

# 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

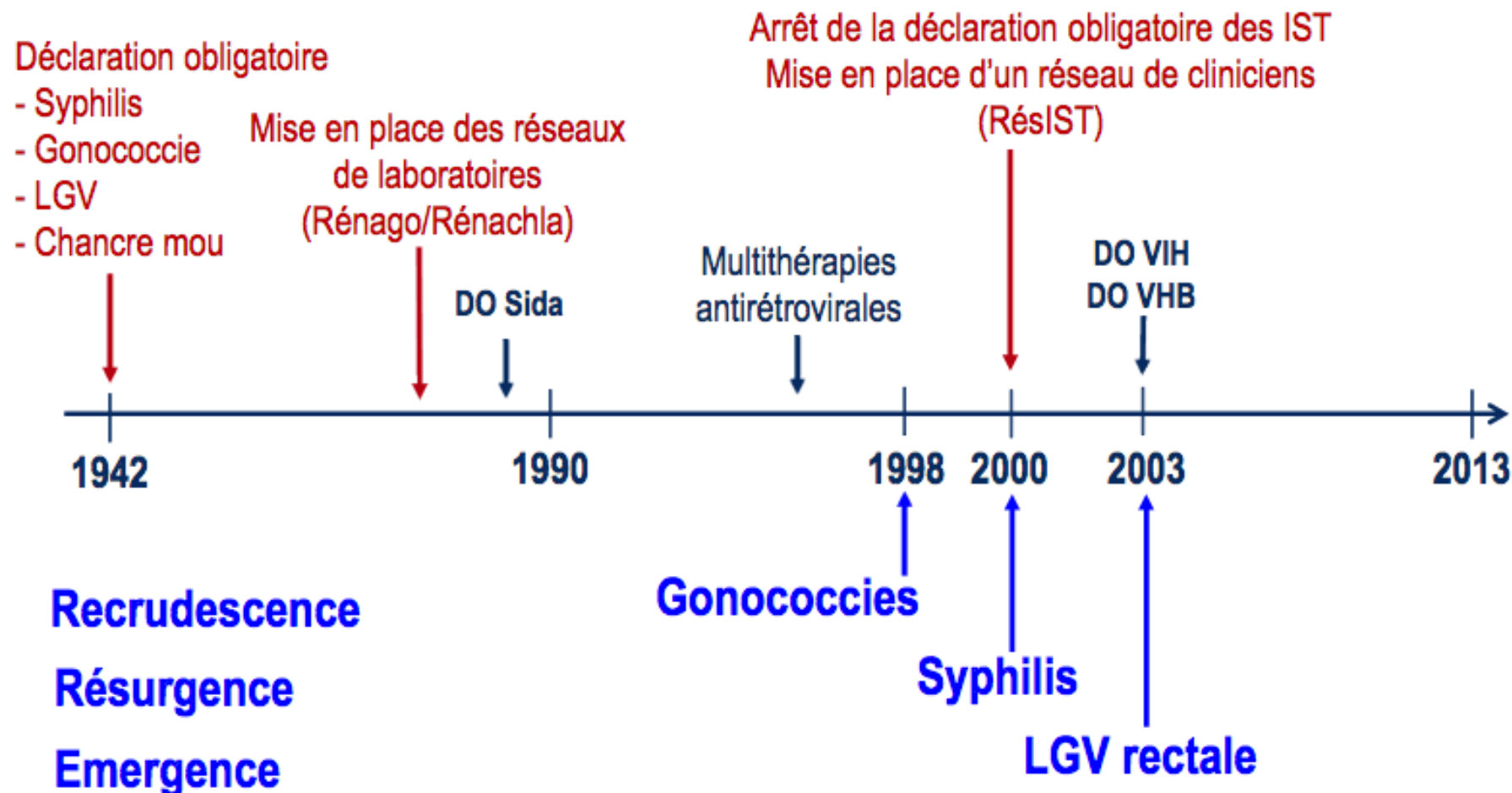
CH Tourcoing

[ialcaraz@ch-tourcoing.fr](mailto:ialcaraz@ch-tourcoing.fr)

DUACAI 12-12-2025



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



# 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

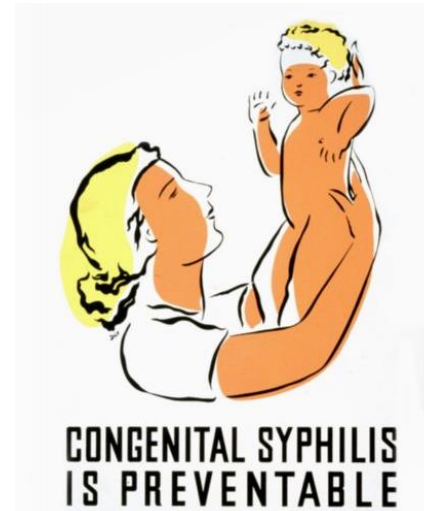
-  surtout chez HSH
-  Non VIH
-  Femmes (partenaire, grossesse) 2d dépistage à 28 S
-  dépistage de formes latentes

# Risque du retour de la Syphilis congénitale

Mise au point sur  
la syphilis congénitale



- **Risque majeur si pas de traitement avant la 16<sup>ème</sup> semaine**
  - **Transmission:**
    - 59% pour forme 2<sup>re</sup>
    - 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**





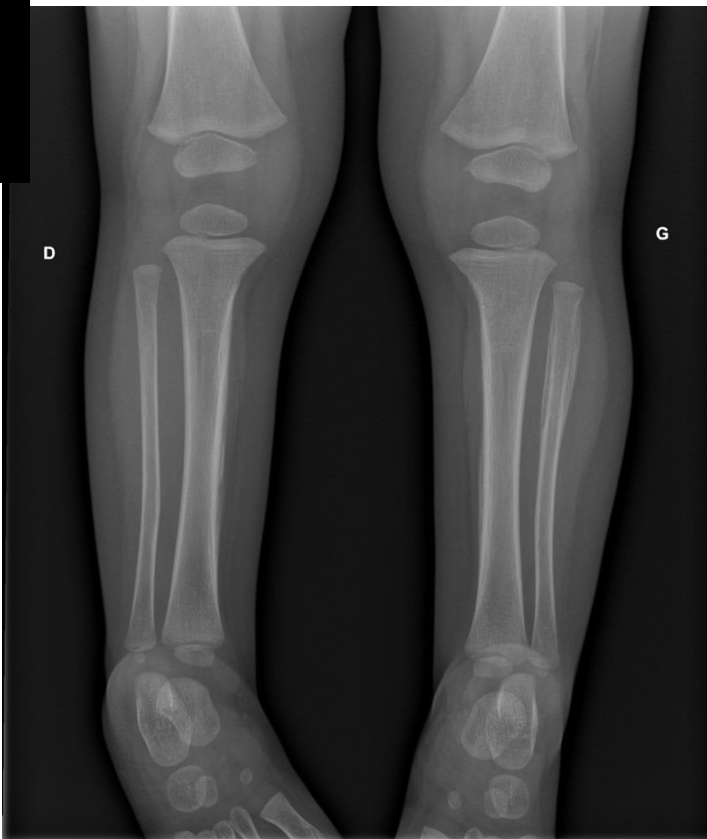
Petite fille de 15 mois  
VDRL: 1/256  
ELISA: IgM+++  
Blot positif

