

Nouvelles recommandations Infections Sexuellement Transmissibles bactériennes quoi de neuf?



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

JRPI - 07/10/2025

Syphilis congénitale en augmentation au niveau mondial

USA MMWR

- 2022: **3761 cas** (idem 1950)

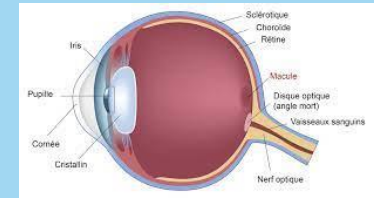
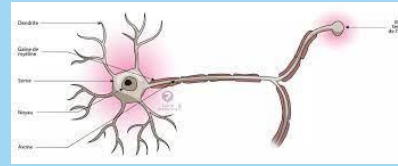
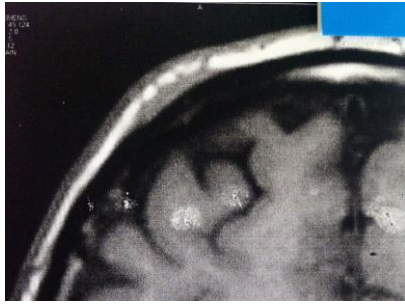
France:

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

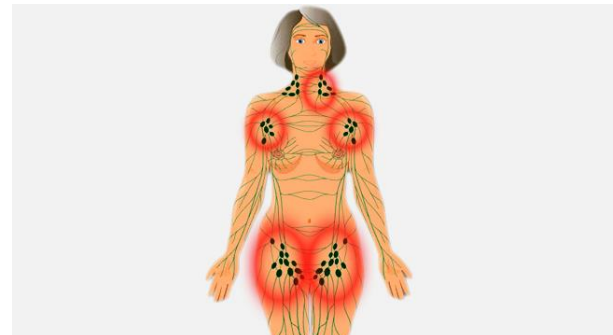
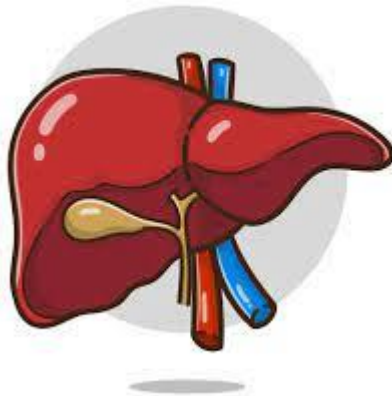
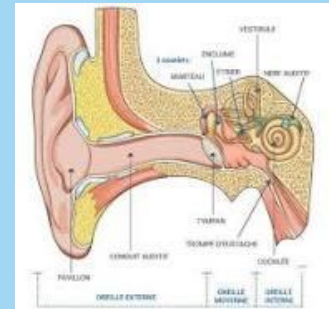
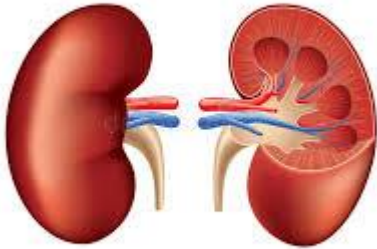
Risque majeur si pas de traitement **avant la 16^{ème} semaine**

En l'absence de traitement: 40% mortalité in utero, 20% périnatale
20% séquelles graves

Atteinte neurologique



Syphilis lre
= syphilis **précoce**
= **septicémie**



Traitement de la syphilis

précoce = de moins d'un an (sans atteinte neurologique)

Qu'elle soit:

- latente
- primaire
- ou secondaire

Benzathine pénicilline G (BPG) 2,4 M UI en IM DU

- 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 (sans atteinte neurologique)

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 : paracétamol

- surtout formes florides
- et femmes enceintes

3- surveillance 30 minutes: réaction allergique?

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 allergeo:

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

Allergie à la Péni (AE):

- tests allergologiques et désensibilisation
- (*Peut-être : doxycycline 200 mg 2 fois par jour pendant 28 jours* ??)

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?

