

# Infections à gonocoque, chlamydia, mycoplasme et syphilis

Isabelle Alcaraz Morelle

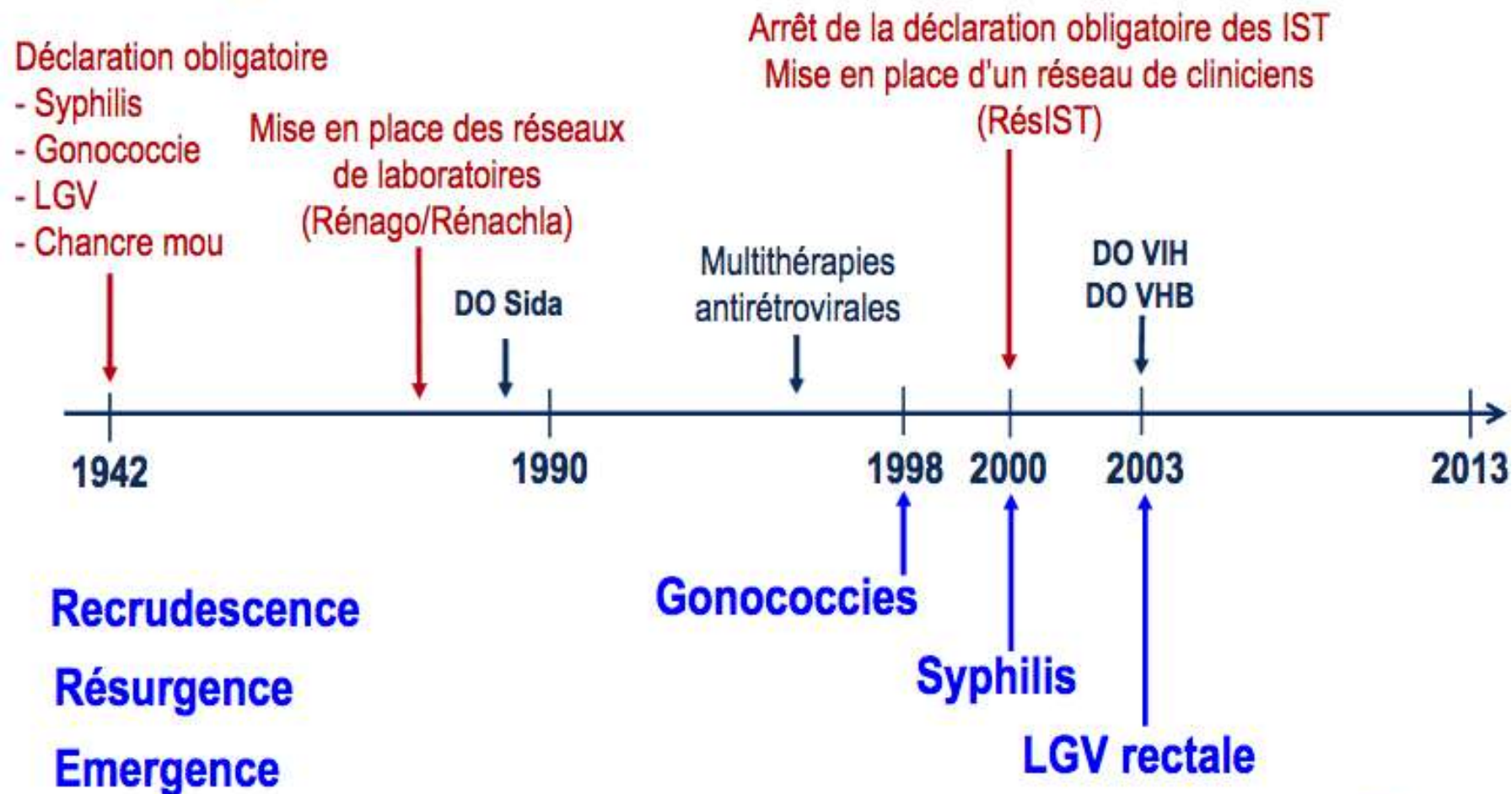
Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur