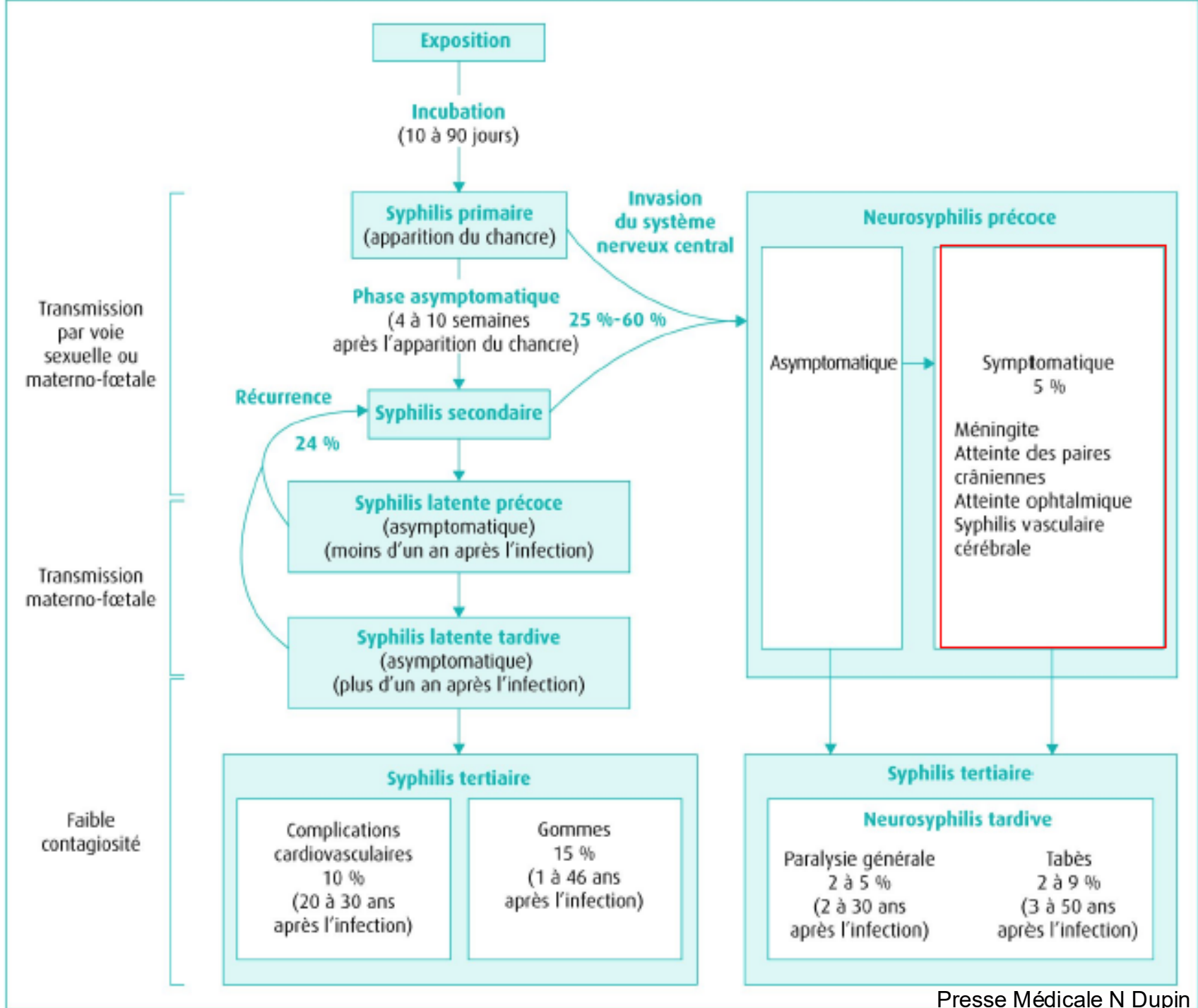
Etat général conservé





- 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,\* 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

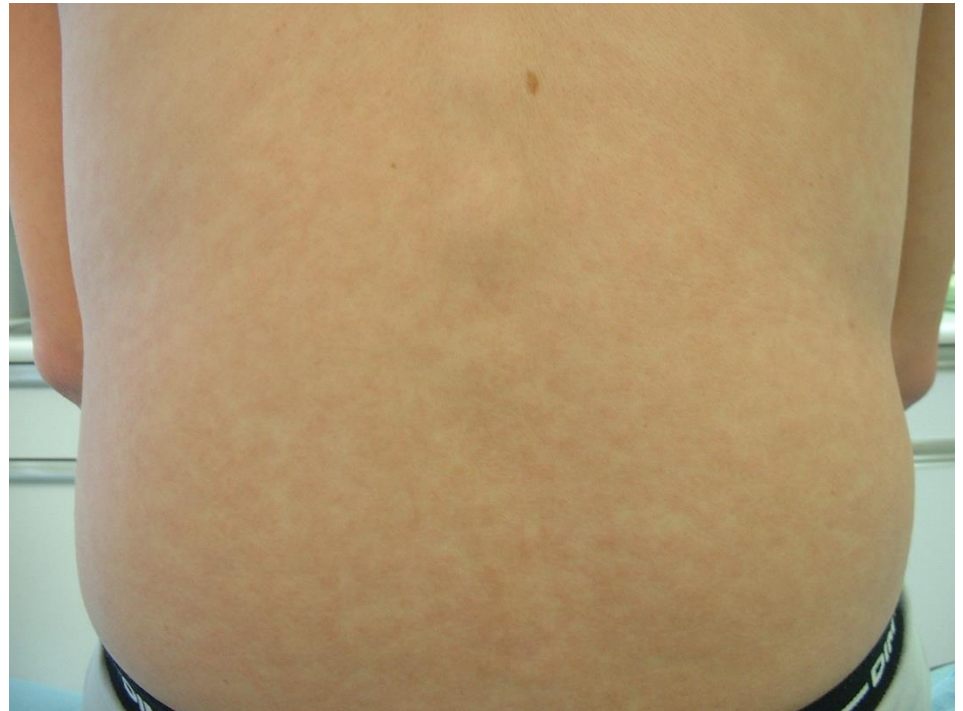




Chancre d'inoculation  
**Syphilis primaire**

## 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 :

Lésion 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 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