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)



- Formes précoces : BPG 2,4 MUI /semaine x 2 (*recos SPILF 2025*)
- Formes tardives et neurologiques: pas de modifications

Avant 16 SA, idéalement avant 11SA, dans tous les cas le plus tôt possible

Mais, ni la ceftriaxone ni la doxycycline n'ont été étudiées chez la femme enceinte

Allergie à la pénicilline (AE):

- Tests allergologiques et induction de tolérance
- **En l'absence d'alternative** : doxycycline au 1^{er} trimestre (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

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 ?

- Au moins 7 jours
- Et le temps que les lésions disparaissent et/ou cicatrisent (**chancre +++**)

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

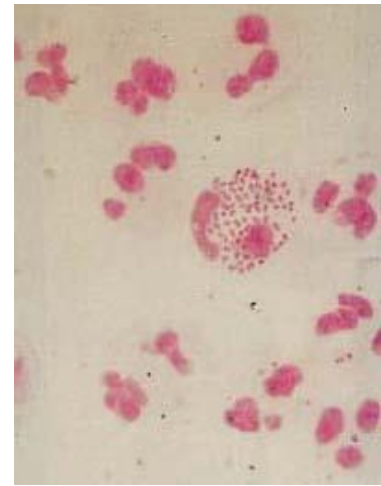
- diminution du TNT d'un facteur 4 à M6-M12 = guérison
- Si pas de diminution du TNT d'un facteur 4 à M 6 - M12
→ discuter BPG 3 injections hebdomadaires de 2,4 M UI
- si le TNT reste ≥ 8 à M6-M12
→ discuter PL (neurosyphilis?)

Neurosyphilis :

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

Infections à *Neisseria gonorrhoeae*

Incidence mondiale 82 M (OMS 2021)



Diplocoque Gram négatif

Diagnostic

PCR : urines 1^{er} jet, auto-prélèvement anal, prélèvement pharyngé

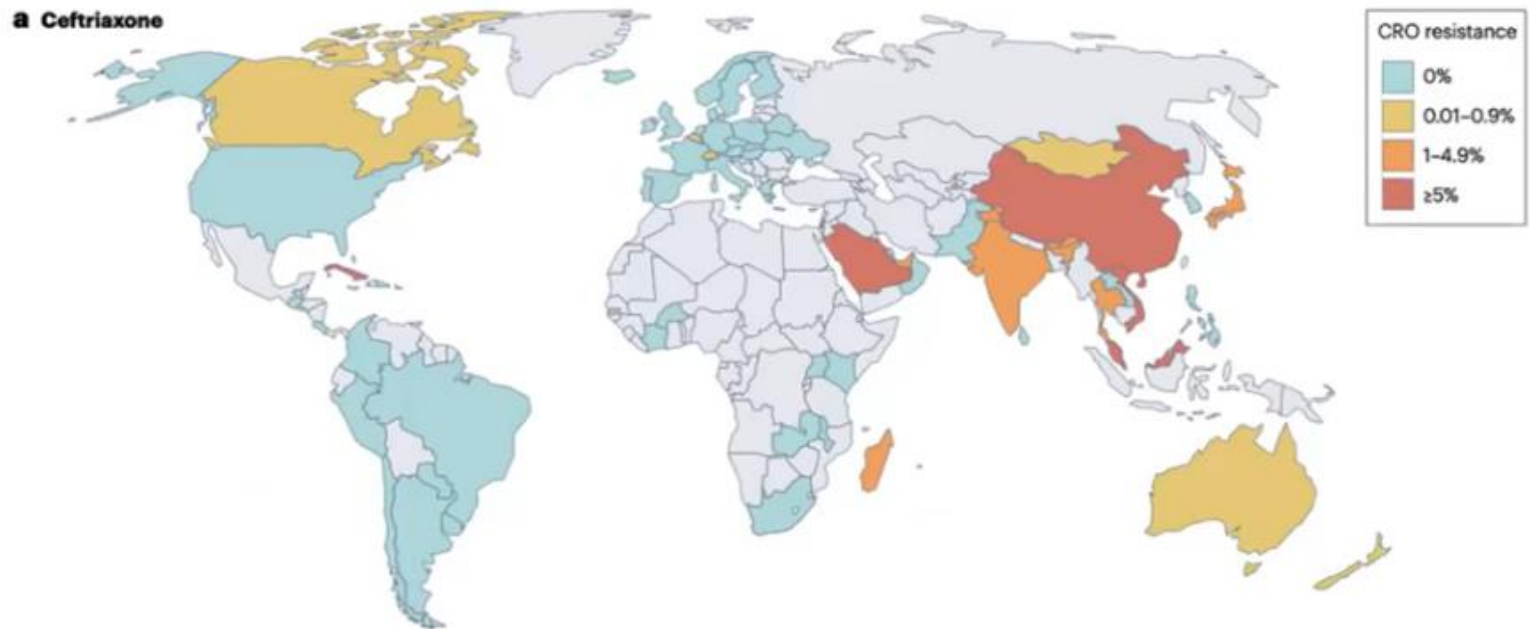
Culture ++++ sur tout écoulement et AB gramme

