

AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

En dehors des infections par le VIH ou le VHB, la prévention et le dépistage des autres infections sexuellement transmissibles (IST) sont également recommandés chez les migrants, souvent en situation de grande vulnérabilité sociale. Le dépistage et le traitement des IST peuvent être effectués gratuitement dans les Ciddist (centres d'information, de dépistage, de diagnostic des IST, *guide 2008*). Devant la découverte d'une IST, il est recommandé de dépister et/ou de traiter la(le) partenaire actuel(le) ou récent(e), de proposer le dépistage d'autres IST s'il y a lieu et de promouvoir l'utilisation du préservatif masculin et/ou féminin.



Voir aussi VIH, p. 420, et Hépatite B, p. 451

Dépistage du VIH et des IST, Repères pour votre pratique, Inpes

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/829.pdf

- **La chlamydie (*Chlamydia trachomatis*, CT) est l'infection la plus fréquente chez les jeunes**, particulièrement chez les femmes, avec risque de stérilité tubaire (1^{re} cause de stérilité tubaire en Europe) et de grossesse extra utérine. Les symptômes sont rares et peu spécifiques (écoulement clair, érythème/rougeur, brûlures, douleurs pelviennes), ils surviennent 1 à 3 semaines après la contamination. Le diagnostic se fait par PCR sur test urinaire, prélèvement urétral ou vaginal. La sérologie est inutile dans la plupart des cas. Il est recommandé de proposer un dépistage systématique aux femmes jusqu'à 25 ans et aux hommes jusqu'à 30 ans. Plusieurs traitements sont possibles dont l'azithromycine (1 g par voie orale en dose unique) ou la doxycycline (100 mg x 2/j. pendant 7 jours). L'abstinence sexuelle ou des rapports protégés par les préservatifs féminins ou masculins sont recommandés jusqu'à 7 jours après la fin du traitement.

- **Les infections à papillomavirus humain (PVH) favorisent des cancers** du col de l'utérus et de l'anus. Les condylomes externes (petites tumeurs bénignes associées à des PVH à faible



La fusion CIDDIST CDAG prévue dans la nouvelle loi de santé publique 2015 débouche sur un « centre d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit ». Ce centre assure la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés, également la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles et la prévention des autres risques liés à la sexualité, notamment par la prescription d'une contraception. Le centre assure une prise en charge anonyme ou non selon le choix exprimé par l'utilisateur au moment de son accueil. En cas de nécessité thérapeutique ou à la demande de l'utilisateur, le médecin peut, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la Santé, procéder à la levée de l'anonymat initialement choisi par l'utilisateur, sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de ce dernier.

pouvoir cancérogène sur les organes génitaux) apparaissent 1 à 8 semaines après la contamination et signent le diagnostic. L'existence de condylomes justifie un bilan d'extension (frottis cervical ou cervico vaginal; anoscopie) et un bilan des IST associées (PCR CT, sérologie de la syphilis, de l'hépatite B et du VIH). Traitement local par cryothérapie (azote liquide) ou application de podophyllotoxine 2/j. x 3 jours consécutifs/semaine pendant un maximum de 5 semaines (WARTEC® flacon 3 ml, 16€, R 65 %). La vaccination est recommandée pour toutes les jeunes filles âgées de 14 ans. Une mesure de rattrapage est prévue pour les jeunes femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou au plus tard dans l'année suivant le début de leur vie sexuelle.

• **Gonococcies.** Le principal tableau est l'urétrite gonococcique ou blennorragie. Elle comporte des risques de stérilité, surtout chez les femmes en cas d'absence de traitement. Les signes sont peu fréquents chez les femmes mais très fréquents chez les hommes (brûlures mictionnelles et/ou écoulement jaune par la verge, douleurs au bas ventre, fièvre), lesquels apparaissent 2 à 7 jours après la contamination. Le diagnostic se fait par identification de *Neisseria gonorrhoeae* sur prélèvement urétral ou vaginal. La culture avec antibiogramme est indispensable car de nombreux gonocoques sont multirésistants. Le traitement de choix est la ceftriaxone en injection intramusculaire de 500 mg. Le cefixime (400 mg per os en dose unique) est une alternative possible. Un contrôle bactériologique est nécessaire à J7 en cas de persistance des symptômes. Compte tenu du risque de co infection par *Chlamydia trachomatis* (CT), il est recommandé de traiter systématiquement de façon présomptive CT chez les patients ayant une urétrite gonococcique. Le nombre de gonococcies est en augmentation chez les hommes et les femmes. L'abstinence sexuelle ou des rapports protégés par les préservatifs féminins ou masculins sont recommandés jusqu'à 7 jours après la fin du traitement.