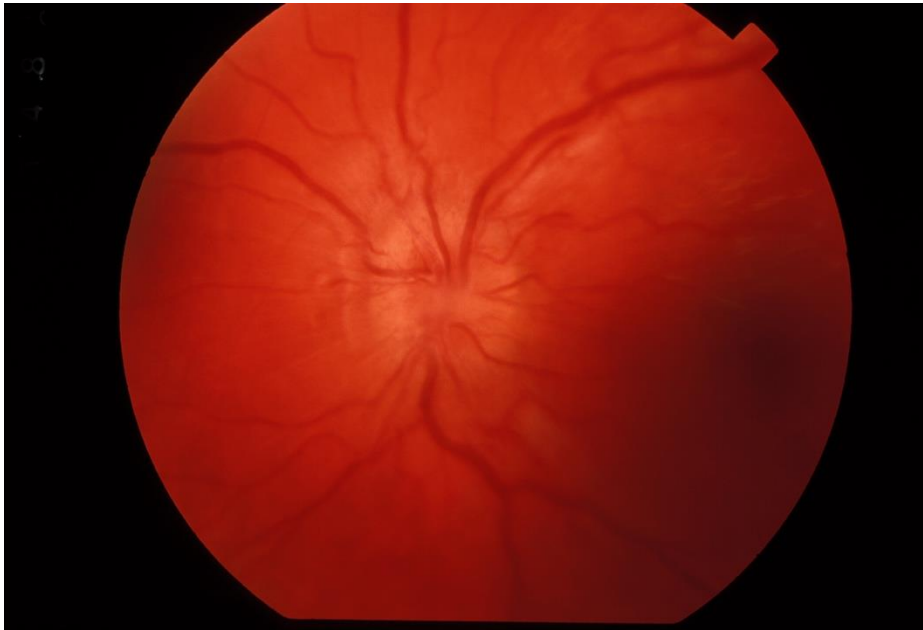


## Phase secondaire – Phase septicémique

### Tableaux trompeurs

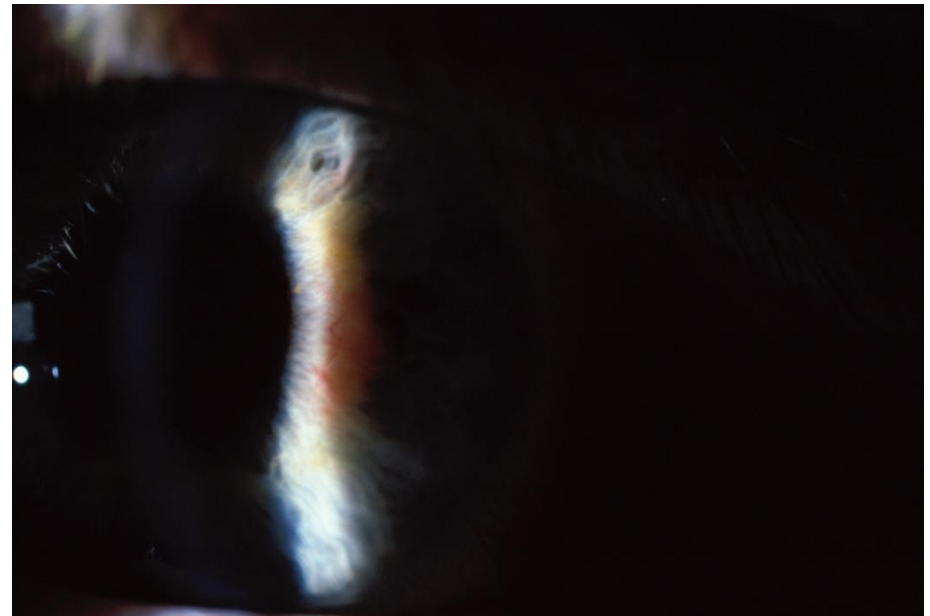
- Fièvre, aeg, perte de poids
- Polyadénopathies
- Céphalées
- Douleurs musculaires
- Douleurs osseuses
- Cytolyse...

> 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*



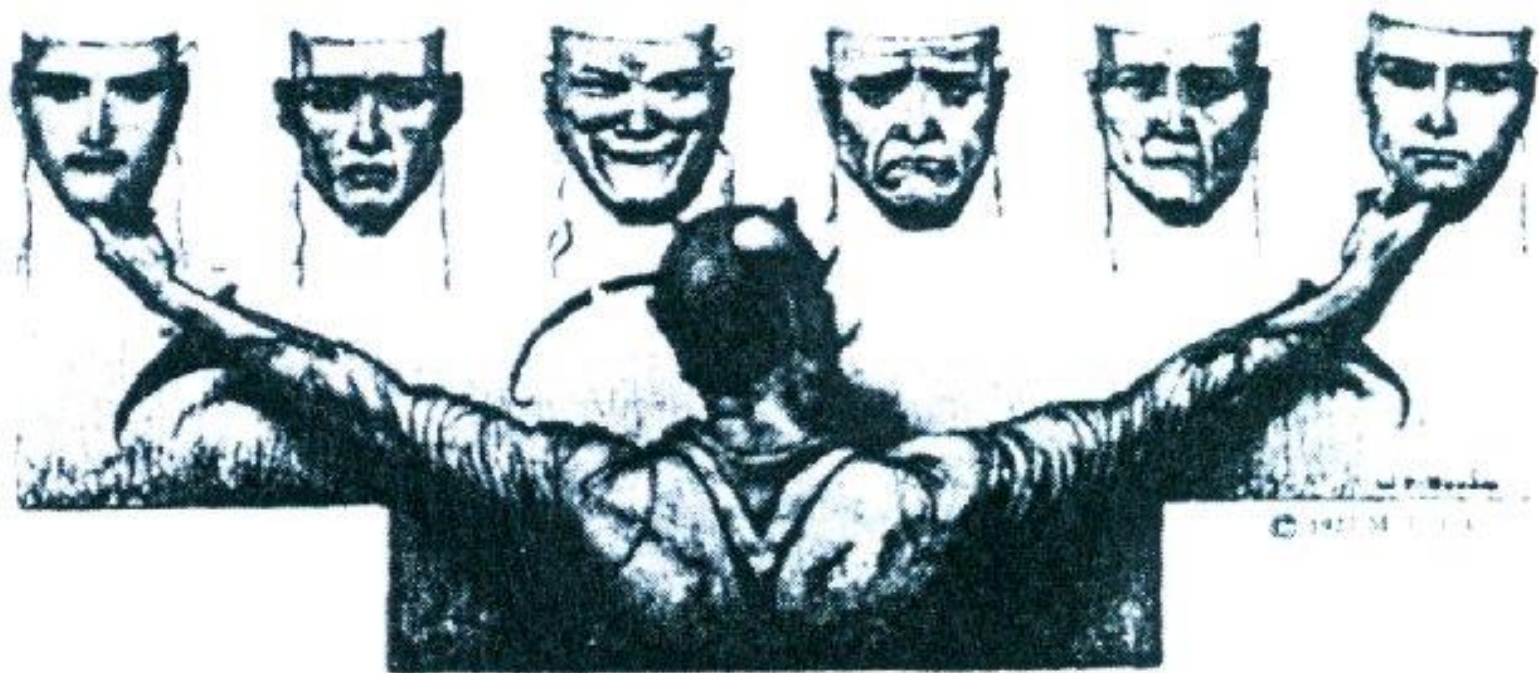
## L'ATTEINTE NEUROLOGIQUE DEMARRE A UN STADE PRECOCE RISQUE DE COMPLICATIONS NEURO OPH ORL GRAVES

