



RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

Infections sexuellement transmissibles (IST)

Service universitaire des maladies infectieuses et du voyageur
Journée d'actualisation 15 janvier 2025

Dr V Baclet



RECOMMANDATION

Recommandations de prise en charge des personnes infectées par *Neisseria* *gonorrhoeae* (NG)



Validé par le Collège le 10 avril 2025

OMS : ces dernières décennies, NG a développé une résistance à toutes les thérapies de première ligne recommandées

=

problème majeur de santé publique

Le traitement pour qui?

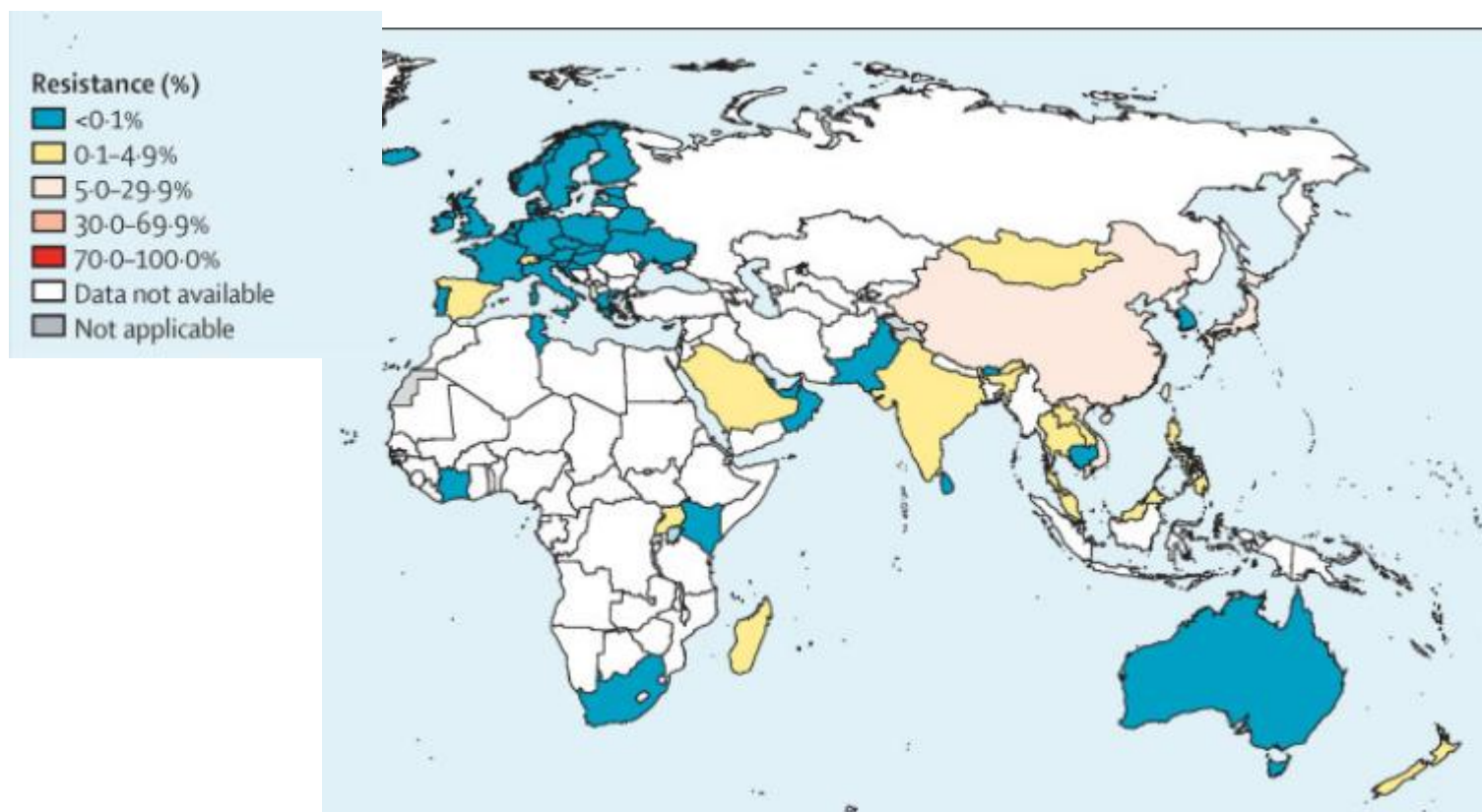
- ✦ test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) +
= demande de culture
- ✦ examen direct = cocci à Gram négatif
- ✦ culture positive.
- ✦ suspicion **forte** (traitement probabiliste (urétrite, cervicite anorectite purulentes)

