

Infections sexuellement transmissibles: mise à jour

L'urètre en feu, et plus...

Lorsque l'urètre présente une sensation de brûlure ou que surviennent des éruptions cutanées étranges, il convient de penser à une infection sexuellement transmissible. Que faut-il faire déjà? Quels tests de laboratoire sont indiqués? Quel est le traitement? Que faire avec les partenaires?

Andrée Friedl

Kantonsspital Baden, Infektiologie, Baden

Gonorrhée

En raison de la multiplication des tests de personnes même asymptomatiques, le nombre des individus concernés a aussi augmenté au fil des ans. En 2021, moins d'infections ont été documentées pour un nombre inférieur de tests – probablement un effet secondaire de la pandémie de COVID-19 [1].

Le tableau clinique typique d'une urétrite constitue la symptomatique la plus connue. Mais des symptômes classiques de proctite ou de pharyngite peuvent également être présents. Il arrive fréquemment que des infections asymptomatiques soient en outre mises en évidence, de manière orale ou rectale dans jusqu'à 90% des cas. Les femmes ont plus souvent des urétrites asymptomatiques, tandis qu'un DPI peut aussi provoquer des symptômes. Les formes disséminées, les conjonctivites ou les épидидymites sont plutôt rares [2,3].

Sur le plan diagnostique, le TAAN (PCR) est actuellement privilégié, prélevé au moyen du matériel correct. Un frottis vaginal est préférablement réalisé chez les femmes. Chez les

hommes possible de regrouper les échantillons des diverses localisations pour réduire les coûts. Le prélèvement réalisé de manière autonome par la patiente ou le patient s'est révélé être une méthode équivalente – sauf en cas de frottis pharyngé [4]. Le TAAN confirme le diagnostic, mais ne fournit aucun test de résistance. Ce dernier doit être réalisé séparément au moyen d'une culture de gonocoques, ce qui est surtout souhaitable en cas de symptômes persistants.

L'augmentation mondiale des résistances ne permet désormais plus de traitement oral (p. ex. céfixime, ciprofloxacine). Le traitement d'une GO rectale ou pharyngée s'effectue avec ceftriaxone 1 g i.m. en prise unique sans l'association jusqu'à récemment habituelle avec l'azithromycine. Il a été montré que la monothérapie par ceftriaxone était aussi efficace que l'association en présence de résistances croissantes à l'azithromycine [5]. Lorsqu'il est attendu qu'un contrôle de suivi de la patiente ou du patient soit impossible, une association avec azithromycine 1 g p.o. peut toutefois être envisagée pour le traitement d'une co-infection à *Chlamydia* ou *Mycoplasma*.

Un test de guérison («test of cure») doit toujours être réalisé en cas de gonorrhée pharyngée ou de symptômes persistants. Cela est optionnel dans les autres situations cliniques. Pour cela, une culture est prélevée en présence de symptômes persistants pendant 3–7 jours après le traitement, et un TAAN +/- culture après 2–4 semaines dans les autres situations.

Toutes et tous les partenaires des 60 derniers jours doivent être testés pour rechercher une contamination et directement traités sans attendre les résultats. Les patientes et patients asymptomatiques nécessitent également un

traitement. Il convient de renoncer aux contacts sexuels pendant au moins 7 jours après le traitement.

Chlamydia trachomatis

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est la maladie sexuellement transmissible la plus fréquente chez les femmes [6]. Elle est généralement asymptomatique sur le plan clinique et peut se manifester sous forme de cervicite accompagnée d'écoulement mucopurulent ou de métrorragies post-coïtales. Le DPI peut être oligosymptomatique, mais aussi entraîner une périhépatite dans 5–15% des cas. Une infertilité ou une grossesse extra-utérine peuvent survenir en conséquence.

Le tableau clinique d'une urétrite chez l'homme est souvent moins aigu en présence de chlamydies que de gonorrhée. Plus de la moitié des personnes concernées n'ont généralement pas de symptômes. Une épидидymite apparaît occasionnellement en tant que complication, surtout chez les hommes de moins de 35 ans. Dans 30–40/100 000 infections, une arthrite réactionnelle peut survenir [7].