Fréquemment asymptomatique

Toute infection implique un **traitement**, même asymptomatique

Antibiotique de choix: **CEFTRIAXONE**

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)

- 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 Fouzière¹
Charles Cazanave^{2,3}
Marion Hélayr⁴
Nicolas Dupin⁵
Pierre Tattevin⁶
Cécile Bébear⁷
Marie Beylot-Berry⁸
Jean-Michel Molina⁹
Olivier Chosidow¹⁰
Agnès Riche¹¹ and
Béatrice Berçot^{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
- } 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^{er} choix**, pas de résistance
- Fluoroquinolone: pas de résistance
- Macrolides: très rares résistances , mais CI en raison de R de *Mg*

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

- Orchi-épididymite:
 - Doxycycline 100mg x 2 , **10 jours**
 - 2d choix: azithromycine 1g J1 et J7
- Conjonctivite:
 - doxycycline 100mg x 2, **7 jours**
 - 2d choix: azithromycine 1g DU
- Nouveau-né:
 - Conjonctivite et pneumopathie : azithromycine 20mg/kg/j , 3 jours

Mycoplasma genitalium

- Pas de paroi: résistance naturelle aux bêtalactamines...
- Sensibilité: macrolides, cyclines et quinolones

Le problème: résistance explosive aux macrolides , aux quinolones!

- Portage très souvent asymptomatique, clairance naturelle (90% à 1 an)

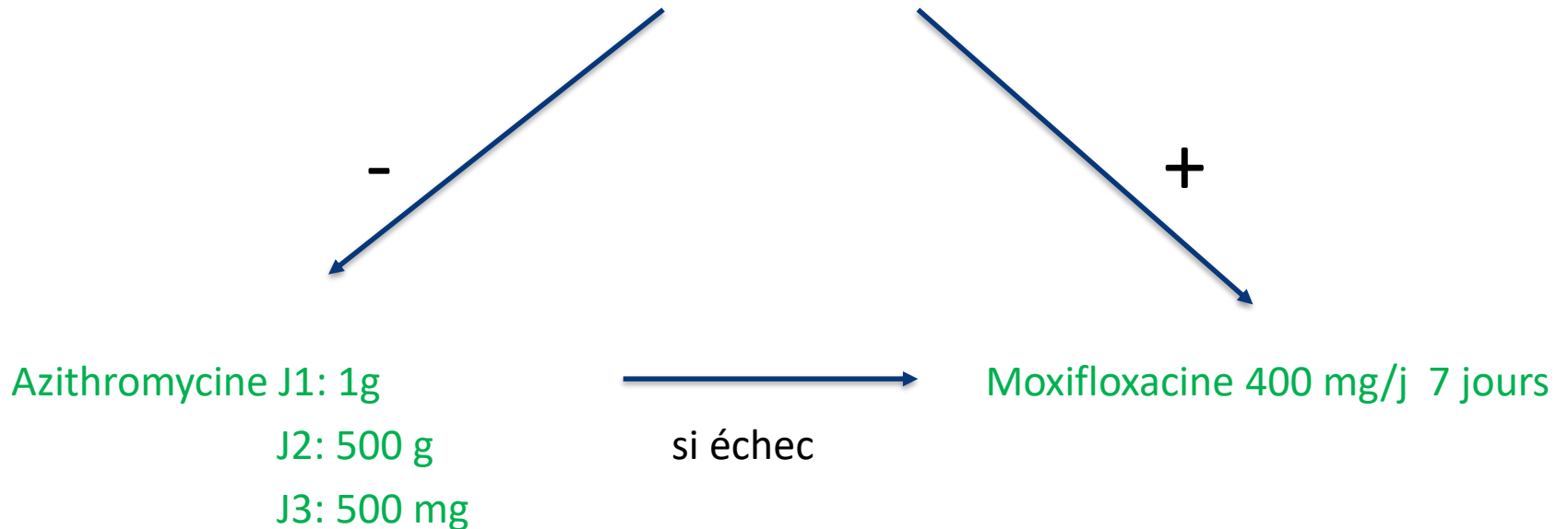
Tout faire pour limiter les résistances AB :

