

les maux d'amour

**masculin ou féminin !
un préservatif
sinon rien !**

**pour ne pas être
contaminé par les IST*
pensez à vous protéger !!**



***les infections sexuellement transmissibles**

V Baclet

Service universitaire et régional de maladies infectieuses et du voyageur Tourcoing

CIDDIST

15 décembre 2011 Boulogne

Neisseria gonorrhoeae

Ng/lab/an en nette progression (+52%) entre 2008 (4,16 Ng/lab) et 2009 (6,32 Ng/lab)

2009, le nb de gonocoques isolés toujours plus élevé chez l'homme (5,5 Ng/lab vs. 0,78 Ng/lab chez la femme)

Figure 1 Évolution du nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire actif et par an (Ng/lab/an) selon le sexe, RénaGo, France, 1996-2009. / Figure 1 Trends for the average number of gonorrhoea infections isolated per year and per active laboratory (Ng/lab/an) by sex, RENAGO network, France, 1996-2009.

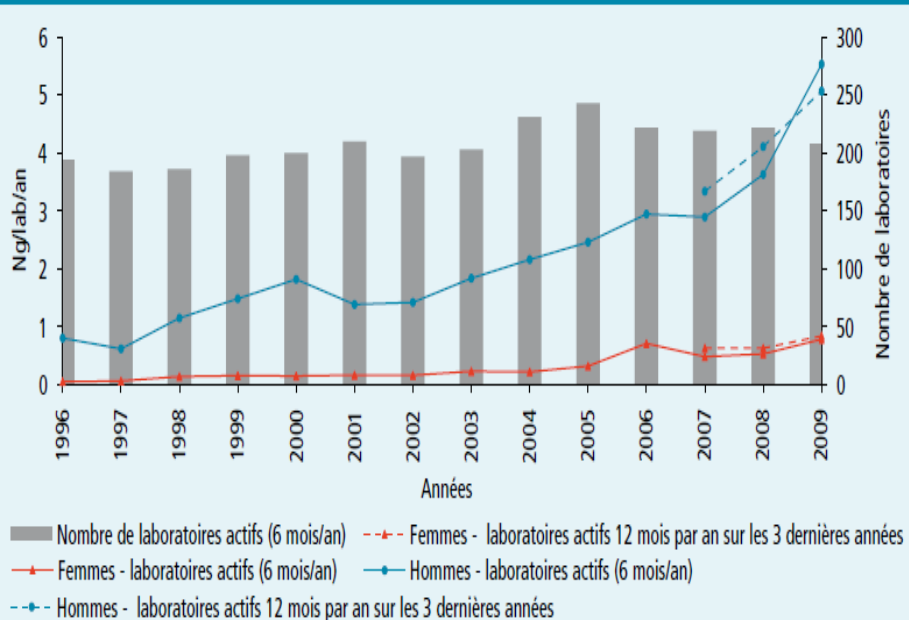


Figure 3 Évolution du nombre de cas d'infection à gonocoques selon l'orientation sexuelle, RésIST, France, 2004-2009 / Figure 3 New trends in number of cases of N. gonorrhoeae infections by sexual orientation, RESIST network, France, 2004-2009

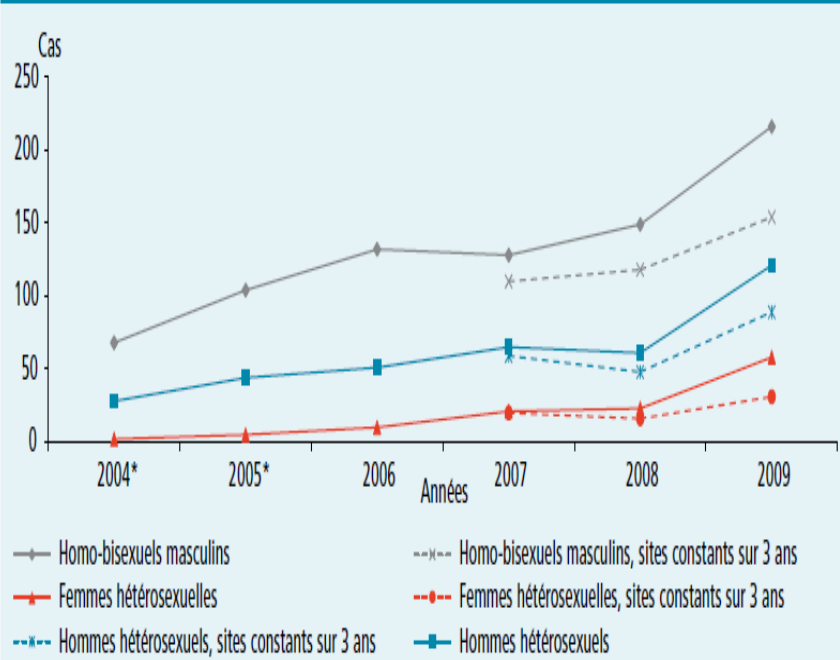


Tableau 1 Caractéristiques des patients avec une infection à gonocoque à partir des données des réseaux Rénago (2001-2009) et RésIST (2004-2009), France / **Table 1** Characteristics of patients with gonorrhoea based on data from the RENAGO (2001-2009) and RESIST networks (2004-2009), France

	Rénago 2001-2009 n=6 381 %		RésIST 2004-2009 n=1 297 %	
	Hommes (87%)	Femmes (13%)	Hommes (91%)	Femmes (9%)
Âge	30 ans [1-83]	24 ans [4-74]	29 ans [15-75]	22 ans [16-62]
Localisation du prélèvement* (culture positive)				
Anal	10	1	12	4
Cervical (+ vaginal)	—	88	—	88
Pharyngé	0	0	11	4
Urétral (+ urines)	87	5	89	17
Autres	2	6	0	0
Symptômes				
Signes cliniques	73	48	91	67
Sans signes cliniques	1	9	8	30
Non renseigné	26	43	1	2
Lieu de consultation				
Privé	63	43	0	1
Public	24	32	3	3
Ciddist / Planning familial	13	25	97	96
Spécialité des médecins prescripteurs				
Médecin généraliste	64	35		
Dermatologue	17	8		
Gynécologue	4	50		
Proctologue	4	1		
Urologue	1	0		
Autres	10	5		