Le TAAN confirme le diagnostic, mais ne fournit aucun test de résistance.

hommes présentant une urétrite, les analyses de l'urine et du frottis urétral sont équivalentes. Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (MSM), des frottis supplémentaires sont préconisés par voie rectale ou pharyngée selon leurs pratiques sexuelles. Il est

Abréviations

MSM = hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
LGV = lymphogranulomatose vénérienne
VHS = virus Herpès simplex
VIH = virus de l'immunodéficience humaine
MII = maladie inflammatoire de l'intestin

D'autres tableaux cliniques, tels que pharyngite, conjonctivite ou proctite, se manifestent occasionnellement. Chez les femmes, la colonisation rectale généralement asymptomatique peut représenter un réservoir de réinfection.

Le diagnostic au moyen du TAAN s'effectue en test combiné à la recherche de la gonorrhée et peut être prélevé de manière analogue.

Les femmes non enceintes sont traitées par doxycycline 2 × 100 mg p.o. La durée du traitement dépend du tableau clinique: généralement 7 jours, 10 jours en présence d'épididymite et 14 jours en cas de DPI.

Lazithromycine 1 g p.o. en dose unique est un peu moins efficace, mais peut être avantageuse dans certaines situations cliniques: notamment en l'absence supposée d'observance au traitement ou pendant la grossesse. Elle ne doit néanmoins pas être utilisée en cas d'infections anales ou orales.

Après au moins (4–)6 semaines, un test de réussite du traitement doit être réalisé en présence d'observance douteuse, de grossesse ou de persistance des symptômes. Les symptômes persistants ou récurrents sont généralement dus à une réinfection et non pas à un échec thérapeutique.

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

La LGV est également provoquée par *Chlamydia trachomatis* – toutefois par les sérovars L1, L2 et L3. Ceux-ci sont plus invasifs que les sérovars A-K et peuvent se disséminer jusqu'aux ganglions lymphatiques régionaux. En Europe, la propagation hétérosexuelle est très rare contrairement à l'Afrique ou l'Asie du Sud-Est.

Chez les femmes, le rectum, la partie supérieure du vagin et le col de l'utérus sont généralement atteints.

Une nette hausse apparaît chez les MSM depuis 2023. Les contaminations s'effectuent souvent par le biais des personnes infectées jusqu'à 25% asymptomatiques [8].

Après une période d'incubation de 1–4 semaines, une ulcération primaire souvent indolore survient au niveau anorectal ou génital selon le site d'incubation. Le tableau d'une proctite ou d'une lymphadénopathie inguino-fémorale apparaît 2–6 semaines plus tard. L'atteinte rectale est souvent très douloureuse, associée à des sécrétions sanglantes et glaireuses, une constipation et des ténésmes. L'endoscopie révèle alors une proctite hémorra-