CH Tourcoing

[ialcaraz@ch-tourcoing.fr](mailto:ialcaraz@ch-tourcoing.fr)

DUACAI 15-12 -23

# Evolution de la surveillance des IST en France à partir des années 2000



## 2016: création des CeGIDD

# Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des IST

### CeGIDD Structure unique

---

Au minimum :

- 1 médecin ayant une expérience dans la prise en charge du VIH, des hépatites virales et des IST ou un dermato-vénérologue
  - 1 infirmier(e)
  - 1 assistant(e) social(e) dont le temps de travail est adapté aux besoins, dans le cadre de partenariat formalisé avec d'autres structures
  - 1 psychologue dont le temps de travail est adapté aux besoins, dans le cadre de partenariat formalisé avec d'autres structures
  - 1 secrétaire chargé(e) de l'accueil du public et d'assister les autres membres du personnel dans la saisie et le traitement des données
-

Bactérie *Treponema pallidum*





# Etiologie d'un chancre:

1 fois sur 2 la clinique nous trompe

*Sexually Transmitted Diseases* • Volume 37, Number 3, March 2010

## Etiology of Genital Ulcer Disease. A Prospective Study of 278 Cases Seen in an STD Clinic in Paris

*Emilie Hope-Rapp, MD,\* Vassili Anyfantakis, MD,\* Sebastien Fouéré, MD,\*  
Philippe Bonhomme, MD,\* Jean B. Louison, MD,\* Thibault Tandeau de Marsac, MD,\*  
Benedicte Chaine, MD,\* Pascale Vallee, MD,\* Isabelle Casin, MD, PHD,†  
Catherine Scieux, MD, PHD,† François Lassau, MD,\* and Michel Janier, MD, PHD\**

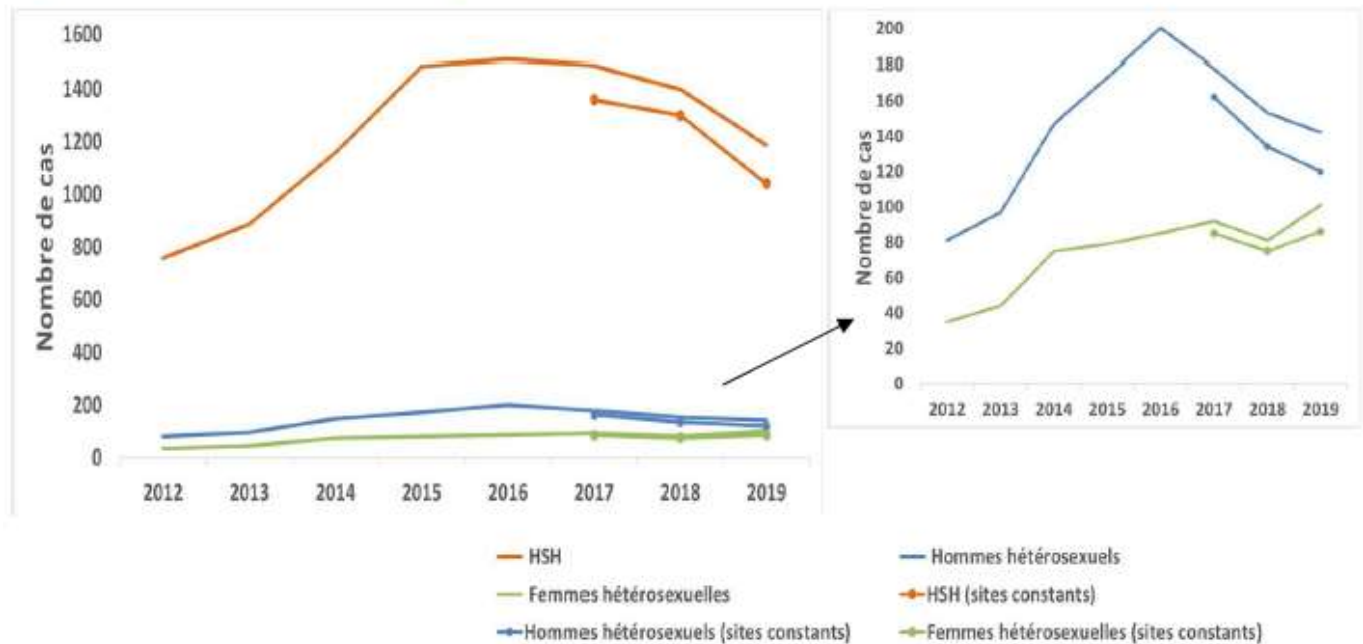
**TABLE 2.** Risk Factor for Syphilitic GUD (Multivariable Analysis)