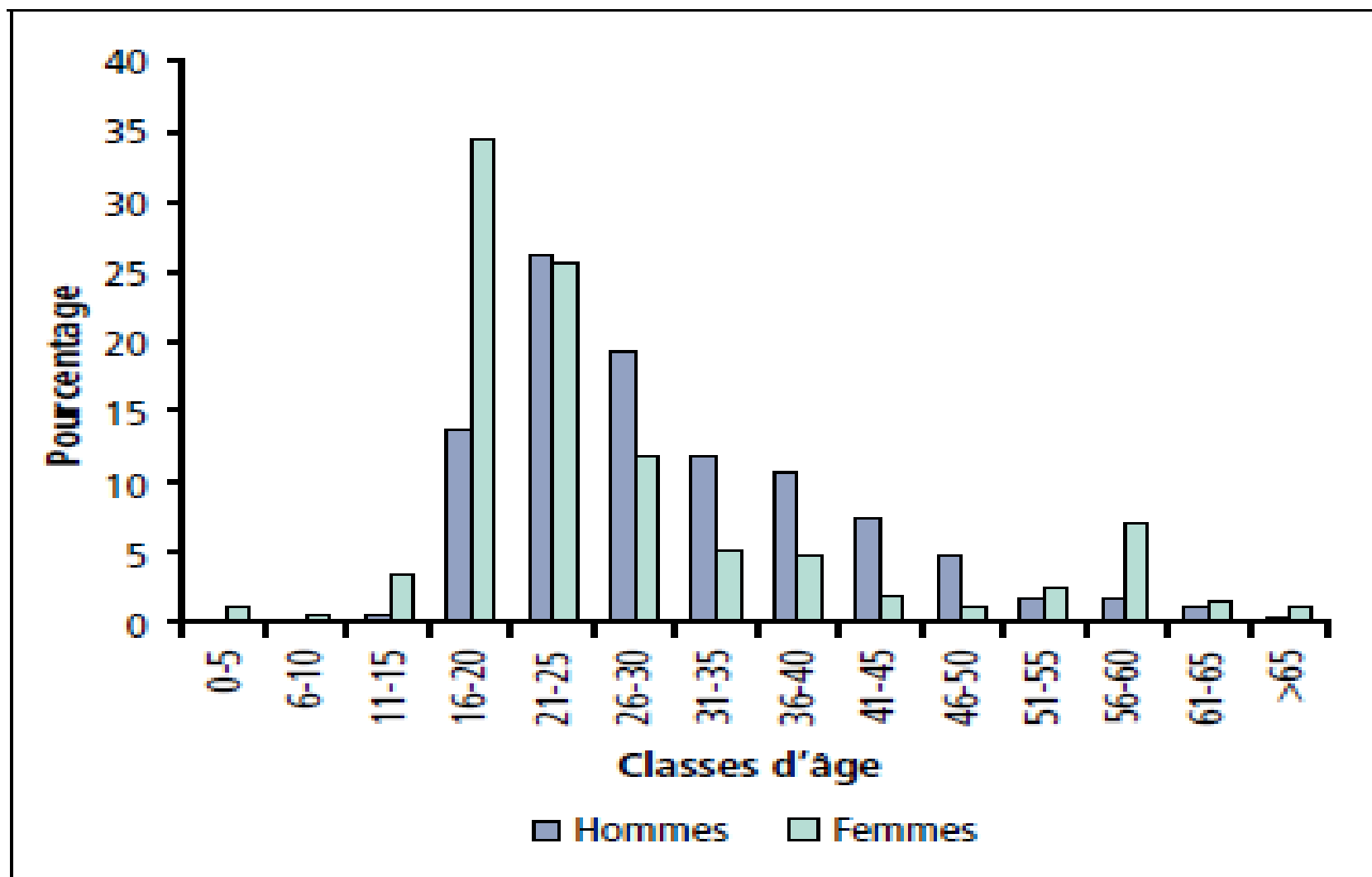
* Total >100% car isolement d'une souche au niveau de plusieurs sites de prélèvements

Tableau 2 Caractéristiques des patients avec une infection à gonocoque, réseau RésIST (2004-2009), France / **Table 2** Characteristics of patients with gonorrhoea infection, RESIST network, 2004-2009, France

	RésIST 2004-2009 n= 1 297 %
Orientation sexuelle	
Homosexuels masculins	51
Bisexuels *	11
Hommes hétérosexuels	28
Femmes hétérosexuelles	9
Statut sérologique VIH	
Négatif	72
Positif connu	12
Découverte de séropositivité	2
Inconnu	14
Utilisation systématique du préservatif (les 12 mois précédents)	
Pour les fellations	1
Pour les pénétrations anales (entre hommes)	41
Pour les pénétrations vaginales (hommes)	24
Pour les pénétrations vaginales (femmes)	5
Traitement de la gonococce	
Ceftriaxone	92
Cefixime	3
Spectinomycine	2
Autres	3

* Dont 1 femme

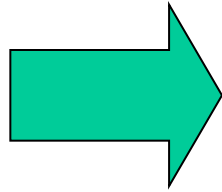
Distribution des infections à gonocoque par classe d'âge selon le sexe, Rénago, 2009



Source : InVS.

diagnostic

- Ecoulement urétral, col
- Gorge, anus



Culture+++ (milieu de transport)

Examen direct



En pratique

- résistance à la ciprofloxacine augmente de 2001 (6,8%) à 2006 (43,2%) puis diminution 35,8% en 2009.
- Pas de résistance à la spectinomycine.
- Augmentation des CMI, plus rapide pour le céfixime que pour la ceftriaxone.
- **Recommandation prélèvement antibiogramme et rocephine 500 mg**
- **Traitement de chlamydia systématique**
- Place de la PCR ?



Consultations de suivi

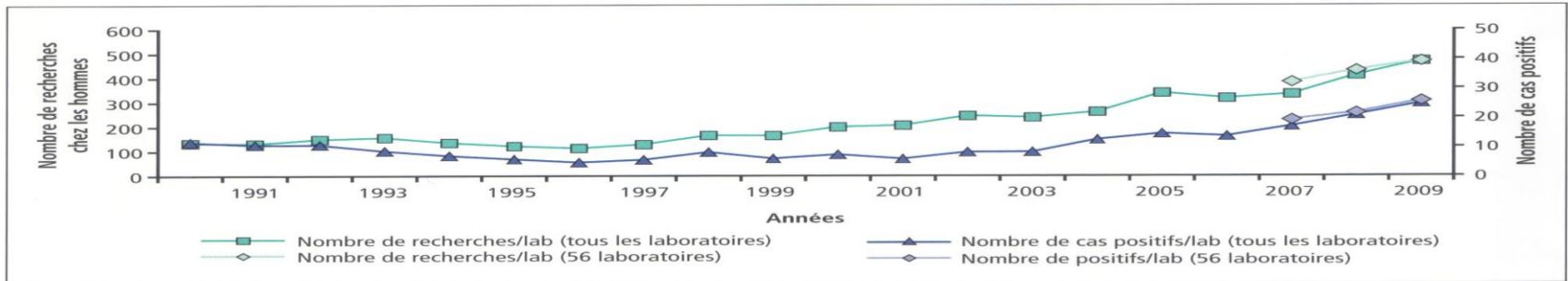
mise au point de l'affsasps 2008

- **à J3, si les symptômes persistent**
- le patient doit être informé qu'il doit impérativement revenir en consultation si les symptômes persistent au 3e jour, pour adapter le traitement aux résultats de
- l'antibiogramme, si nécessaire.