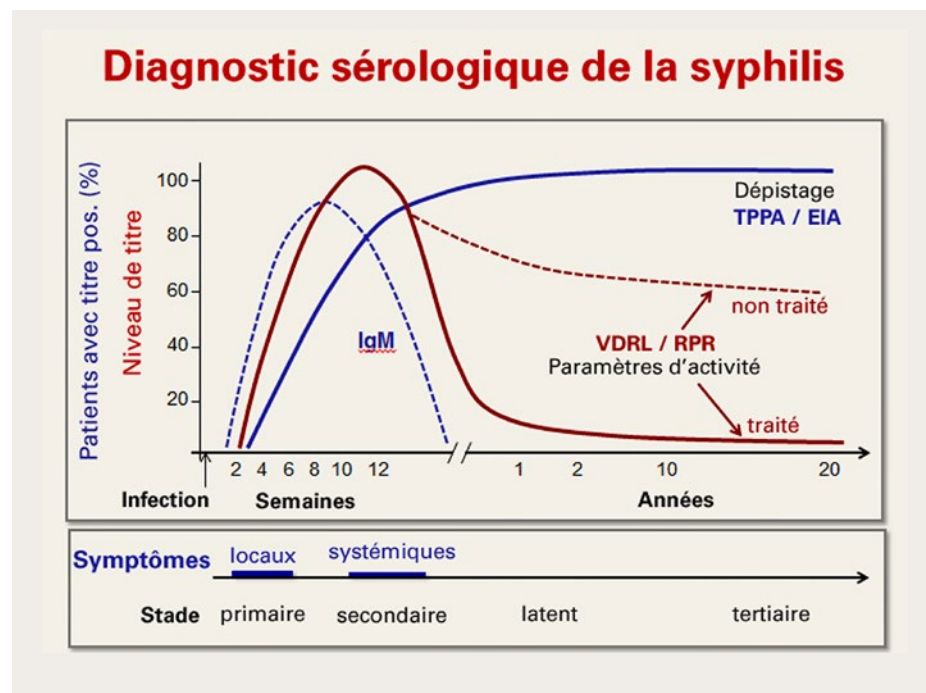


Figure 1: Sérodiagnostic de la syphilis. Source: Itin P, Bosshard P, Toutous Trellu L, Schmidt A, Vernazza P, Tarr P, et al. Syphilis: Diagnostic et traitement. Forum Méd Suisse 2015;15(19):459–65. Reproduction avec aimable autorisation. Adapté d'après: Peeling, Bull World Health Organ, Vol. 82, juin 2004.

gique ulcéreuse qui doit être distinguée d'une MII. Les ganglions lymphatiques inguinaux peuvent s'abcéder et fistuler dans jusqu'à 30% des cas. La forme tertiaire tardive présente des fibroses, strictures et lymphoedèmes.

Chez les femmes, le rectum, la partie supérieure du vagin et le col de l'utérus sont généralement atteints et il survient une hypertrophie des ganglions lymphatiques iliaques et péri-rectaux accompagnée de douleurs dans le bas de l'abdomen.

Le diagnostic s'effectue, dans un premier temps, au moyen du TAAN commercial pour les chlamydies. En présence d'une mise en évidence positive, une PCR spécifique génovar LGV supplémentaire est réalisée sur l'échantillon initial chez les MSM. Chez ces derniers, la LGV est associée à une infection au VIH dans environ 2/3 des cas, de sorte qu'une sérologie du VIH (et de syphilis / hépatite C) fasse partie de la routine en cas de mise en évidence positive.

Le traitement par doxycycline 2 × 100 mg p.o. pendant 21 jours entraîne généralement une nette amélioration de la forme anorectale après 1–2 semaines. Les formes inguinales sont souvent plus longtemps symptomatiques. Les ganglions lymphatiques fluctuants peuvent être ponctionnés. Il convient de renoncer à une incision chirurgicale en présence d'un risque de fistulisation. Lazithromycine 1 g p.o. par semaine est un traitement alternatif à la doxycycline.

Le succès du traitement est vérifié par une amélioration de l'évolution clinique ainsi qu'un contrôle biochimique de suivi au moyen d'une PCR après environ 4 semaines. Le dépistage d'autres MST doit évidemment avoir lieu.

Les partenaires des 3 derniers mois doivent aussi être soumis à des frottis au niveau de toutes les zones exposées, et testés. En l'absence de symptômes, un traitement empirique par doxycycline 2 × 100 mg pendant 7 jours est recommandé.

Syphilis

Le nombre des nouveaux diagnostics de syphilis semble se stabiliser depuis quelques années [9]. Des infections sont surtout observées chez les MSM (près de 60% des cas) et dans le contexte de la prostitution.

Non traitée, elle aboutit chez environ un tiers des patients à une syphilis secondaire.

L'infection à *T. pallidum subsp. pallidum* entraîne la forme primaire de la maladie par contact sexuel après 10–90 jours: il s'agit d'un ulcère généralement indolore ou de papules plates, parfois multiples, au niveau du contact sexuel. Une réaction associée des ganglions

Perfectionnement

Tableau 1: Traitement.