recommandations pour une souche présumée sensible à la ceftriaxone chez l'adulte

Localisation / population	Antibiothérapie de 1 ^{ère} ligne	Voie d'administration	Durée	Allergie Alternative	Test d'éradication
Urogénitale, cervicale, rectale (non compliquée)	Ceftriaxone 1 g	IM	1 j	Gentamicine 240 mg IM Si AGb disponible : Ciprofloxacine 500 mg PO ou Céfixime 400mg PO DU	Si mauvaise évolution (culture + TAAN) – Si CMI CRO > 0,125 mg/L ou alternative utilisée (TAAN J14)
Pharyngée*	Ceftriaxone 1 g	IM	1 j	Gentamicine 240 mg IM Ciprofloxacine 500 mg PO si ABg disponible	Si mauvaise évolution (culture + TAAN) – Si CMI CRO > 0,125 mg/L ou alternative utilisée (TAAN J14)
Infection génitale haute**	Ceftriaxone 1 g en association (doxycycline / métronidazole)	IM si ambulatoire IV si hospitalisée/compliquée	1 j (non compl.) 10-14 j (compl.)	Gentamicine 5 mg/kg IV (max 3 jours) Fluoroquinolones	Si mauvaise évolution (culture + TAAN) - Si CMI CRO > 0,125 mg/L ou alternative utilisée (TAAN J14)
Orchiépididymite**	Ceftriaxone 1 g	IM ou IV si hyperalgique/hospit.	1 j (non compl.) 7 j (compl.)	Gentamicine 5 mg/kg IV (DU souvent, max 3 jours si compl.) Ciprofloxacine 500 mg si ABg disponible	Si mauvaise évolution (culture + TAAN) - Si CMI CRO > 0,125 mg/L ou alternative utilisée (TAAN J14)
Rectale compliquée**	Ceftriaxone 1 g	IM ou IV si hyperalgique/hospit	A voir selon indication chirurgicale	Gentamicine 5 mg/kg IV (max 3 jours)	Rechercher une co-infection + discussion au cas par cas (TAAN à J14)
Bactériémie** +/- cutanée	Ceftriaxone 1 g	IV	7 j	Gentamicine 5 mg/kg IV (max 3 jours) Alternative selon ABg : ciprofloxacine	Oui (hémocultures)
Articulaire**	Ceftriaxone 1 g	IV	7 j	Gentamicine 5 mg/kg IV (max 3 jours) / Alternative selon ABg : ciprofloxacine	Si mauvaise évolution (ponction)
Ophtalmologique**	Ceftriaxone 1 g (non sévère) à 2 g (sévère)	IM (conjonc. simple) IV (sévère)	1 j Jusqu'à 7 j	Selon l'atteinte et la diffusion oculaire, avis spécialisé	Si mauvaise évolution (ponction/écouvillon)
Méningite, endocardite**	Ceftriaxone 2 g	IV	10 j (méning.) 4 sem. (end.)	Avis spécialisé	Selon évolution
Femme enceinte**	Ceftriaxone 1 g	IM ou IV	1 j	Gentamicine 240 mg IM	Selon le site

Résistance Asie Pacifique

% d'isolats avec sensibilité diminuée ou résistance à la ceftriaxone signalés au Programme mondial de surveillance antimicrobienne de l'OMS et au Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens en 2018



Retour d'Asie Pacifique

- culture bactérienne +antibiogramme
- Dans l'attente des résultats, **possibilité**
ceftriaxone 1 gramme IM
+
azithromycine 2 grammes po (hors AMM)
1 ou 2 prises séparées de 6 h
- **avis infectiologique** si culture + et CMI de la
ceftriaxone > 0,125 mg/L

Contrôle TAAN pour qui?