- **à J7, systématiquement, pour**
- vérifier la guérison clinique ;
- effectuer un contrôle microbiologique de guérison, notamment en cas de localisation pharyngée avec un traitement autre que la ceftriaxone ;

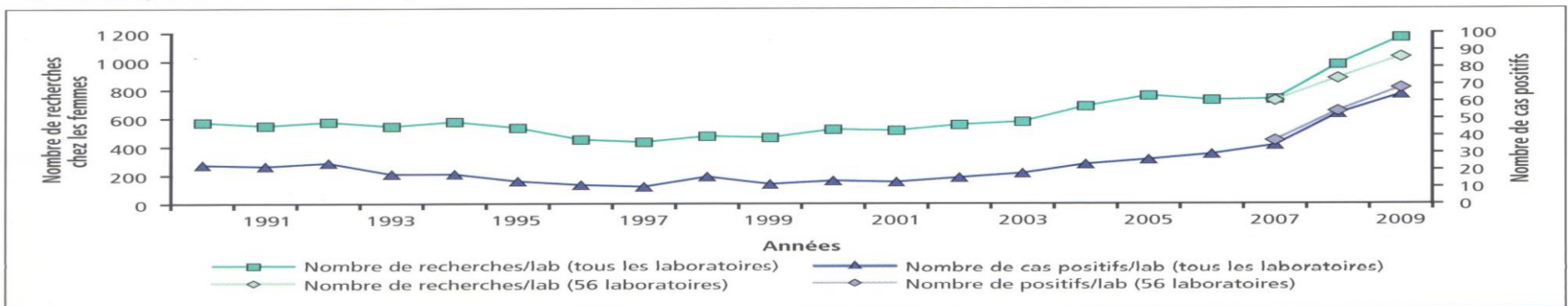
Chlamydia trachomatis

FIGURE 1
Évolution du nombre annuel moyen d'hommes testés et de diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis* par laboratoire, Rénachla, France 1990-2009



Source : InVS.

FIGURE 2
Évolution du nombre annuel moyen de femmes testées et de diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis* par laboratoire, Rénachla, France, 1990-2009



Source : InVS.

Le nombre de diagnostic a progressé en 2009 + 19 % chez l homme et + 25 % chez la femme

Évolution due essentiellement au dépistage des personnes asymptomatiques (recommandation HAS JF <25 ans et hommes < 30 ans)

Figure 1 Répartition par classe d'âge et par sexe des diagnostics d'infection à *C. trachomatis* (Rénachla 2009, France) / Figure 1 Distribution of Ct diagnoses by age and sex (RENACHLA network 2009, France)

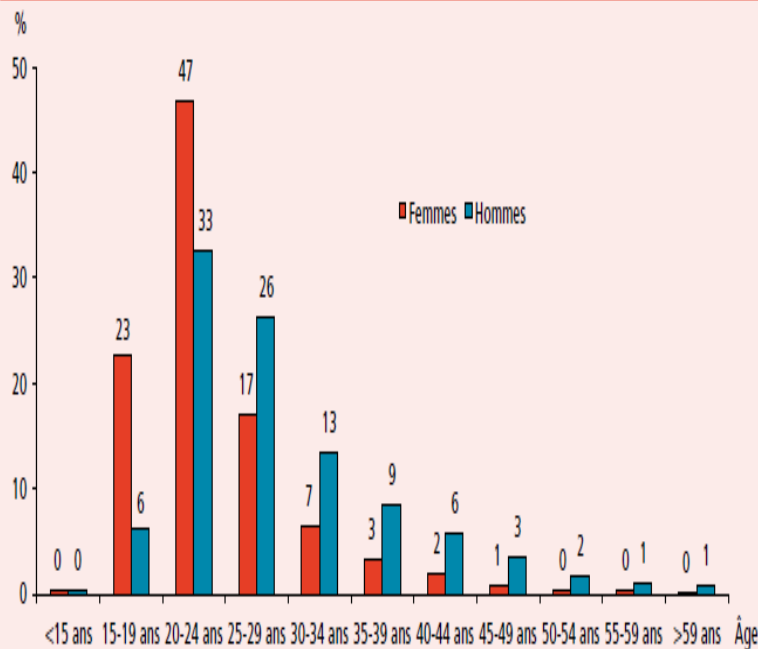
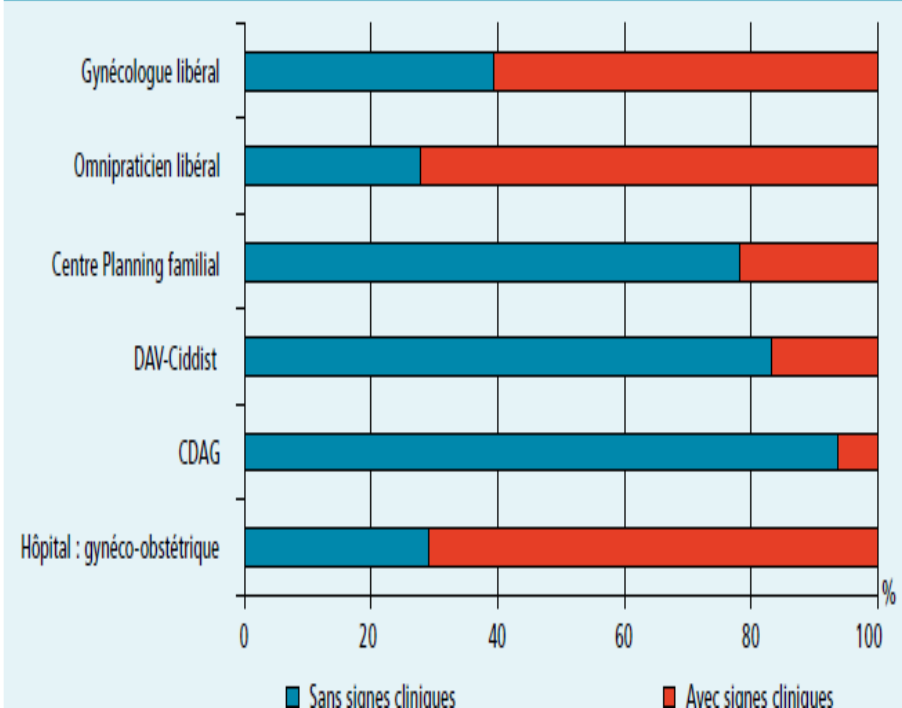


Figure 2 Proportion de cas asymptomatiques chez les personnes avec un diagnostic d'infection à *C. trachomatis* selon le lieu de consultation (Rénachla 2009, France) / Figure 2 Proportion of asymptomatic cases of infection in different settings (RENACHLA network 2009, France)