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

- Diagnostic: PCR le plus multiplex

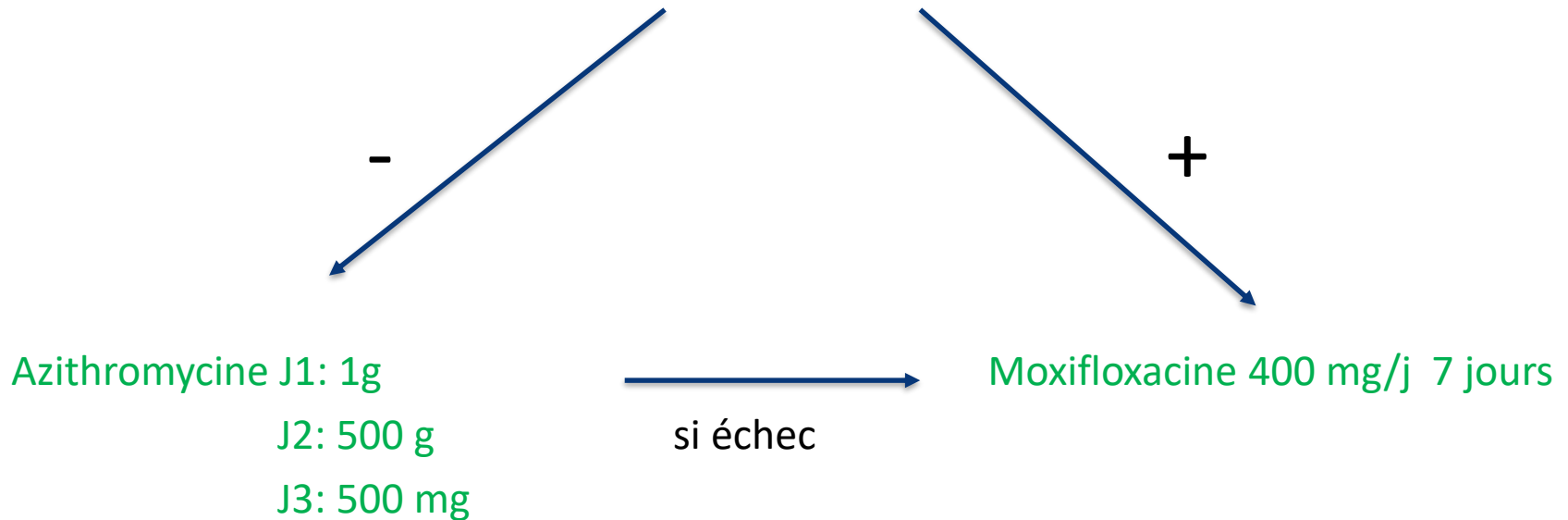
Infection génitale basse ou rectale à Mg symptomatique

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)

AVIS SPÉCIALISÉ

Mg

- **Ne traiter que les patients symptomatiques**

Une seule exception :

traiter 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

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)