Pour qui > 14 j après fin du traitement

- autre antibiothérapie que ceftriaxone
- antibiogramme CMI > 0,125 mg/L pour la ceftriaxone
- infection acquise en zone Asie-Pacifique
- symptômes + à 72 h du début du traitement et pas de co-infection non traitée → culture préférée dès l'arrêt antibiotique, surtout si non réalisée auparavant).
- prises de risque , recherche réinfection asymptomatique entre 3 et 6 mois

partenaires

- **patient symptomatique** dépister partenaires <14 j
- **patient asymptomatique** dépister partenaires < 6 mois
- **Cas contact symptomatique** : dépister et traiter
- **Cas contact asymptomatique** : rapport <14 j dépistage + Traitement
- **Contact asymptomatique** rapport >14 j
 - Risque perdu de vue dépistage + traitement
 - Sinon dépistage et attendre le résultat

Quand reprendre les rapports non protégés

- Les rapports sexuels évités ou protégés minimum 7 j après la ceftriaxone
- En cas de nécessité de contrôler le TAAN attendre le résultat

traiter systématiquement Chlamydia trachomatis?

- **traitement peut être différé** après résultat du TAAN si suivi++, discussion du projet de soins
- risque de perte de vue++ recommande de traiter CT de manière concomitante par doxycycline en attendant le résultat du test.

RECOMMANDATION

Traitement curatif des personnes infectées par Chlamydia trachomatis

Validé par le Collège le 10 avril 2025

Prélèvement :

Auto prélèvement

- urine (1er jet),
- pus
- Vaginal
- rectal

Prélèvement personnel soignant

- Vaginal
- Conjonctival
- **Oro pharyngé**
- Pneumopathie
nourisson

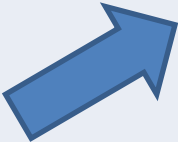
prélèvement

- **La sérologie CT inutile sauf :**
 - Infections génitales hautes, si prélèvement direct impossible
 - Suspicion de pneumopathie du nourrisson (détection des IgM)
- **Quand faire le génotypage ?**
anorectite symptomatique TAAN CT + et
Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) génitale

traitement

localisation	1 ^{ère} intention	2 ^{ème} intention	3 ^{ème} intention
Uro génitale non compliquée Hors grossesse	Doxycycline 100mgx2 7j	Azithromycine 1 gramme DU	Oflocet 200mg x2/7j Levofloxacin 500mg/j 7j
Orchi épididymite prostatite	Doxycycline 100mgx2 10j	Azithromycine 1 gramme J1 et J 7	Oflocet 200mg x2/j 7j Levofloxacin 500mg/j 7j
LGV	Doxycycline 100mg x2 21 j	Azithromycine 1 gramme/sem 3 sem	Avis spe

Traitement

	1ère intention	2 ème intention	3 ème intention
Ano rectale NonLGV	Doxycycline 100mg x2 7j	Azithromycine 1 gramme	Avis spécialisé
Oro pharyngé conjonctivite			
Grossesse 1 er trimestre infection non compliquée	doxy 100mgx2/j 7 j 	Azithromycine 1 gramme DU	Erythromycine 500mg x4/j 7j Avis spécialisé
Grossesse 2 ^{ème} 3 ème trimestre Infection non compliquée	Azithromycine 1 gramme DU	Erythromycine 500mg x4/j 7j	Avis spécialisé

contrôle guérison 4 sem après fin du traitement

- Grossesse
- azithromycine pour infection rectale
- traitement de 1ère ligne non utilisé si LGV
- suspicion de LGV sans génotypage
- Symptômes persistent
- TAAN CT 3 à 6 mois après l'infection traitement (réinfection?)

Abstinence ou protection des rapports (préservatif)

Jusqu'à résolution des symptômes

ET jusqu'à la fin du traitement par doxycycline
ou 7 jours après la dernière dose
d'azithromycine

partenaires

- identifier les partenaires des 6 derniers mois
- évaluation médicale et TAAN CT SI + = traitement
- dernier rapport potentiellement contaminant
< 14 jours traitement proposé (quel que soit le
résultat du prélèvement)
- . >14 j?