Maladie / agent pathogène	Traitement
Gonorrhée	Ceftriaxone 1 g i.m. ou i.v. dose unique. Gonorrhée disséminée (cultures sanguines positives): débiter avec ceftriaxone i.v. 1×2 g/d, discuter avec l'infectiologue.
Infection à Chlamydia trachomatis génitale, pharyngée et rectale non compliquée (sérovir D-K)	La doxycycline* 2×100 mg/d p.o. est plus efficace que l'azithromycine 1 g p.o. en cas d'infection rectale / pharyngée. Durée du traitement: ×7 jours pour urétrite, cervicite, proctite; ×10 jours pour épididymite; ×14 jours pour DPI.
Lymphogranulomatose vénérienne = Chlamydia trachomatis sérovir L1-L3	Doxycycline 2×100 mg/d pendant 3 semaines.
Syphilis	<i>Infection il y a <1 an: benzathine benzylpénicilline 2,4 MUI i.m. (dose unique).</i> <i>Infection il y a > 1 an ou moment de l'infection inconnu: benzathine benzylpénicilline 2,4 MUI i.m. une fois par semaine pendant 3 semaines.</i> <i>Neurosyphilis:</i> Peni G i.v. 18–24 MUI par jour × 14 jours (hospitalisation).
VHS 1/2	<i>Premier épisode: valaciclovir 2×1 g p.o. × 7–10 jours.</i> <i>Épisode de récurrence: valaciclovir 2 × 500 mg p.o. × 3 jours ou 1 × 1 g × 5 jours.</i>

* Contre-indication: grossesse

lymphatiques régionaux survient souvent de manière retardée.

Non traitée, elle aboutit chez environ un tiers des patients, généralement après 2–3(–12) mois, à une syphilis secondaire avec symptômes systémiques tels qu'une détérioration du bien-être, des maux de tête et de gorge ainsi que de la fièvre, en présence d'une lymphadénopathie généralisée. Ce stade présente typiquement un exanthème sans démangeaison ou des lésions mucocutanées (p. ex. plaques muqueuses). D'autres organes peuvent également être atteints: yeux, oreilles, foie, reins, muscles ou SNC (forme précoce de la neurosyphilis). Le stade tertiaire classique se manifeste par une neurosyphilis tardive ainsi que des gommages syphilitiques ou des formes cardiovasculaires.

Une infection active sur le plan sérologique mais asymptomatique est qualifiée de syphilis «latente».

L'aspect temporel est pertinent du point de vue clinique et thérapeutique: la première année suivant l'infection, il est question de «syphilis précoce», à partir de la deuxième année de «forme tardive» [10].

La microscopie en champ sombre autrefois utilisée pour la mise en évidence directe de l'agent pathogène à partir des lésions primaires a désormais été remplacée par la PCR spécifique sur frottis de la lésion. Au stade primaire,

l'infection n'est souvent pas encore visible à la sérologie.

Sur le plan sérologique, un test de dépistage automatisable (ELISA/EIA/CLIA) est actuellement réalisé dans la plupart des laboratoires et, si positif, complété par un TPPA comme test de détection et par un test d'activité (VDRL/RPR). À partir du stade secondaire, le diagnostic est confirmé par examen sérologique.

Chez les patients présentant des symptômes neurologiques ou psychiatriques ou chez les personnes infectées par le VIH dont le nombre de cellules CD4 se situe en-dessous

Au stade primaire, l'infection n'est pas encore visible à la sérologie.

de 200 par µl, il convient de toujours rechercher une neurosyphilis au moyen d'une ponction lombaire.

