

## Santé sexuelle : gonocoque et chlamydiae à placer en ligne de mire !

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé a publié l'agenda 2017-2030 développant sa stratégie nationale de santé sexuelle<sup>1</sup>. Un de ses objectifs est d'éliminer les épidémies d'IST à l'horizon 2030. Cette approche globale de santé sexuelle préconise d'amplifier le dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* (CT) chez les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans, les hommes âgés de moins de 30 ans et les multipartenaires. Il propose aussi de renforcer l'offre de dépistage des IST, dont *Neisseria gonorrhoeae* (NG) et CT chez les futurs parents à l'occasion d'un désir de grossesse ou d'une grossesse en cours. Pour ce faire, le plan propose de conforter la place des professionnels de premier recours et notamment celle des médecins généralistes et des laboratoires de biologie médicale<sup>1</sup>. Le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN par PCR) duplex CT/NG est le "gold standard"<sup>2</sup> qui permet la recherche simultanée de ces deux infections sur les différents sites de prélèvement : vaginal (même en auto-prélèvement), anal, oropharyngé ou urines.

### Symptomatologie

- Chez l'homme : la symptomatologie de l'infection à NG est le plus souvent bruyante, sous forme d'urétrite aiguë (patients asymptomatiques dans moins de 1% des cas)<sup>10</sup>, contrairement aux urétrites à CT qui sont le plus souvent asymptomatiques (une gêne urétraire voire un écoulement clair, modéré et intermittent ne sont retrouvés que dans 50% des cas)<sup>3</sup>.
- Chez la femme, selon l'OMS, l'infection à NG est asymptomatique dans plus de 50% des cas et de ce fait passe le plus souvent inaperçue<sup>10</sup>. La cervicite est la manifestation la plus fréquente des infections génitales basses à CT et totalement asymptomatique dans 50 à 90% des cas<sup>3</sup>.
- Chez les deux sexes : le portage de l'un ou l'autre germe dans la région anorectale et oropharyngée est le plus souvent asymptomatique<sup>3</sup>.

### Populations exposées

**Gonococcies** : entre 2013 et 2015, le nombre d'infections à NG a augmenté d'environ 100% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), de 32% chez les femmes hétérosexuelles et de 8% chez les hommes hétérosexuels<sup>4</sup>.

**Chlamydioses** : en 2015, la majorité des patients diagnostiqués pour une infection à CT étaient des femmes (64%). Les classes d'âge les plus concernées étaient les 15-24 ans chez les femmes (65%) et les 20-29 ans chez les hommes (61%)<sup>4</sup>. Le nombre de lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) rectales a augmenté de 47% et celui des infections vénériennes rectales à CT (sérovar non L) de 92% entre 2013 et 2015. L'épidémie touche quasi exclusivement les HSH, qui représentaient 98% des cas de LGV et d'infections rectales non L en 2015<sup>4</sup>.

### Co-infections : les chiffres en 2014<sup>2</sup>

- les co-infections à NG et VIH représentaient 8% des cas.
- les co-infections à CT et NG représentaient entre 2 et 24% des cas.



### Le diagnostic biologique est moléculaire

Les tests de biologie moléculaire avec amplification génique constituent le "gold standard"<sup>2</sup>. Le TAAN duplex NG/CT par PCR recherche les deux infections en même temps. La méthode est reproductible, rapide et adaptée aux différentes localisations des prélèvements : urines, vaginal, urétral, sperme, liquide de ponction, sécrétions broncho-pharyngées, péritoine, conjonctive...

Mais pour NG, la culture bactérienne chez un individu symptomatique reste incontournable, car elle permet de tester la sensibilité des souches aux antibiotiques (détection de la résistance), le sérotypage et le génotypage des souches, indispensables au suivi épidémiologique<sup>5</sup>.