Etude rétrospective SUMIV Tourcoing

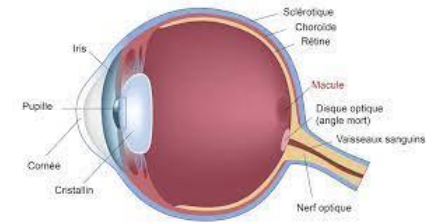
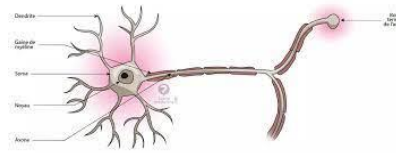
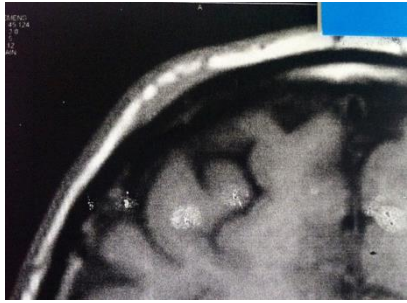
- 80 cas de syphilis précoce
- 21/ 80 : 26,3% signes neuro,
- LCR pathologique : 6 /14 NEUROSYPHILIS CONFIRMÉES

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

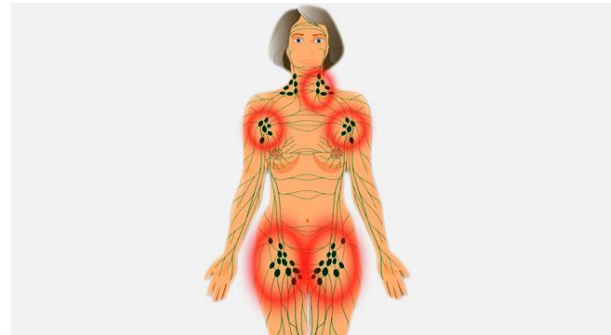
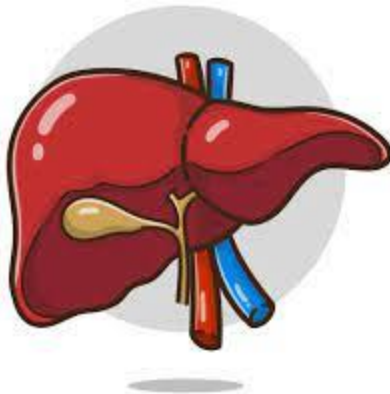
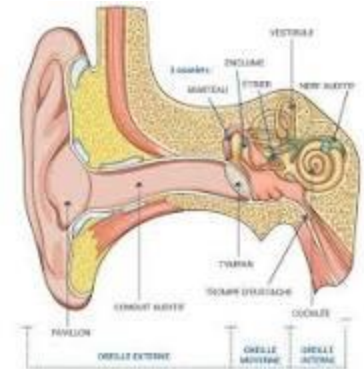
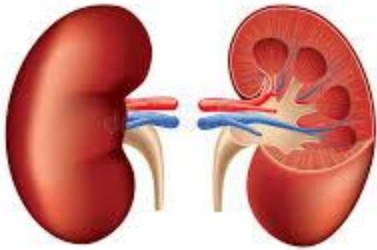
*Manifestations extra-cutanéomuqueuses de la syphilis*



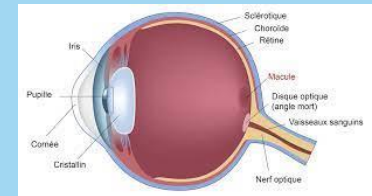
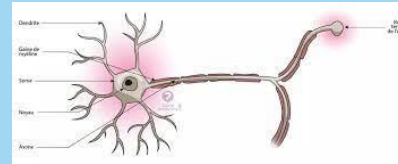
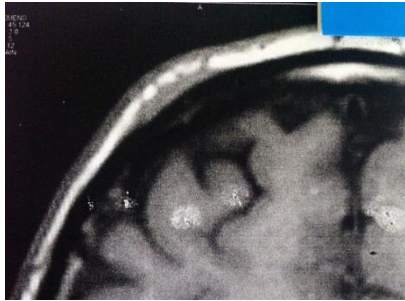
# The Great Imitator