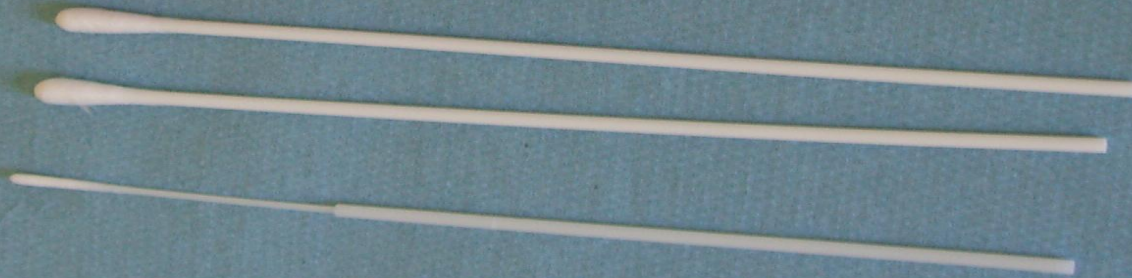
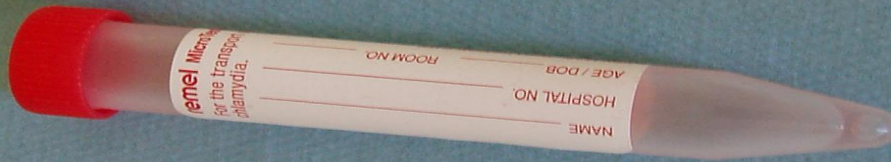
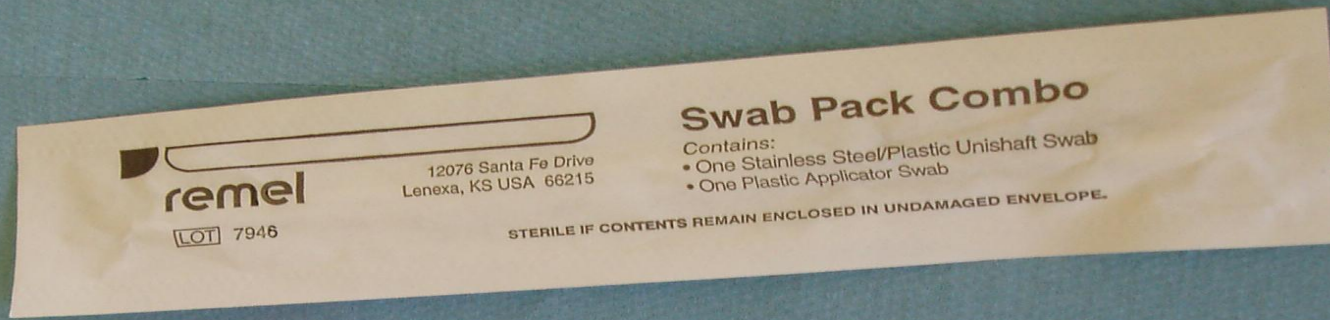


Prélèvements: la sérologie n'a pas d'intérêt
uniquement pour les infections profondes (dosage
des IgA+++)

B100



PCR chlamydia urinaire
1er jet d'urine pot stérile
1ères urines du matin ou ont stagné dans la vessie > 2 h
Pas de toilette



Prélèvement
gorge,
urètre+/-
Anus(auto prelevt)
Vaginal (auto prelevt)+++

Se garde à T°C ambiante avant
prélèvement
Puis au frigo après prélèvement

Auto prelevement vaginal, pour le dépistage de masse pour *Chlamydia trachomatis*

- 1464 patientes (planning, gynéco obstétrique cs ist)
- prélèvements: auto prélèvement

Vaginal (médecin)

- Prelevt vaginal médical Se:97,2% Spe:95,2%
- auto prelv vaginal **Se: 98,3%** Spe:96,5%

Sex transm dis 2005 DEC32(12): 725-8 Schachter J

Pratique, facile a proposer chez les jeunes filles..... bonne sensibilité.....

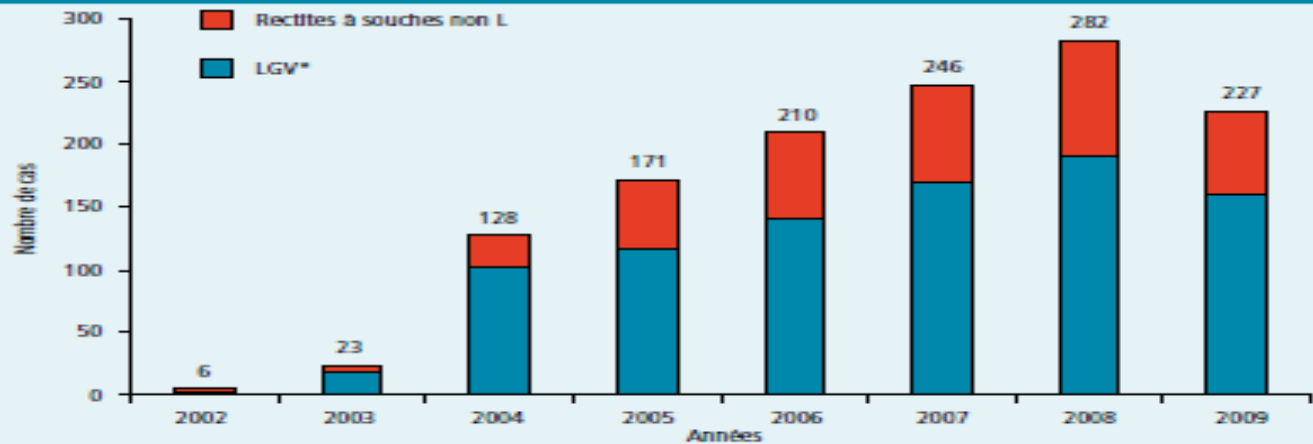
CI: règles , traitement antibiotique

TRAITEMENT

- **Azithromycine: zithromax monodose 1 gramme +++++**
- **Doxy ® 200 mg/j 7j**
- **TTT 14 a 21j dans les formes graves en bithérapie**

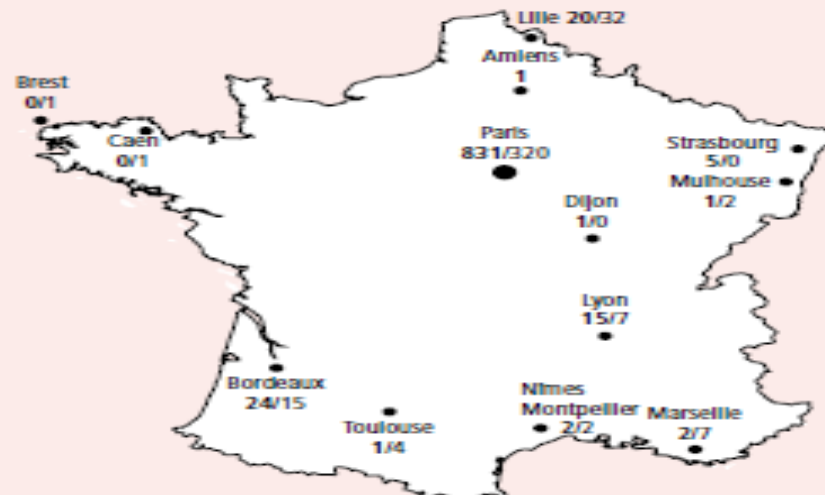
LGV *Chlamydia trachomatis* L1 à L3

Figure 1 Évolution annuelle du nombre de cas de lymphogranulomatoses vénériennes rectales (LGV) et du nombre d'infections rectales à *Chlamydia trachomatis* souche non L en France entre 2002 et 2009 / *Figure 1. Trends in the annual number of LGV and non L Chlamydia trachomatis proctitis, France, 2002-2009*