### Quels examens demander ?

- En l'absence de symptôme, lors d'un dépistage : prescrire la recherche de gonocoque-chlamydia par PCR.
- En présence de symptômes : systématiquement, en plus de la PCR, prescrire une recherche de NG par culture, avec antibiogramme.

## Le traitement par antibiothérapie

### - Infections à chlamydiae :

- **Azithromycine**, 1g en monodose, par voie orale ou doxycycline, 200 mg/jour en deux prises, par voie orale durant 7 jours<sup>3</sup>.
- En cas d'échec, **érythromycine**, 1g/jour, en deux prises orales pendant 7 jours ou **ofloxacin**, 400 mg/jour, en deux prises orales pendant 7 jours<sup>6</sup>.

### Cas particuliers<sup>3</sup> :

- Femmes enceintes : la doxycycline et l'ofloxacin sont contre-indiquées mais l'**azithromycine** est efficace et sûre.
- Sujets VIH + : même modalités que pour un sujet VIH -.
- Ophtalmie néo-natale à **CT** ou pneumopathie à **CT** du nouveau-né : le traitement repose sur l'**érythromycine** à la dose de 50 mg/kg/jour en 4 doses journalières durant une période de 14 jours. Le taux de succès est de 80%. Les mères, et les partenaires sexuels des mères, dont les enfants sont atteints d'ophtalmie à **CT**, seront examinés, testés et traités si besoin.

### - Infections à gonocoques :

- Réaliser un prélèvement bactériologique avec antibiogramme est indispensable afin de documenter microbiologiquement toute suspicion d'urétrite ou de cervicite<sup>5</sup>.
- Instaurer un traitement antibiotique probabiliste anti-gonococcique aussitôt après le prélèvement<sup>6</sup> : **ceftriaxone** 500 mg, en une injection IM unique.
- Chez les sujets allergiques aux bêta-lactamines, les alternatives sont bien moins efficaces : **azithromycine forte** dose, 2g par voie orale, avec des intolérances et résistances, **gentamicine**, en une injection IM unique de 240 mg, mais avec une diffusion pharyngée moyenne ou **ciprofloxacine**, dose unique de 500 mg par voie orale, mais avec des résistances de 50%<sup>6</sup>.
- Associer systématiquement un traitement anti-chlamydia<sup>5</sup>.
- Informer le patient qu'il doit impérativement revenir en consultation si les symptômes persistent au troisième jour afin d'adapter si nécessaire son traitement aux résultats de l'antibiogramme<sup>5</sup>.

## La notification et le traitement des partenaires sont des éléments essentiels à la prise en charge thérapeutique des infections CT et NG<sup>5</sup>

- Prendre en charge le (les) partenaire(s) des 2 mois précédents les premiers symptômes. Les partenaires devront être retestés à distance.

## Suivi clinique et biologique<sup>5</sup>

- À J7 systématiquement, contrôle de l'éradication. Pour **NG**, si les signes cliniques sont encore présents, effectuer un contrôle par culture bactérienne.
- À J21 pour **NG** et **CT**, si les symptômes persistent (et si la culture pour **NG** à J7 est négative) : effectuer un contrôle par PCR.
- En cas d'échec thérapeutique, évoquer la possibilité d'une infection par *Mycoplasma genitalium* ou à un autre agent infectieux (par exemple : *Trichomonas vaginalis*).

## Mise en place d'autres mesures<sup>5</sup>

- Mettre en place d'autres mesures de dépistage : réalisation des sérologies VIH, hépatite B, hépatite C et syphilis.
- Mettre en place des mesures de prévention : vaccination contre l'hépatite B, conseiller l'utilisation de préservatifs pendant 7 jours après un traitement en dose unique ou jusqu'à la fin du traitement en plusieurs prises et jusqu'à disparition des symptômes.