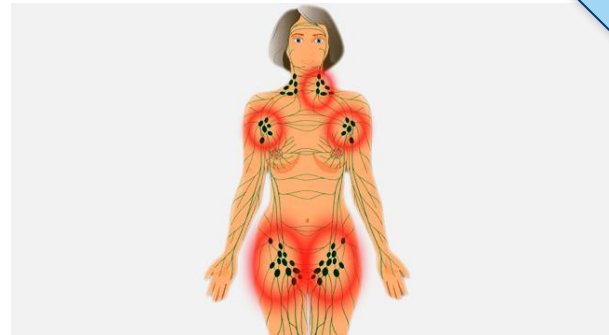
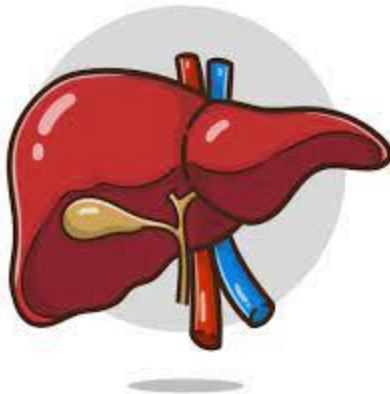
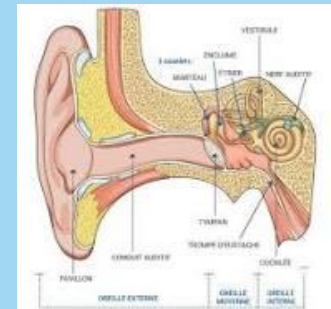
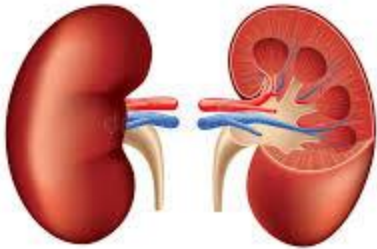
**Syphilis IIre**  
 = syphilis **précoce**  
 = **septicémie**



# Atteinte neurologique



**Syphilis lre**  
= 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



## Traitement 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)*

## Traitement 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<sup>er</sup> trimestre seulement : doxycycline (CRAT) ??? (AE)*

- *mais alors à la naissance l'enfant doit être traité comme une syphilis congénitale par Pénic 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 ? Mydriatiques ?
  - 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  $\geq 8$  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



# 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





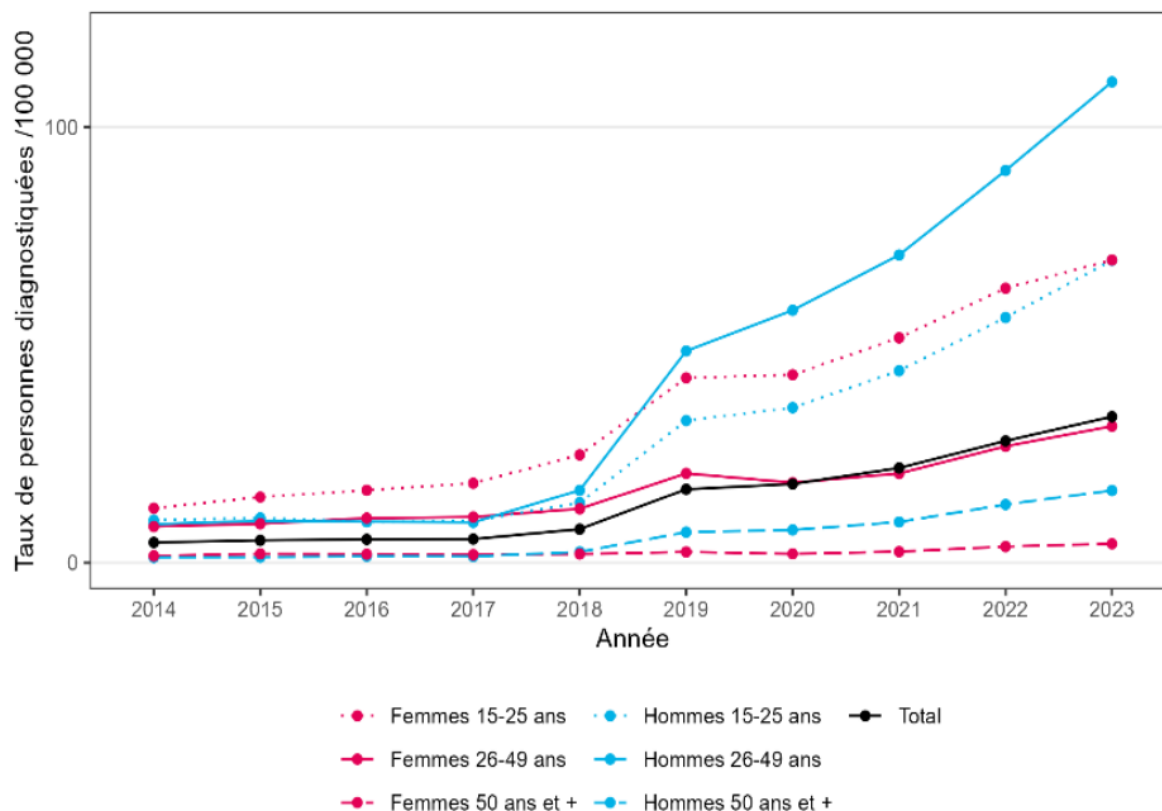
# URETRITES - Prévalences estimées en France

- *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**



# 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

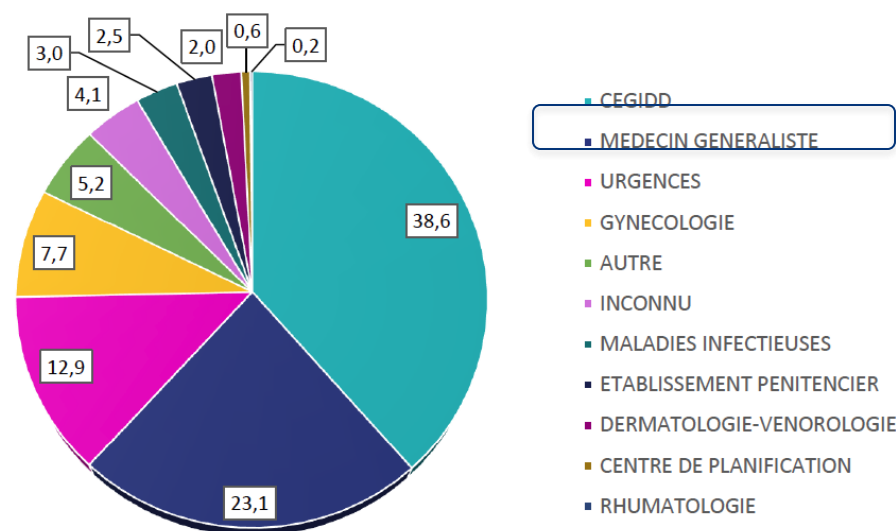


Figure. Répartition des gonococcies en pourcentage selon la structure consultée par les patient(e)s de l'enquête ENGON 2022