Le traitement fait généralement appel à la benzathine benzylpénicilline, non disponible dans le commerce en Suisse. En cas d'infection précoce (<1 an), une dose unique de 2,4 MUI de benzathine benzylpénicilline i.m. est administrée. En présence d'infection tardive,

acquise il y a plus d'un an ou d'une durée inconnue, 2,4 MUI de benzathine benzylpénicilline i.m. sont administrées tous les 7 jours en 3 doses au total. Le patient doit être averti de l'éventuelle survenue d'une réaction de Jarisch-Herxheimer qui disparaît d'elle-même en une journée. En cas de symptômes très prononcés d'une réaction de Jarisch-Herxheimer, par exemple de fièvre élevée, 1 g de paracétamol ou de la prednisone faiblement dosée peuvent contrer la réaction. Une administration prophylactique n'est toutefois pas nécessaire.

Une neurosyphilis précoce ou tardive doit être traitée par 3–4 MUI de pénicilline G i.v. toutes les 4 heures pendant 14 jours [11].

Il est conseillé de consulter un spécialiste concernant le traitement des personnes allergiques à la pénicilline.

Le succès du traitement est vérifié par des contrôles sérologiques de suivi après 3, 6, 12 et éventuellement 24 mois. La guérison se manifeste par un titre de VDRL/RPR divisé au moins par 4, généralement dans un délai de 12 mois.

Après le traitement d'une neurosyphilis, un contrôle du liquide cébrospinal doit être réalisé tous les 6 mois jusqu'à normalisation du nombre de cellules.

En l'absence de baisse ou en cas de nouvelle hausse du titre, une réinfection ou une neurosyphilis doivent être recherchées.

Diagnostics différentiels par tableau clinique

DD urérite

- Chlamydiae
- Gonorrhée
- Mycoplasma genitalium
- Trichomonas vaginalis
- Mycoplasma hominis (généralement non pathogène)
- Ureaplasma urealyticum (généralement non pathogène)

DD ulcère

- Herpès simplex 2 (et 1)
- Syphilis
- Lymphogranulomatose vénérienne
- Chancre mou
- Varole du singe

Infections sexuellement transmissibles systémiques (diagnostic sanguin)

- Hépatite B
- VIH
- Hépatites A et C chez les MSM
- Syphilis

Les partenaires sexuels des 90 derniers jours (en cas de syphilis primaire) et des 6 derniers mois en cas de syphilis secondaire doivent être directement traités de manière empirique. Si le contact remonte à plus longtemps, un examen sérologique du partenaire sexuel peut être entrepris.

La syphilis exige également de renoncer aux contacts sexuels pendant au moins 7 jours après achèvement du traitement.

Herpès génital

L'herpès génital est une infection chronique fréquente, généralement causée par le VHS2, qui touche davantage les femmes que les hommes. En particulier les jeunes femmes et les MSM présentent toutefois de plus en plus souvent des infections d'herpès génital à VHS1. L'infection à vie suit, chez la plupart des personnes concernées, une évolution asymptomatique à modérée. Cependant, 50–70% des contaminations par viral shedding sont dues à des partenaires asymptomatiques. Une première manifestation n'est pas obligatoirement causée par l'infection initiale, mais peut aussi être l'expression d'une réactivation. Le VHS2 entraîne plus souvent des récurrences que le VHS1. Les premières manifestations sont généralement plus fortement symptomatiques que les récurrences.

Sur le plan clinique, les épisodes aigus sont caractérisés par des papules douloureuses récidivantes ou de petites ulcérations parfois groupées. Celles-ci guérissent même sans traitement, sauf chez les personnes sévèrement immunosupprimées [12].

Pour le diagnostic, il est recommandé de réaliser une PCR à partir d'un frottis des ulcérations / papules ouvertes. La sérologie type-spécifique contribue peu au diagnostic aigu. Comme l'herpès génital par le VHS2 double voire triple le risque de VIH, un diagnostic du VIH doit toujours avoir lieu en parallèle.

Les cas aigus peuvent être traités par valaciclovir 2×1 g/d p.o. pendant 7–10 jours lors d'un premier épisode sévère. En présence d'un épisode de récurrence, il est recommandé une dose plus faible de valaciclovir 1×1 g/d p.o. pendant 5 jours ou 2×500 mg/d p.o. pendant 3 jours.