### Bibliographie

- 1- Stratégie nationale de santé sexuelle, agenda 2017-2030. Ministère des Affaires sociales et de la Santé.
- 2- Stratégie de dépistage des infections à Chlamydiae trachomatis Feuille de route HAS 21/07/2016
- 3- Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles Société Française de Dermatologie Février 2016.
- 4- Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes, 29 nov 2016, BEH 41-42.
- 5- Urétrites et cervicites non compliquées : stratégie diagnostique et thérapeutique de prise en charge, HAS Oct 2015.
- 6- IST : recommandations 2016 de la SFD - Info-antibio N°65 Mars 2016.
- 7- Schachter J, Chernesky MA, Willis DE, et al. Vaginal swabs are the specimens of choice when screening for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae: Results from a multicenter evaluation of the APTIMA assays for both infections. Sex. Transm. Dis. 2005; 32:725-728.
- 8- Chernesky MA, Hook EW, Martin DH, et al. Women find it easy and prefer to collect their own vaginal swabs to diagnose Chlamydia trachomatis or Neisseria gonorrhoeae infections. Sex. Transm. Dis. 2005; 32:729-733.
- 9- Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) décembre 2011.
- 10- Dépistage et prise en charge de l'infection à Neisseria gonorrhoeae : état des lieux et propositions, HAS déc 2010.

# le point transmission NG/CT

- > Les infections à **NG** et **CT** sont transmissibles par contact direct, essentiellement lors de rapports sexuels avec une personne infectée, symptomatique ou non. Elles touchent particulièrement les muqueuses de l'urètre, le col utérin, le vagin, la région anorectale, l'oropharynx, et parfois les conjonctives reflétant le manuportage chez l'adulte ou la transmission au nouveau-né par une mère contaminée.
- > L'infection à **NG** favorise la transmission du **VIH**, mais aussi sa réception, surtout dans la population des **HSH**.
- > Les données françaises mettent en évidence une progression des comportements à risque et des modes de contamination : utilisation inconsistante du préservatif lors des rapports pénétrants ou lors de fellation non protégée, partenaires multiples, partenaire sexuel d'une personne infectée, etc.
- > La fellation est un mode très fréquent de contamination alors que l'utilisation systématique du préservatif lors de cette pratique est toujours très rare (<2%)<sup>9</sup>.

## PCR : quel prélèvement réaliser ?

	Contexte symptomatique	Contexte asymptomatique
♀	écouvillonnage de l'endocol, de l'urètre, prélèvement vulvovaginal, prélèvements per-coelioscopie (liquide péritonéal, liquide de Douglas, biopsie de tissus)	auto-prélèvement vulvo vaginal ou 1er jet d'urine
Chez la femme, dans le cadre d'une infection génitale vue en consultation gynécologique, le meilleur prélèvement est celui du col (en association avec celui de l'urètre ou le vagin pour augmenter les chances de diagnostic). Chez la femme asymptomatique, l'auto-prélèvement vaginal est non seulement très favorablement accepté aussi bien en médecine préventive qu'en CPEF (centre de planification et d'éducation familiale) mais encore il détecte mieux l'infection à CT que le premier jet d'urine <sup>7-8</sup> .		
♂	écouvillonnage de l'urètre, 1er jet d'urine, sperme	1er jet d'urine
♂ ♀	ulcération génitale, anus (biopsie rectale), gorge, conjonctive, liquide articulaire	prélèvement pharyngé ou anal selon les pratiques sexuelles
En cas de suspicion de rapport anal et/ou pharyngé, il est important d'explorer ces deux sites par un écouvillonnage. Si le patient est asymptomatique, le prélèvement anal peut être réalisé par lui-même ou au cours d'une anoscopie.		
chez le nouveau né	écouvillonnage de la conjonctive, de la gorge, sécrétions bronchiques	



## Remboursement des analyses

- La recherche par PCR de **CT** est prise en charge par l'assurance maladie, limité à un seul site de prélèvement, mais celle de **NG** ne l'est pas encore. Le montant à régler par le patient est peu onéreux.
- Pour les patients symptomatiques, la culture bactérienne de **NG** et l'éventuel antibiogramme sont remboursés.