## *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

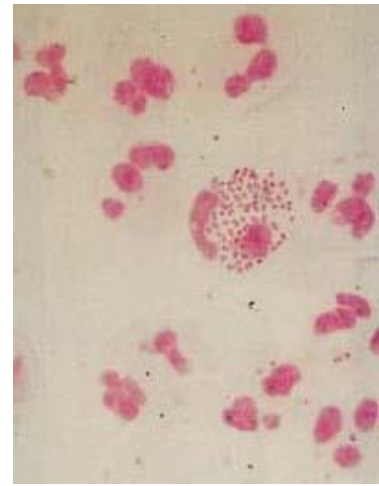






# *Neisseria gonorrhoeae*

Incidence mondiale 82 M (OMS 2021)



## Diagnostic

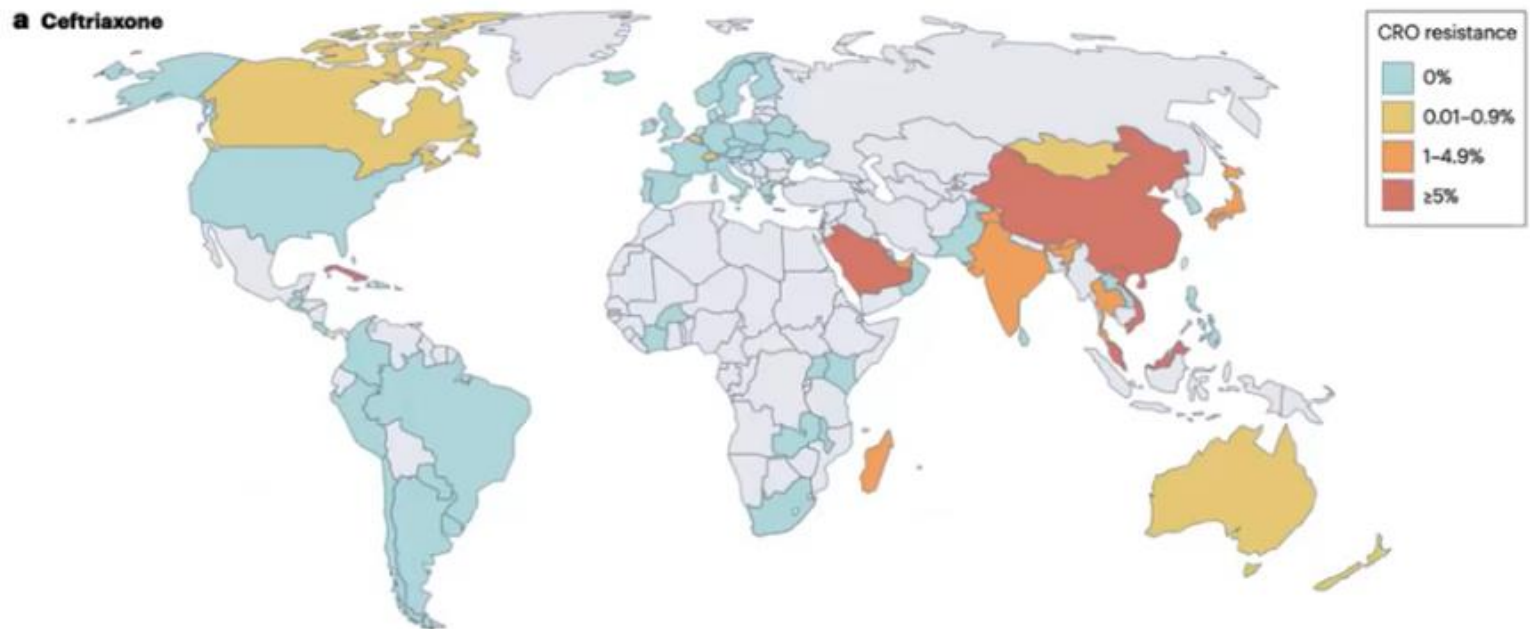
- Gram : diplocoque Gram négatif
- culture (milieu de transport) + **ANTIBIOGRAMME ++++**

## Dépistage / diagnostic

PCR multiplex *Ng* et *C trachomatis*:

- 1<sup>er</sup> 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)
- Ciprofloxacin: 70 %
- Tétracyclines > 90%
- Aminoglycosides: 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 Fouzière<sup>1</sup>  
Charles Cazanave<sup>2,3</sup>  
Marion Hélayr<sup>4</sup>  
Nicolas Dupin<sup>5</sup>  
Pierre Tattevin<sup>6</sup>  
Cécile Bébér<sup>7</sup>  
Marie Beylot-Barry<sup>8</sup>  
Jean-Michel Molina<sup>9</sup>  
Olivier Chosidow<sup>10</sup>  
Agnès Riche<sup>11</sup> and  
Béatrice Berçot<sup>11,12</sup>

**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: Ciprofloxacin 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
- } 1g /j IV , durée selon expert(en général 7j)
- 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<sup>er</sup> 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.

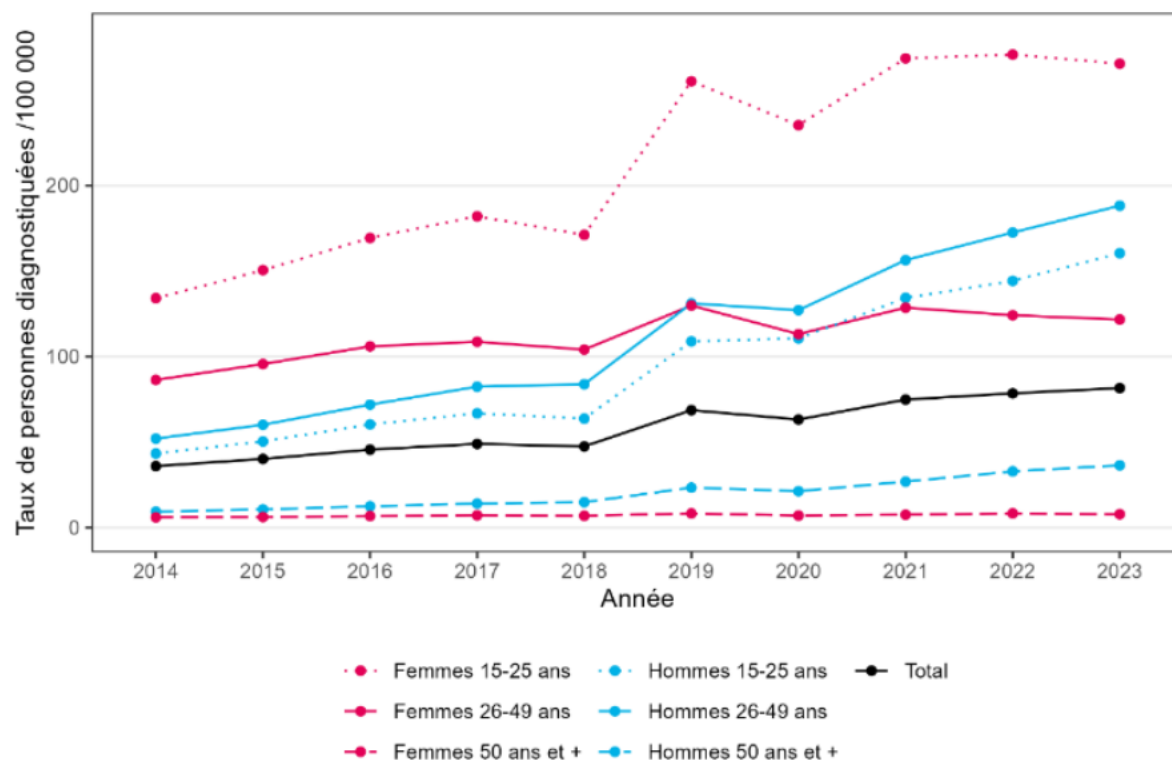
Incidence annuelle estimée en 2021 en médecine générale : 0,9 / 1000 habitants