* Lymphogranulomatose vénérienne

Figure 2 Répartition en France métropolitaine du nombre de cas de LGV (902) et d'infections rectales à *C. trachomatis* souches non L (391) entre 2002 et 2009 selon le lieu d'implantation du laboratoire participant / *Figure 2. French distribution of Chlamydia trachomatis LGV (902) and non LGV cases (391) between 2002 and 2009, based on the location of the participating laboratory*



Clinique

- **Incubation** : 2 à 60 jours
- **primaire** : micro ulcération génitale indolore, transitoire
- **Phase secondaire** :
ADP inflammatoire, inguino crurale évolue vers la fistulisation

OU
ano-rectite aiguë, tenesme, douleurs rectale, écoulement muco-purulent, altération de l'état général.
- **Phase tertiaire** : évolue vers la chronicité, fistule et rétrécissement,



Diagnostic

- Clinique: rectoscopie :

rectite Ulcérée

- Biologique

– Ecouvillonnage ou ponction dans 1 milieu de transport (PCR)

Si positif génotypage au centre de référence (Bordeaux)

- Diagnostic différentiel: Herpes

Crohn, maladie des griffes du chat

traitement

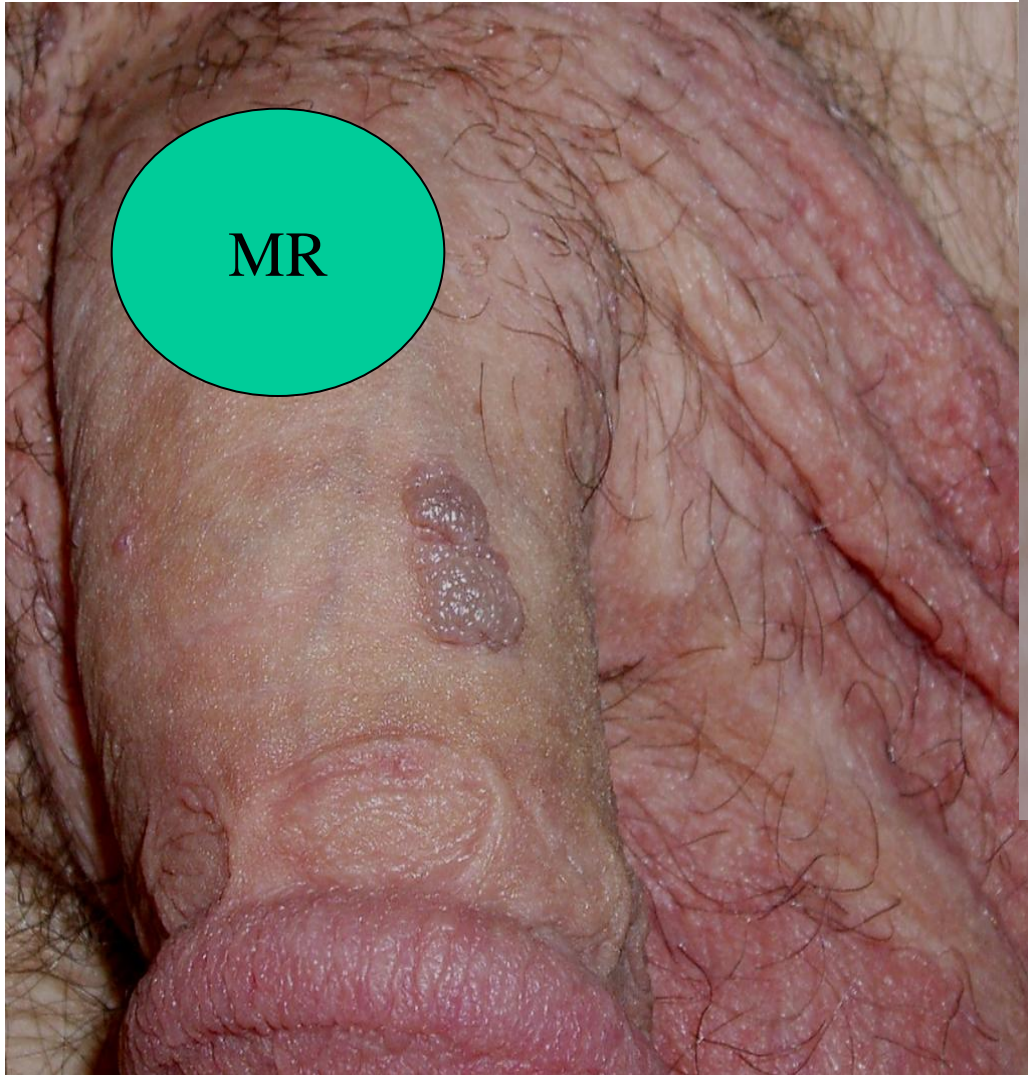
- Doxy 100 mg 2 fois/j pendant 3 semaines
- En cas de CI ou grossesse
- erythromycine 1 gramme x2/jour 21 j
- Azithromycine 1 gramme/ sem pdt 3 sema été proposé (pas dans les recommandations)
- En pratique quand rectite à *Chlamydia trachomatis* ,traiter d'emblée 3 semaines car le génotypage est long à obtenir