RECOMMANDATIONS

Prise en charge thérapeutique du patient atteint d'herpès génital

Validé le 14/11/2024



diagnostic



- Clinique
- diagnostic biologique culture /PCR++ pas systématique+++
au moins une fois++ si herpès genital récurrent avant traitement antiviral supprimeur au long cours

Traitement de la primo infection (non hospitalisé)

	1 ^{ère} intention (meilleure observance)	2 ^{ème} intention
immunocompétent femme enceinte Immunodéprimé non sévère (IDNS)	Valaciclovir 500mg 2x/j 5 j	Aciclovir 200 mg x5/j 5
Immunodéprimé Sévère (IDS)	valaciclovir 1000 mg x 2/j 10 jours Sous dosage favorise les résistances	Aciclovir 400 mg x 5/j 10 j

IDS peuvent être sévères. plus fréquemment lésions cutanéomuqueuses étendues, nécrotiques, persistantes avec des risques d'atteintes viscérales (Milpied et al. 2016).

VIH immunodéprimé sévère < 200 CD4

Traitement curatif d'une récurrence

Femme enceinte

Immunocompétent /
Immunodéprimé non sévère[#]

Immunodéprimé
sévère*
CD4 < 200/mm³

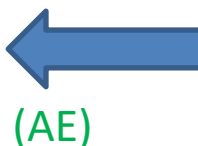
Thérapie « courte »

VLC 500 mg x2/j
3 jours (AE) ←
ACL 200 mg x 5/j –
5 jours (AE)

Thérapie « courte »

1^{ère} intention

VLC 2000 mg x2 – 1 jour



(AE)

2^{ème} intention

FLC 1000 mg x2 – 1 jour

(AE)

ACL 800 mg x3/j – 2 jours

(AE)

VLC 500 mg x2/j – 3 jours

(A)++



1^{ère} intention

VIH(A)
Autres AE

VLC 1000 mg x2/j

Au moins 5 j ou guérison
complète des lésions

2^{ème} intention

ACL 400 mg x 5/j

FLC 500 mg x2/j

VIH(A), Autres (AE)

au moins 5 jours

Abréviations : ACL, aciclovir ; FLC, famciclovir ; H, heure ; IV, intra-veineux ; SA, semaine d'aménorrhée ; VLC, valaciclovir

ordonnance prescrite en amont, permet un traitement précoce dès les prodromes
>48h du début des symptômes, l'efficacité du traitement curatif non démontrée (Grade AE

Traitement préventif/suppressif^{###}

Prophylaxie dès 36 SA**

VLC 500 mg x2/j
ACV 400 mg x3/j
Jusqu'à l'accouchement

femme enceinte
qui a présenté un
épisode d'herpès au
cours de la
grossesse, (A).

femmes en ceintes
ATCD d'herpès
avant grossesse,
sans récurrence lors
de la grossesse
actuelle le groupe
de travail ne se
positionne pas
(Grade AE).

Immunocompétent

Immunodéprimé non
sévère[#] et sévère*

1^{ère} intention

VLC 500 mg x1/j

2^{ème} intention

ACL 400 mg x2/j

12 mois

VLC 500 mg x2/j
ACL 400 mg x2/j

12 mois

Réévaluation clinique à 1 an : 6 mois?

persistance des récurrences ?

Oui

Non

VLC 500 mg x2/j
ACL 400 mg x3/j*[#]

Proposer une fenêtre
thérapeutique

* VIH avec CD4 ≤200/mm³, greffé d'organe, hémopathie, certains cancers solides

[#] VIH avec CD4 >200/mm³

** 32 SA si grossesse gémellaire ou risque d'accouchement prématuré

[#] à initier dans les 48H du début des symptômes

^{###} indications : épisodes fréquents (≥ 4 par an), retentissement sur la qualité de vie, risque de transmission aux partenaires (couples sérodiscordants / multiples partenaires)

Abréviations : ACL, aciclovir ; FLC, famciclovir ; H, heure ; IV, intra-veineux ; SA, semaine d'aménorrhée ; VLC, valaciclovir