### 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

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 uréthro synovial

Balanite érosive circinée





## *C trachomatis* – *N gonorrhoeae*

### Complications plus rares

- **Sd oculo-uréthro-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 bêtalactamines...
- > 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%**

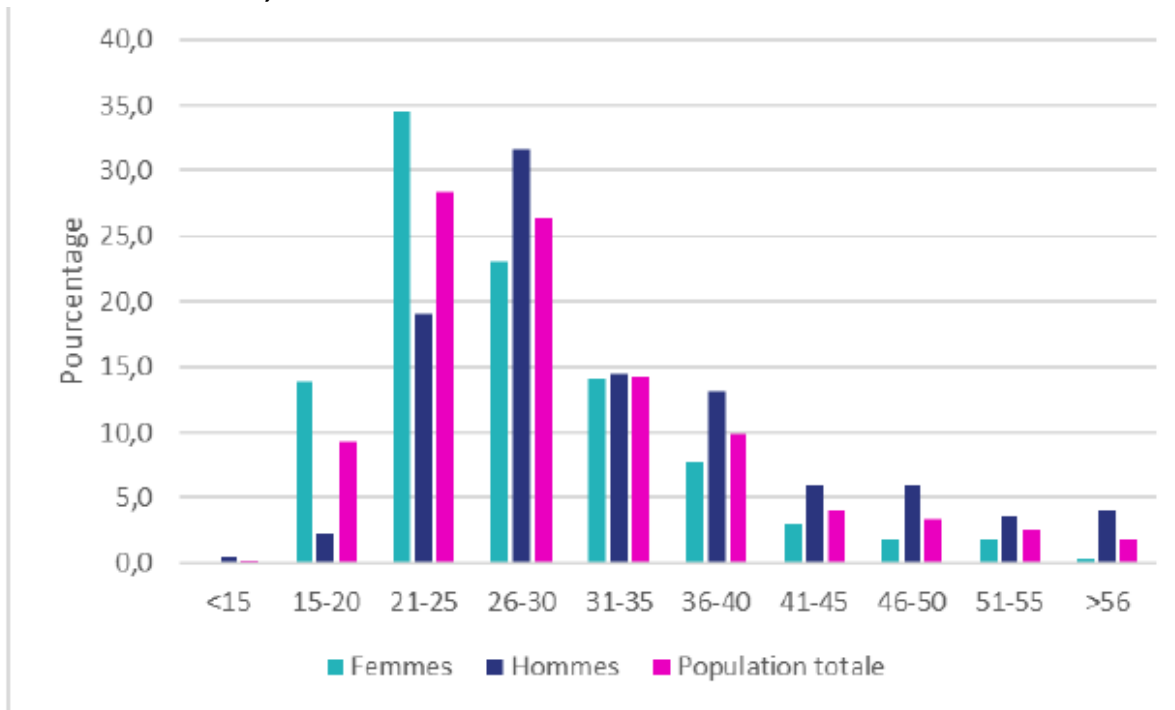


Figure. Répartition par sexe et par classe d'âge.