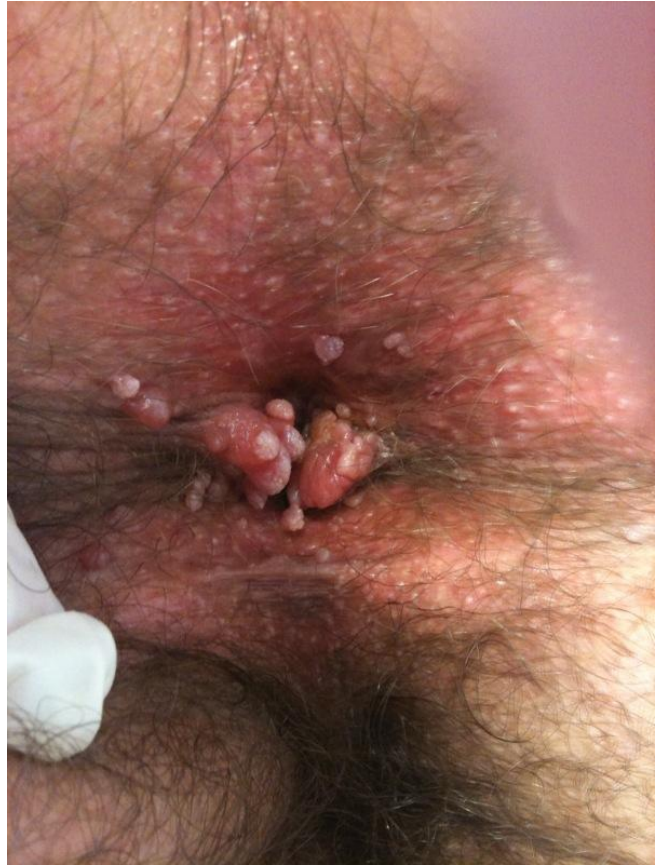
CAT face à une anorectite

- Chlamydia > pcr locale +urines + séro
- Gono > direct +culture , PCR ?
- condylomes
- Herpès > culture ou pcr
- Syphilis > tpha vdrl FTA abs, direct
- VIH > séro , Ag P 24
- (Chancre mou)
- Parasito (giardia) bactério (salm, shig)

HPV Penser aux localisations.....







Questions récurrentes

- Typage : pas d'intérêt pour les lésions externes
- Urétroscopie: pas d'indication si on voit pôle sup des lésions lors de l'examen de l'orifice urétral
- Anuscopie: si lésions péri anales si autres localisations et rapports anaux **y penser chez les femmes**

Cancer du canal anal

Cancer de l'anus

- Carcinome épidermoïde
- Cancer rare : 1,5 % des K digestifs
- Mais son incidence a été X 4 en 30 ans
1,5 → 6 cas/1000 000
- 2 pics d'incidence :
 - Femmes d'âge mûre
 - Jeunes hommes (HIV) +++

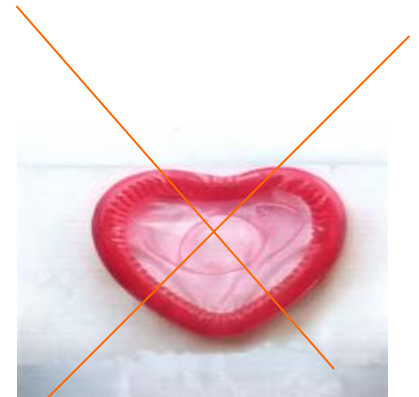
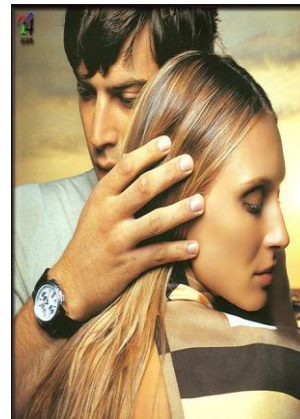
HPV et cancer de l'amygdale

•N Engl j med 356;19 May10, 2007

nb de partenaires
Rapports oro génitaux



Débute tôt la sexualité

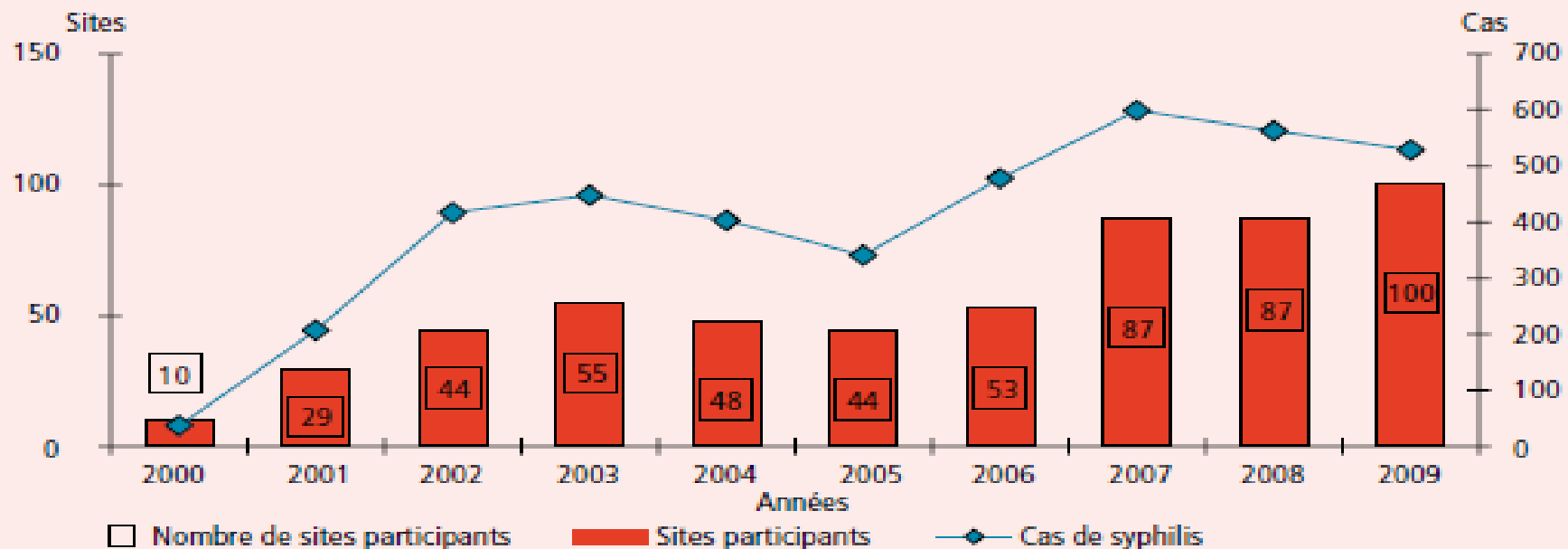


LA SYPHILIS EST DE RETOUR!



Le Tréponème PLe
Cause La SYPHILIS

Figure 1 Nombre de cas de syphilis précoce et de sites participants, par an. Réseau RésIST, France, 2000-2009 / **Figure 1** Number of early syphilis cases and participating settings, per year. RESIST network, France, 2000-2009



2000/2009: 4022 cas de syphilis précoces

Âge médian: HMS 36 ans , HTS 39 ans ,femmes 32ans

Tableau. Caractéristiques des personnes ayant une syphilis précoce, selon la période. Réseau RésIST, France, 2000-2009 / Table. Characteristics of early syphilis patients, per time period. RESIST network, France, 2000-2009.