• **Herpès génital.** Les signes (douleur, irritation et éruption vésiculeuse sur les organes génitaux) apparaissent 1 semaine ou plus après la contamination. Diagnostic clinique. Traitement par aciclovir 200 mg x 5/j. x 7 à 10 jours; ou valaciclovir 500 mg x 2/j. per os 10 jours.

• **Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ou maladie de Nicolas et Favre.** Entre 2 et 60 jours après la contamination par *Chlamydia trachomatis* (sérotypes L1 à L3), elle évolue spontanément en phase primaire (micro ulcération génitale



ou anale), secondaire (adénopathie inguino crurale ou anorectite aiguë) et tertiaire (fistules, rétrécissements...). Traitement par doxycycline (200 mg) pendant 21 jours. En raison des difficultés de cultures de *C. trachomatis*, la PCR est la méthode de référence qui permet le génotypage.

• **Syphilis.** Elle est due au tréponème (*Treponema pallidum*) et évolue en plusieurs stades : **syphilis récente** (syphilis primaire, secondaire et latente précoce) et **syphilis tardive** (tertiaire et latente tardive). En l'absence de signe clinique, la **syphilis** est **latente** (le diagnostic n'est possible que par les tests sérologiques). En cas de chancre, il faut demander un examen au microscope à fond noir et une sérologie (FTA abs et TPHA/VDRL) avec titrage des anticorps. Toute lésion cutanéomuqueuse justifie la prescription d'une sérologie de la syphilis dont les lésions peuvent simuler une autre maladie. Le dépistage est obligatoire lors du 1^{er} examen prénatal. Le traitement utilise une pénicilline (EXTENCILLINE®), et en cas de contre indication, la doxycycline 100 mg x 2 pendant 14 jours. Le suivi sérologique se fait sur le VDRL 3, 6 et 12 mois (décroissance et négativation du VDRL ; le TPHA décroît mais reste positif, constituant une cicatrice sérologique). Le dépistage des partenaires est indispensable.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Inpes, *Les IST*,
www.info.ist.fr

Inpes, www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/rech_doc.asp

InVS, *Infections sexuellement transmissibles : il faut poursuivre la surveillance*, BEH, 26 27 28, 30 juin 2011