ID :famciclovir 500 mg x 2/j pas
indiqué en 1^{ère} intention (Grade B)

Recommandations de prise en charge des personnes ayant une syphilis

Validé par le Collège le 10 avril 2025



Syphilis précoce <1 an



benzathine pénicilline G (BPG), 2,4 M UI IM en 1 ou 2 injections, (1/ fesse , 1/ deltoïde chez les patient.e.s ayant des prothèses fessières)

BPG non disponible , allergie , contre indication IM: doxycycline 200 mg po 14 j, en 1 à 2 prise

2nde intention ceftriaxone 1 g IV /j 10 j

consultation en allergologie afin de confirmer ou non l'allergie à la pénicilline

syphilis tardive (> 1an ou inconnue)

BPG, 2,4 M UI en IM1/ sem 3 semaines (fessier ou deltoïde si prothèses fessières)

1 injection de 2,4 M UI ou 2 injections de 1,2 M UI

non disponible, allergie pénicilline contre

indication :doxycycline 200 mg po 28 j, 1 à 2 prises

proposer une consultation d'allergologie

Femme enceinte, adresser à un centre de référence?

- même traitement BPG, 2,4 M UI
- ceftriaxone non étudiée
- allergie pénicilline : tests allergiques et induction de tolérance rapide
- si confirmée doxycycline 1er trimestre seulement et nouveau-né traité par benzylpénicilline G IV à la naissance

partenaires

- Syphilis 1aire : 3 mois + durée des symptôme
- Syphilis secondaire : 6 mois à 2 ans
HAS 2023 : 6 mois (1)
- Syphilis latente précoce : 1 an
- pour la syphilis latente tardive : probablement plus de 2 ans

(1) Notification aux partenaires HAS 2023

Partenaires traitement

- femmes enceintes traitement systématique
- **Rapport <6 semaines = Traitement**
- **rapport entre 6 et 12 semaine**
- compliant /suivi : sérologie à J0, à 6 semaines, 3 mois +/- 6 mois si personne à haut risque

peu compliant/ surveillance biologique =traiter

- **rapport >3 mois**, le risque de transmission est nul
dépistage syphilis, et autres IST, traiter si la sérologie syphilis se (re)positive.

Rapports protégés

- Protection de tous les rapports sexuels pendant 1 semaine après le début du traitement
- Si chancre, protection jusqu'à complète cicatrisation de celui-ci

Surveillance dans le même labo

- **injection décalée >7 jours** /test non tréponémique (TNT),
refaire le jour de l'injection
- à M3, éliminer une ascension du titre = recontamination ,
- M6 =efficacité du traitement, diminution du titre de TNT
d'un facteur 4 à M6 M12. (ex 1/32 à 1/8)
- M24 VIH + ou à haut risque de récidence si la sérologie à M12
est encore positive.
- Si mauvaise réponse avis spécialisé
- Réinfection = augmentation d'un facteur ≥ 4 du titre de TNT

Traitement curatif des personnes infectées par Mycoplasma genitalium (MG)

