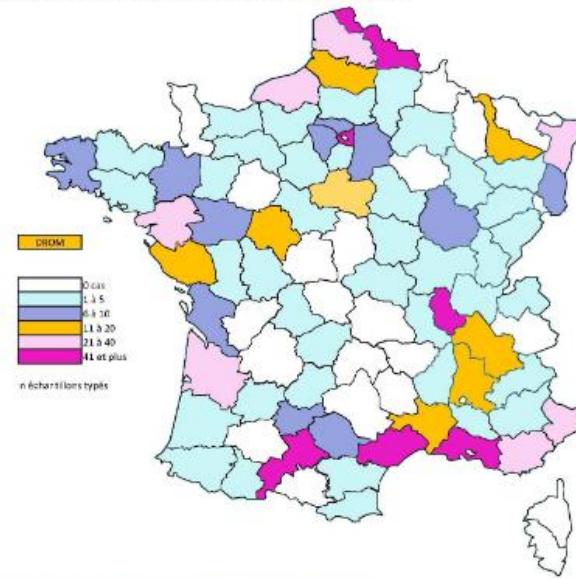


Figure. Répartition géographique des échantillons typés.

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

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

Doxypep

TPE doxy : doxy 200 mg DU au plus tôt après un rapport sexuel sans préservatif < 72 h
maxi: 3 prises par semaine (hors AMM)

- 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

Chez les HSH et femmes trans :

- n'est pas recommandée
- peut s'envisager dans le cadre d'une discussion partagée chez les usagers de PrEP VIH à risque élevé (≥ 2 IST , ≥ 2 partenaires dans l'année)

avec prévention combinée et test de guérison PCR si IST

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
-



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Service-Public.fr

Le site officiel de l'administration française

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