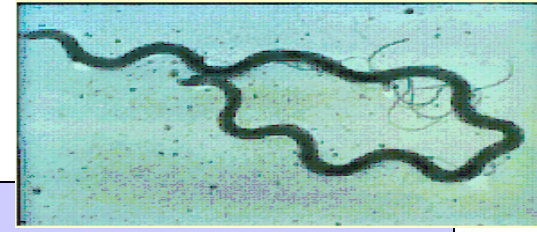
	2000-2002 N=661 (16%) %	2003-2006 N=1 670 (42%) %	2007-2009 N=1 691 (42%) %	Total N=4 022 (100%) %
Région de diagnostic				
Île-de-France	77	54	35	50
Autres régions métropolitaines	23	45	58	47
Départements d'outre-mer (DOM)	–	1	7	3
Stade de la syphilis				
Primaire, secondaire	70	65	62	65
Latente précoce	30	35	38	35
Orientation sexuelle *				
Homosexuels masculins	76	74	70	73
Hommes bisexuels	7	9	12	10
Hommes hétérosexuels	13	12	13	12
Femmes hétérosexuelles	4	5	6	5
Statut sérologique VIH **				
Négatif	47	58	59	57
Positif connu	46	37	37	38
Découverte de sérologie positive	7	5	4	5
Utilisation systématique du préservatif (12 derniers mois)				
Pénétration anale (entre hommes)	48	49	46	48
Pénétration vaginale (hommes)	23	25	32	28
Pénétration vaginale (femmes)	7	9	11	10
Fellation	3	2	2	2
Nombre médian de partenaires (12 derniers mois)				
Homosexuels masculins	10	10	7	10
Hommes bisexuels	8,5	7	6	6,5
Hommes hétérosexuels	2	2	2	2
Femmes hétérosexuelles	1	1	1	1
Femmes bisexuelles	–	–	7	7

* La proportion de femmes bisexuelles ne figure pas dans ce tableau, celle-ci étant inférieure à 1%.

** La proportion de cas pour lesquels le statut sérologique VIH n'est pas documenté était de 6% pour l'ensemble, et successivement de 4%, 7% et 7% par période.

Treponema pallidum

spirochète



- **Transmission**

- vénérienne par contact direct du chancre , des lésions muqueuses +++ ou cutanées excoriées (rares)
- transplacentaire: dès le 2ème trimestre de grossesse, dangereux après 11 SA (enquête observationnelle transversale retrospective entre 2005 et 2007 a trouvé 8 cas probables et 8 confirmés ,la précarité facteur favorisant ,renouveler sérologie a S 28 si fdr)
- sanguine

Incubation: 3 sem (10 à 90 j)

Chancre: phase primaire

Vascularite septique in situ = phénomène d'Artus

- **constant** (sauf sanguine et transplacentaire, ATB)
- Exulcération (érosion) souvent unique circonscrite
- Superficiel, fond propre
- Sur le versant muqueux
- ADP satellite unique non inflammatoire
- Induration périphérique
- Non douloureux
- Cicatrise en 3 à 5 semaines spontanément
- Peut toucher la peau



chancre



Ulcération: IST ?

- Herpès ? culture ou PCR
- Syphilis? Tpha, Vdrl, Fta abs + direct
- VIH? Sérologie VIH, +/- Ag P 24
- Gale?

*Chancres mou ? Donovanose? LGV ?... >
contexte tropical*

➤ Extencilline au moindre doute

Syphilis secondaire (Inconstante)

dissémination sépticémique des tréponèmes

Roséole 1ère floraison: banale

- Macules non prurigineuses avec intervalles de peau saine
- Bords réguliers rose pale
- Apparaît 6 à 10 sem après le contage
- Disparaît en qq h à qq semaines

Diagnostic différentiel

Virose, PRG





Syphilis secondaire Inconstante

- **2ème floraison:** syphilides (2ème au 6ème mois)
- Papules squameuses, cuivrées rarement prurigineuses, colerettes de Biètt+++
- Atteinte palmo plantaire, évocatrice+++
- Les lésions cutanées contagieuses si ulcérées
- Perte cils sourcils, cheveux en clairière
- Atteintes muqueuses: plaques fauchées, fausses perlèches, condyloma lata contagieux++







Autres atteintes

- **Ophthalmo:** uvéite ,iridocyclite ,choriorétinite
- **Neurologique:** méningite,atteinte des nerfs crâniens,HTIC
- ORL
- Autres:fièvre AEG,polyarthralgies céphalées HSMG, hépatite cytolytique ou cholestatique,

Syphilis tertiaire

10% évoluent vers la syphilis tertiaire
2 à 30ans après l'infection initiale

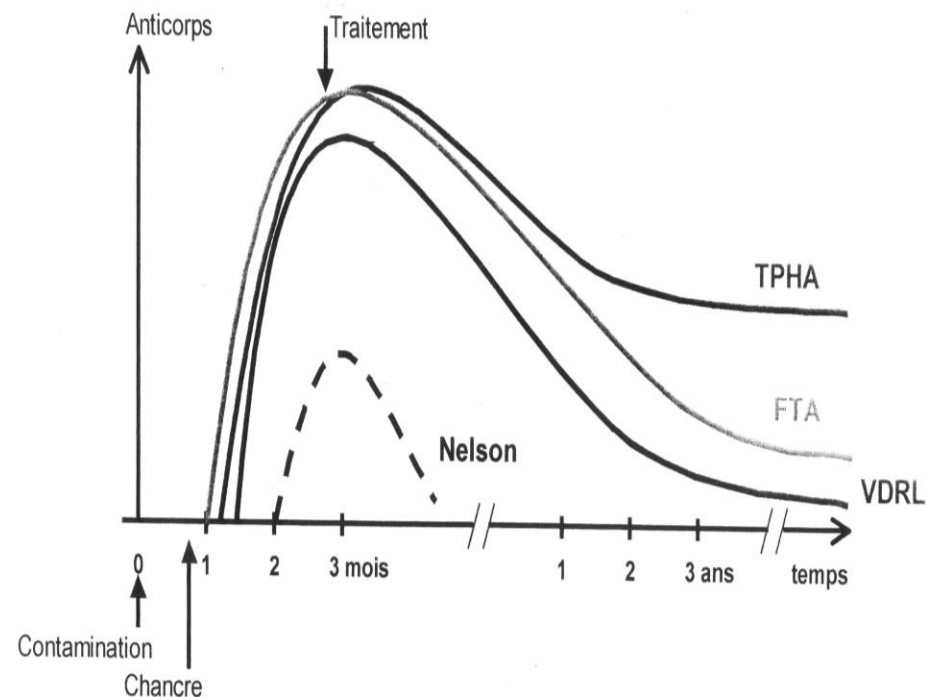
- Cutanées: gommés
- Osseuses: ostéochondrite
effondrement du palais
- Cardio: insuff
aortique, aortite coronarite
- Neuro: AVC, myélite, démence, syndr pyramidal, tabès
- Ophtalmo: Argyll
Robertson, abolition du
réflexe photo moteur



diagnostic

- Microscope à fond noir:gratter le fond de la lésion (pas d'intérêt au niveau buccal autres spirochètes)
- Hybridation in situ
- Western blott
- FTA IgM absorbé vers le 5ème j (uniquement en cas de chancre précoce)
- **TPHA** test tréponémique
- **VDRL,quantifié+++** test non tréponémique

CINETIQUE DES ANTICORPS AU COURS DE LA SYPHILIS



PL pour qui?