InVS, www.invs.sante.fr/Dossiers/thematiques/Maladies infectieuses/VIH sida IST

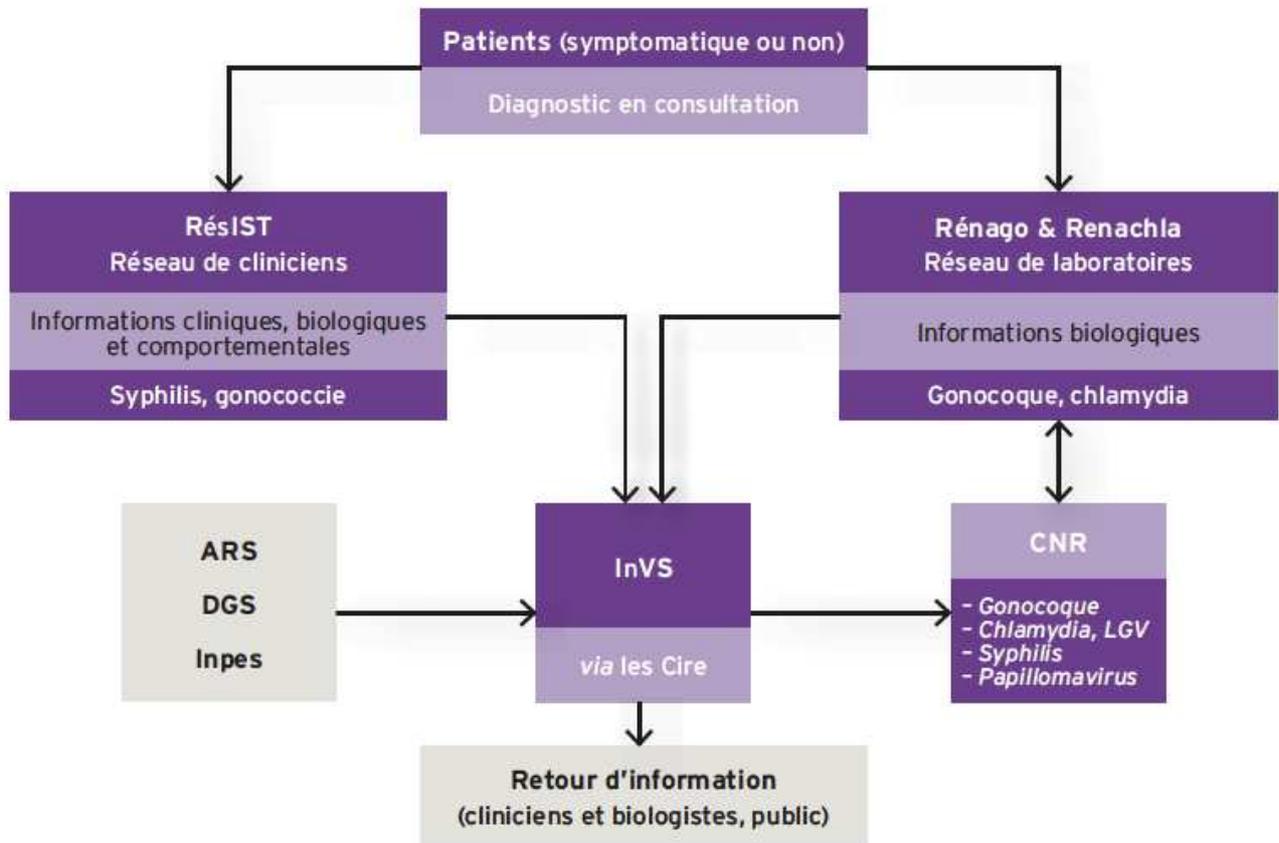
Comede, *Migrants et infections sexuellement transmissibles*, Maux d'exil n° 39, mars 2013

Stade	Clinique	Durée des signes	Traitement
Syphilis primaire	Chancre : ulcération génitale ou buccale, indolore, adénopathie	2 à 6 semaines, régression spontanée	EXTENCILLINE® IM 2,4 MUI
Syphilis secondaire	Éruption cutanéomuqueuse (tronc, visage, paumes, plantes) et parfois d'autres signes (fièvre, adénopathies, méningite, uvéite)	Début 6 semaines à 6 mois après le chancre. Évolue quelques jours à quelques semaines. Régression spontanée	EXTENCILLINE® IM 2,4 MUI Cortisone 0,5 à 1 mg/kg
Syphilis latente précoce	Pas de signe clinique	Moins de 1 an d'évolution	EXTENCILLINE® IM 2,4 MUI
Syphilis latente tardive	Pas de signe clinique	Plus de 1 an d'évolution	EXTENCILLINE® IM 2,4 MUI x 3 à 7 jours d'intervalle (et cortisone)
Syphilis tertiaire	Atteinte cutanée (gomme), neurologique (tabès) cardiovasculaire (aortite)	Plusieurs années après le contagage (10 ans ou plus)	Rare depuis les traitements antibiotiques

Les sérologies de la syphilis sont spécifiques (TPHA et FTA abs) ou non spécifiques, réaginaires (VDRL). Une sérologie de la syphilis doit légalement comporter un test spécifique (TPHA) et un test réaginique (VDRL). Les sérologies se positivent quelques jours après le début du chancre : le FTA abs (5 à 7 j.), le TPHA (7 à 10 j.), le VDRL (10 à 15 j.). Une sérologie négative n'exclut pas le diagnostic de syphilis primaire.



Organisation de la surveillance des IST



ARS : agence régionale de santé CNR : centres nationaux de référence DGS : direction générale de la santé Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé LGV : lymphogranulomatose vénérienne InVS : Institut national de veille sanitaire