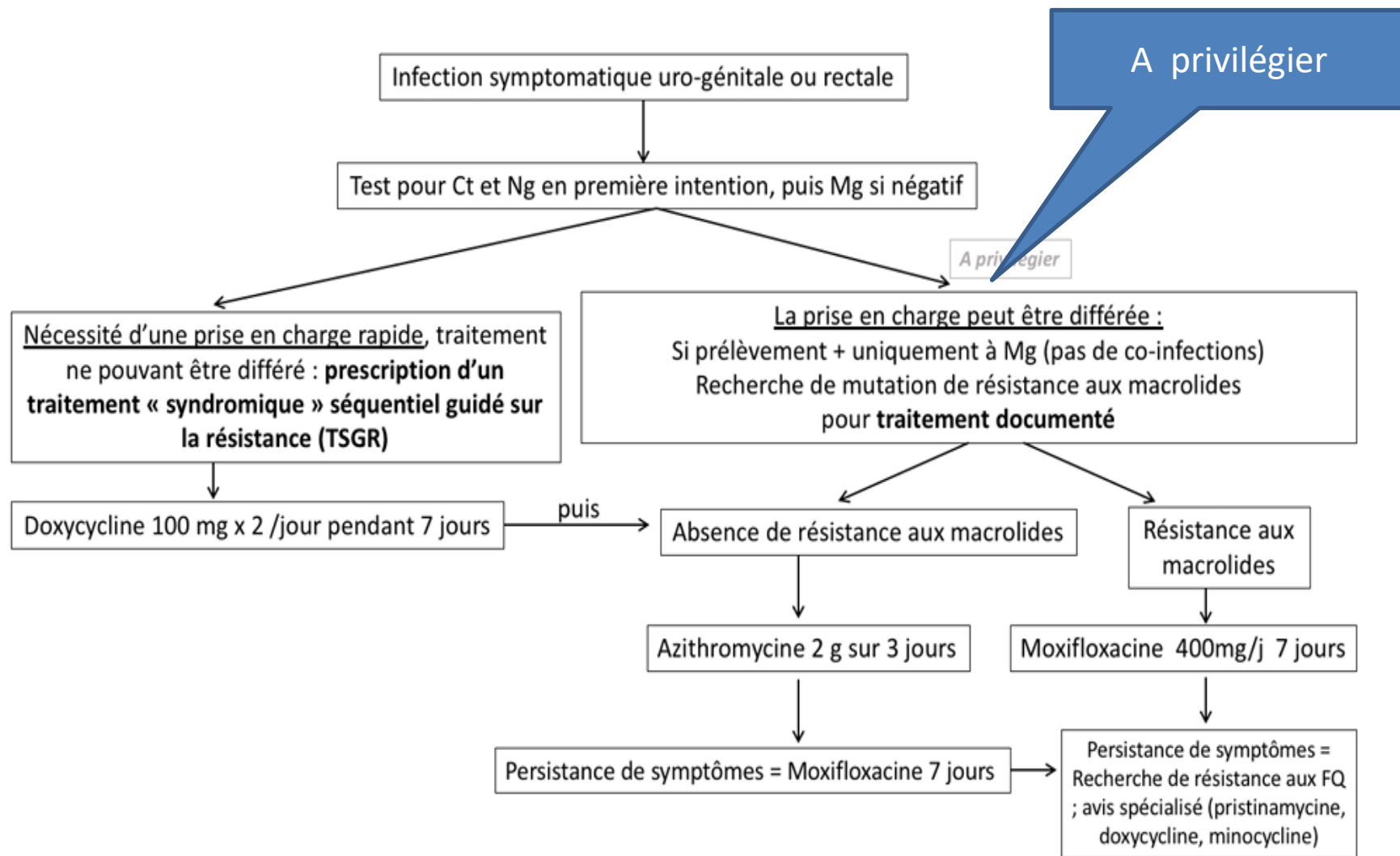
**la plus problématique en termes
de résistance**

- pas de dépistage ni traitement si asymptomatique (caractère pathogène pas obligatoire clairance possible)
- traitement si symptômes et pas de co-infection
- tests de résistance aux macrolides avant toute mise sous traitement
- test d'éradication si persistance des symptômes > 3 semaines de la fin du traitement

partenaires

- protection des rapports sexuels
- dépistage partenaires sexuels actuels
- Le(s) partenaire(s) test Mg positif traité comme le cas index

traitement



Posologie azithromycine 1 g à J1 puis 500 mg/j à J2 et J3

conclusion

- Ct : doxy alternative 1^{er} trimestre de grossesse
Pas de contrôle pour tous
- NG : attention aux résistances / asie pacifique
Pas de contrôle pour tous
- Syphilis : doxy 1^{er} trimestre grossesse possible si
allergie confirmée à la pénicilline
Ceftriaxone /neuro syphilis possible
- Herpes : traitement réccurence 1 j sauf grossesse et
primo infection 3 j
- MG : Prudence!!!



- Consultations / faire le point / discuter des différentes mesures de prévention
- Les antibiotiques c'est pas automatique
- Discussion/ suivi= évite l'utilisation excessive d'antibiothérapie

-

Merci de votre attention