# 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)

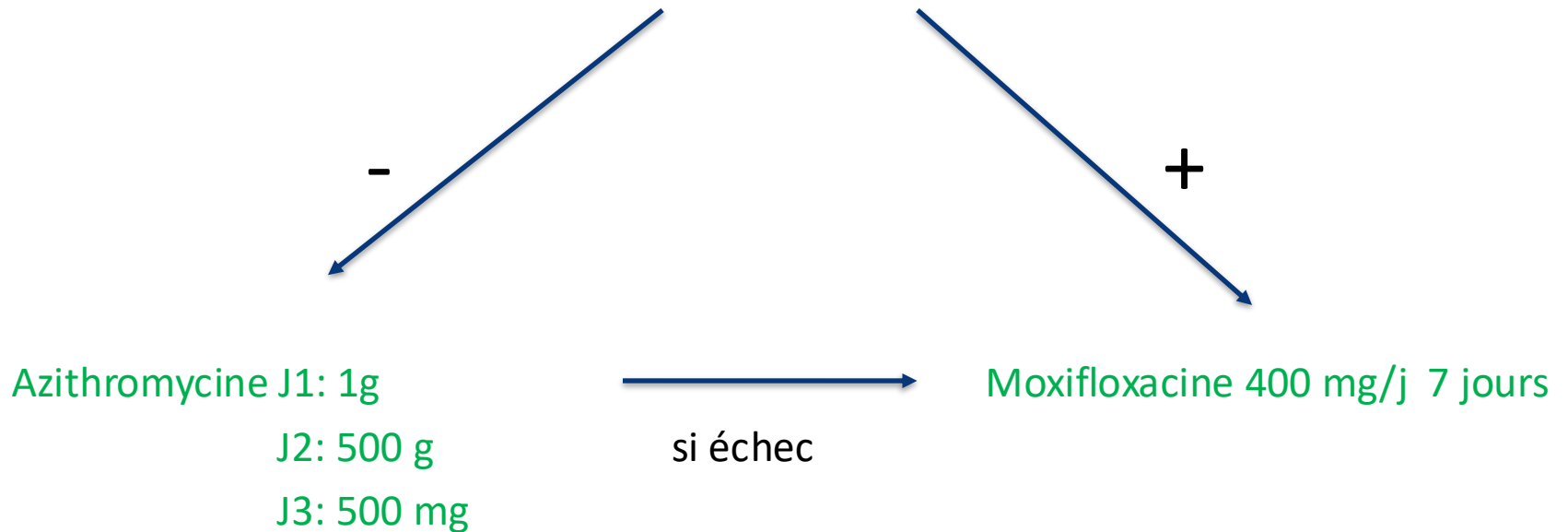
**Double résistance: 15,9%**

Taux plus faibles outre-mer



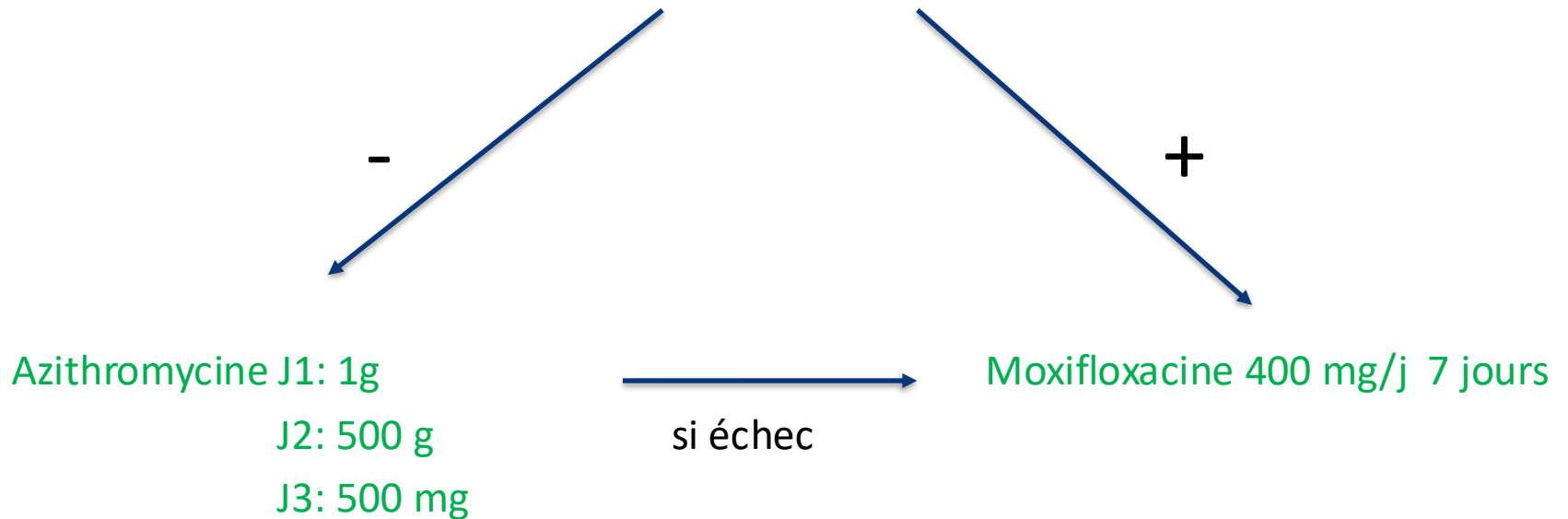
# Infection génitale basse ou rectale à Mg symptomatique

**1<sup>ère</sup> étape:** recherche de mutation de résistance à l'azithromycine



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

**1<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> 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**

**AVIS SPÉCIALISÉ**

## 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** moxifloxacin. 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:  
**moxifloxacin 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 L<sub>1-3</sub>
- *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

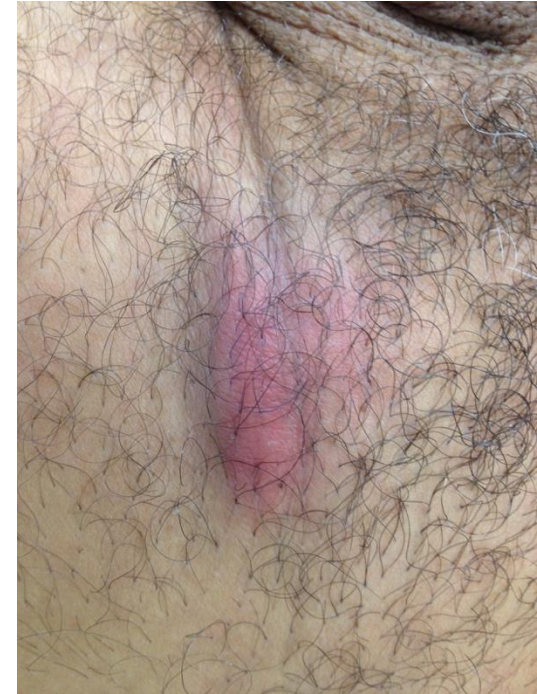
LGV = lymphogranulomatose vénérienne  
ou Maladie de Nicolas Favre

- 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).

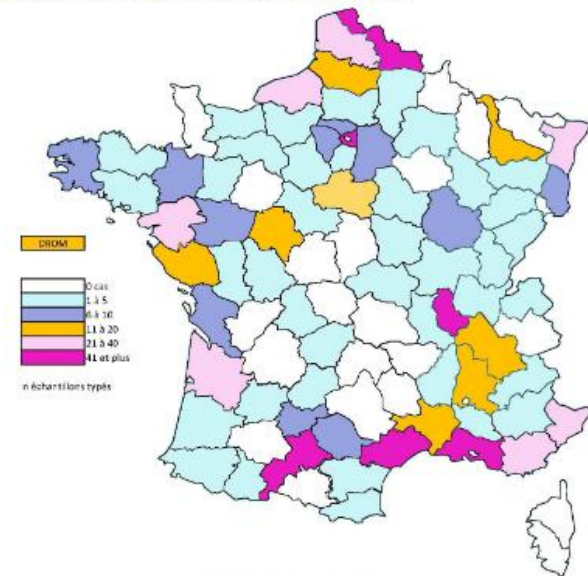


Figure. Répartition géographique des échantillons typés.



## 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 ( $\geq 2$  IST ,  $\geq 2$  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 dermato-vénérologue
  - 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<sup>er</sup> septembre 2024

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

- Syphilis
- Gonocoque
- Chlamydia
- Hépatite B

1<sup>er</sup> 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 ->

#JeSuis**ProfessionneldeSanté**

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<sup>er</sup> 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](mailto: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