Les personnes concernées sont souvent fortement affligées par des épisodes symptomatiques récidivants. Il convient alors d'expliquer le tableau clinique en rassurant et conseillant. Pour obtenir un apaisement de la situation, permettant aux personnes concernées de retrouver une certaine autonomie, les approches suivantes sont envisagées. Un traitement suppressif par valaciclovir 1×500 – 1000 mg/d p.o. peut être administré une fois, surtout en cas d'épisodes symptomatiques très fré-

quents (>6 par an comme valeur indicative). Cela réduit aussi le taux de contamination des partenaires sexuels. En cas d'épisodes de récurrence plus rares, il vaut la peine d'avoir recours à un traitement initié par le patient à base de valaciclovir 1×1 g/d pendant 3 jours ou 2×1 g pendant un jour.

Les préservatifs offrent une protection contre une infection au VHS jusqu'à un certain degré. Dans les relations hétérosexuelles, ils protègent surtout la femme. Il convient d'éviter les rapports sexuels durant un épisode aigu.

Règles générales? Prévention?

Une infection sexuellement transmissible présente toujours le risque d'une deuxième en plus. Lorsqu'une infection a été mise en évidence, les autres doivent donc toujours être recherchées: gonorrhée / chlamydiae, syphilis, VIH, hépatite B (en l'absence de protection vaccinale) ainsi qu'hépatite C chez les MSM.

Des frottis doivent être réalisés sur toutes les parties du corps concernées par les pratiques sexuelles.

Les infections sexuellement transmissibles diagnostiquées doivent être traitées – toujours en même temps chez les deux partenaires afin d'empêcher une réinfection mutuelle. Cela évite la propagation de l'infection en question dans la population.

En règle générale: pas de rapports sexuels, du moins non protégés, pendant 7 jours après achèvement du traitement.

Chaque infection sexuellement transmissible présente une opportunité d'aborder la prévention. L'abstention ou les rapports sexuels dans une relation monogame sont certainement des comportements moins risqués que les rapports avec de multiples partenaires, surtout en combinaison avec la consommation d'alcool et de drogues. Utilisés correctement et

systématiquement, les préservatifs réduisent le risque d'une infection au VIH d'environ 80–95%, mais protègent moins bien des autres infections transmises sexuellement.

Les vaccinations, par exemple contre l'hépatite B, sont appropriées pour toutes les personnes sexuellement actives, indépendamment de l'âge. Selon le plan de vaccination suisse, la vaccination contre les HPV est recommandée à tous les hommes et femmes jusqu'à 26 ans. Les MSM ont également besoin d'une vaccination contre l'hépatite A.

La prise prophylactique d'émtricitabine / ténofovir pour prévenir une infection au VIH en cas de risque élevé (prophylaxie préexposition du VIH, PrEP-VIH) offre aux MSM une protection fiable et réduit le taux de nouvelles infections dans la population totale. Elle doit être réalisée uniquement sous surveillance médicale incluant aussi un dépistage régulier des infections sexuellement transmissibles [13].

Disclosure Statement

Les auteurs n'ont pas déclaré d'obligations financières ni personnelles en rapport avec l'article soumis.

Correspondance

Andrée Friedl
Kantonsspital Baden
Leitende Ärztin
Infektiologie
Im Ergel 1
CH-5404 Baden
andree.friedl[at]ksb.ch

Résumé pour la pratique

- TESTER et TRAITER conformément aux recommandations actuelles
- Une MST n'arrive souvent pas seule → toujours rechercher les autres MST!
- Une MST nécessite toujours deux personnes → tester / traiter les partenaires
 ≥ 6 semaines après une MST → sérologie du VIH
 ≥ 3 mois après une MST → sérologie de la syphilis, éventuellement hép B/C
- Prévention de nouvelles MST:
 - Règles des pratiques sexuelles sûres connues?
 - «Treatment as prevention»
 - Vaccinations
 - PrEP: une option? (pour les MSM)



Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse www.primary-hospital-care.ch.