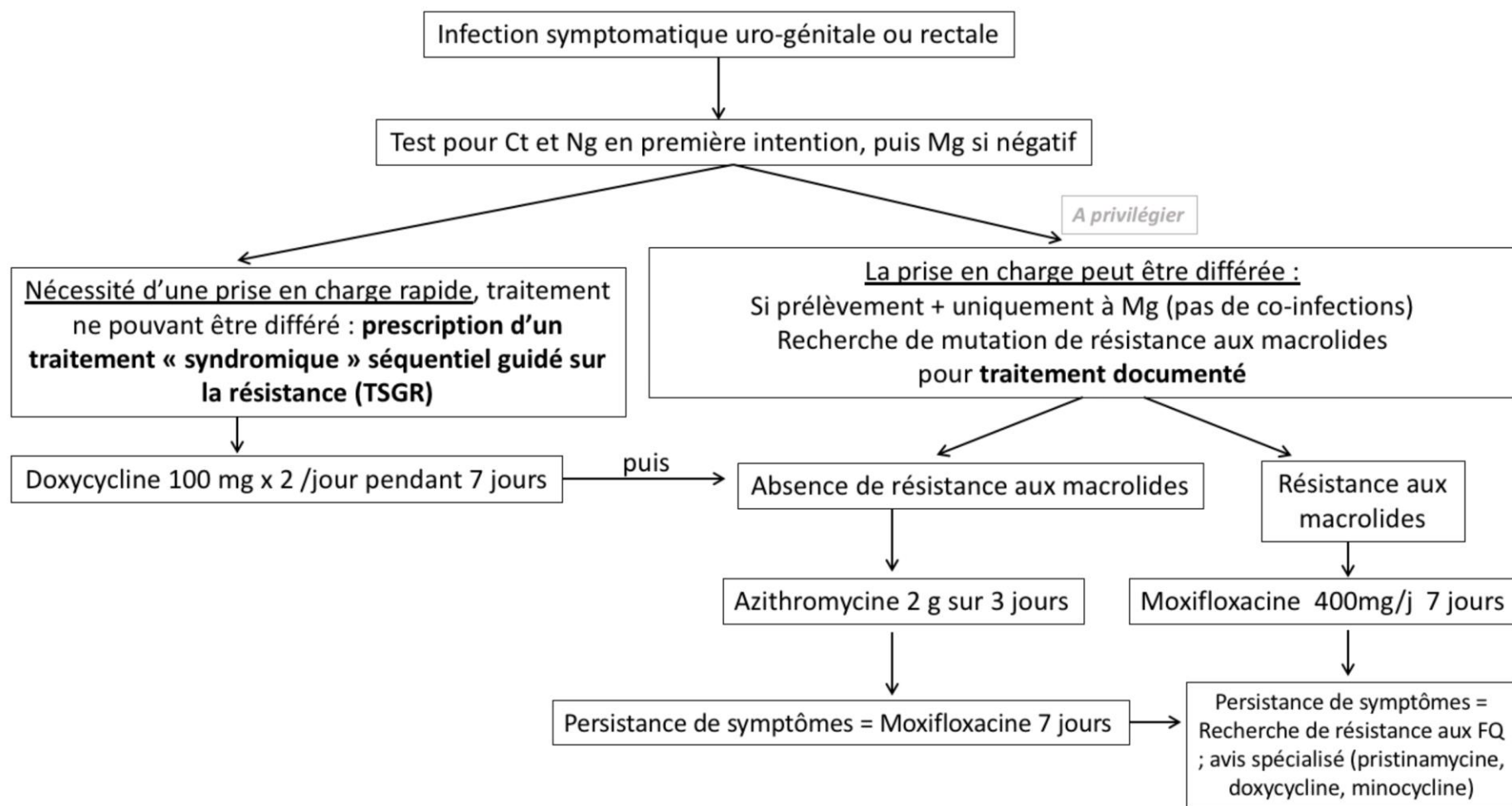
Chez les HSH et femmes trans :

- 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

Merci

Annexe 1. Conduite à tenir pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique d'une suspicion d'infection symptomatique non compliquée à Mg en l'absence de co-infections.



Infection génitale basse ou rectale à Mg symptomatique

Le traitement peut attendre le résultat de la recherche de mutation de résistance (PCR)