- Face à toute atteinte neurologique
- Atteinte ophtalmo
- echec

Classification, déclaration++

- **Syphilis précoce :**
- Syphilis primaire
- Syphilis secondaire,
- pas de signe clinique et séro négative de moins d'1 an
- **Syphilis tardive:**
- >1 an,
- indéterminée
- tertiaire

Traitement

Syphilis précoce

< 1 an



Extencilline

+1 cc de xylo non
adréalinée

2,4 MUI IM en 1 injection

Syphilis tardive

> 1 an



Extencilline

1 cc de xylo non
adréalinée.....

2,4 M/sem pdt 3 semaines

Neurosyphilis



Pénicilline G

.....

18-24 MUI/j IV pdt14 j

Lors de la 1ère injection risque de réaction d'herxheimer
Propose 1 gramme de doliprane ,injection de l'extencilline et
surveillance 30 mn

Avoir un materiel d'urgence à proximité

Si allergie à la péni: doxy 100MGx 2/ j pdt 14j pour les précoces , 28 j pour les tardives
Femme enceinte désensibiliser paracétamol cf prednisone 0.5 mg/kg la veille et 3 j

Suivi après traitement

- contrôle sérologique avec quantification du VDRL
- Doit diminuer d'un facteur 4 soit 2 dilutions à 3 à 6 mois ,dans le même labo
- Suivi jusqu'à 2 ans ,voir négativation du VDRL(1, 3, 6,12, 24 mois)

partenaire

- **Contact < 6 sem** : séro + 1 inj d'extencilline

- **Contact > 6 sem**: contrôle séro

Si + : TTT

Si neg contrôler à M 3



Hépatites

- Hépatite B.....vacciner
- Hépatite A ...recommandation vaccinale chez les HMS masculins
- Hépatite C.....épidémie d'hépatites C au sein de la population HMS masculine

AES/AEV

voir procédures COREVIH 5962

Risques de transmission du VIH selon le statut du patient source porteur du virus VIH

Type d'Exposition	Risque de transmission VIH
Piqures-coupures (soignant)	0,18-0,45 %
Partage de seringue (toxicomanie)	0,67%
Projections	0,04%
Morsure : (2 cas documentés)	non quantifié
Rapport anal réceptif non protégé	0,3-3 %
Rapport anal insertif non protégé	0,05-0,18 %
rapport vaginal réceptif non protégé	0,05 à 0,15 %
Rapport vaginal	0,03 à 0,09 %
Fellation	0,04 %

Risques de transmission des hépatites B et C

Type d'Exposition	Risque de transmission du virus	
	VHC	VHB
Piqures-coupures (soignant) :	1,5-3 %	2-30 %
Sexuelle	Variable selon le type de rapport, le saignement ou pas et l'association d'une autre infection sexuellement transmise.	

VIH : critères de traitement -1 Yeni 2010

1- Accidents exposant au sang (AES)		
Risque et nature de l'exposition	Statut du Patient source	
	VIH positif	inconnu
Important : - piqûre profonde, aiguille creuse, dispositif intravasculaire (IV , IA)	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée
Intermédiaire : - coupure avec bistouri - piqûre avec aiguille IM ou SC - piqûre avec aiguille pleine -exposition cutané-muqueuse avec temps de contact > 15 min --morsures profondes avec saignement	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée
Minime : -autres cas: piqûres avec seringues abandonnées , crachats , morsures, griffures légères ...	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée

VIH : critères de traitement -2 Yeni 2010

2- Expositions chez les usagers de drogues		
Risque et nature de l'exposition	Statut du Patient source	
	VIH positif	inconnu
Important : - partage de l'aiguille, de la seringue et/ou de la préparation	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée
Intermédiaire : - partage du récipient, de la cuillère, du filtre ou de l'eau de rinçage	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée

VIH :critères de traitement -3 Yeni 2010

3- Expositions sexuelles		
Risque et nature de l'exposition	Statut du Patient source	
	VIH positif	inconnu
Rapports anaux	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée si a- rapport HSH et quelque soit le résultat du TDR b- Situation reconnue à risque 1
Rapports vaginaux	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si source + ou situation reconnue à risque 1
Fellation	Prophylaxie recommandée	

1 UDIV , HMS ou BISEX. Statut source inconnu et appartenance à un groupe de prévalence > 1%
ou Situation à risque = : Rap. Non P , Rupture préservatifs , prise de substances psychoactives, partenaires sexuels multiples

Cas particulier de l'enfant

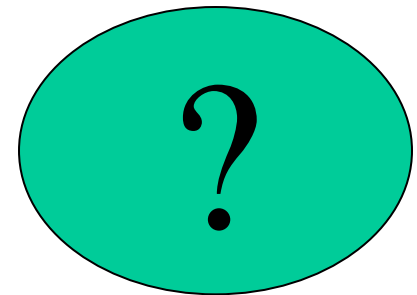
>> En cas de blessure accidentelle avec une seringue trouvée dans les lieux publics le risque ne peut être considéré comme totalement nul bien qu'aucun cas n'ait été notifié. Toutefois l'abstention thérapeutique peut être proposée en l'absence d'effraction cutanée, en cas d'érosion épidermique simple sans saignement, d'effraction sous-cutanée avec aiguille pleine ou lame de rasoir. Dans les autres cas le suivi du traitement et la procédure diagnostique sont identiques à celle proposée aux adultes.

Cas cliniques

MR A

- 40 ans
- Marié, 3 enfants
- Adressé pour sérologie syphilis positive et adp inguinale depuis 2 sem
- Femme :TPHA 1/160 VDRL1/4

- TPHA
1/512, VDRL 1/128
- Apyrétique ras a
l'examen clinique
sauf.....





- Evolution M3: TPHA 1/128, VDRL 1/32
- M6 :TPHA 1/1/32 VDRL 1/4
- M9: 1/16 contrôle dans le service VDRL 1

MR B

- 30 ans
- VIH positif traité par arv ,cv indetectable
- ATCD:syphilis il y a 2 ans dernière sérologie TPHA: 1/16 VDRL: 1
- Gonocoque il y a 1 an
- Vient faire son bilan de contrôle VIH
- Asthénie qu il met sur l compte des travaux

Fait des travaux, utilise des produits toxiques



- TG0:100, TGP 250
- Cv indetectable ,CD4 650
- Serologie VHC negative
- Hepatite b vacciné efficace

- TPHA 1/1024, VDRL 1/64
- PCR VHCpositive