	OR	95% CI	P
Being MSM	51.3	14.7–178.7	<0.001
Geographic origin			
France	1		
Africa	1.1	0.26–5	0.8
Other	3.9	1.2–12.6	0.02
Ulceration diameter			
<10 mm	1		
>10 mm	9.2	2.9–30.7	<0.001



# Syphilis

Figure 4. Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2012-2019



Source : Santé publique France, réseau RésIST

## Evolution depuis 2016 *Santé Pulique France 2022*

- Cegidd: stabilité
- Médecine générale: 2020- 2021: + **42 %** (2021: 0,1/ 1000 habitants)
- **Pas de baisse pour les femmes**



## Syphilis ( réseau RESIST – données SPFrance 2020)

### Très forte prédominance masculine:

- 92% sont des hommes
- 80%: HSH

### Age médian:

- HSH: 36 ans
- Hommes HTS: 35 ans
- Femmes: 28 ans

### Né(e)s en France:

- HSH: 89 %
- Hommes HTS: 80 %
- Femmes: 83 %

## Syphilis – Coinfection VIH





### Diagnostic de syphilis:

- > Réseau Sentinelles des Méd généralistes: Dans 18% des cas séropositivité VIH connue
- > Cegidd: Dans environ 1,8% des cas découverte de séropositivité VIH

▼ Tableau S1 - Évolution des caractéristiques des patients diagnostiqués pour une syphilis récente, réseau RésIST, France, 2000-2016

	2000-2013 N=7 390	2014 N=1 405	2015 N=1 755	2016 N=1 749
<b>Statut sérologique VIH (%)</b>				
Positif connu	34,4	29,5	30,3	28,9
Découverte de séropositivité	3,9	3,1	2,5	2,6
Négatif	56,2	60,7	61,5	62,7
Inconnu	5,5	6,6	5,8	5,8

## Evolution de la syphilis depuis 2000

-  surtout chez HSH
-  Non VIH
-  Femmes (partenaire, grossesse) 2d dépistage à 28 S
-  dépistage de formes latentes

# Risque du retour de la Syphilis congénitale

environ une dizaine de cas en Métropole /an

- Risque majeur si pas traitée avant la 16<sup>ème</sup> semaine
- 40% mortalité
- 10 – 40 % prématurité et retard de croissance
- 2d dépistage à 28 semaines si estimation d'un risque

# Missed Opportunities for Prevention of Congenital Syphilis — United States, 2018

*Weekly* / June 5, 2020 / 69(22);661–665

Anne Kimball, MD<sup>1,2</sup>; Elizabeth Torrone, PhD<sup>2</sup>; Kathryn Miele, MD<sup>2,3</sup>; Laura Bachmann, MD<sup>2</sup>; Phoebe Thorpe, MD<sup>2</sup>; Hillard Weinstock, MD<sup>2</sup>; Virginia Bowen, PhD<sup>2</sup> ([View author affiliations](#))

Registre national des cas de [Syphilis congénitale](#) *MMWR*

2013 – 2018 : + 261 % (362 -> 1306)

2022: 3761 cas



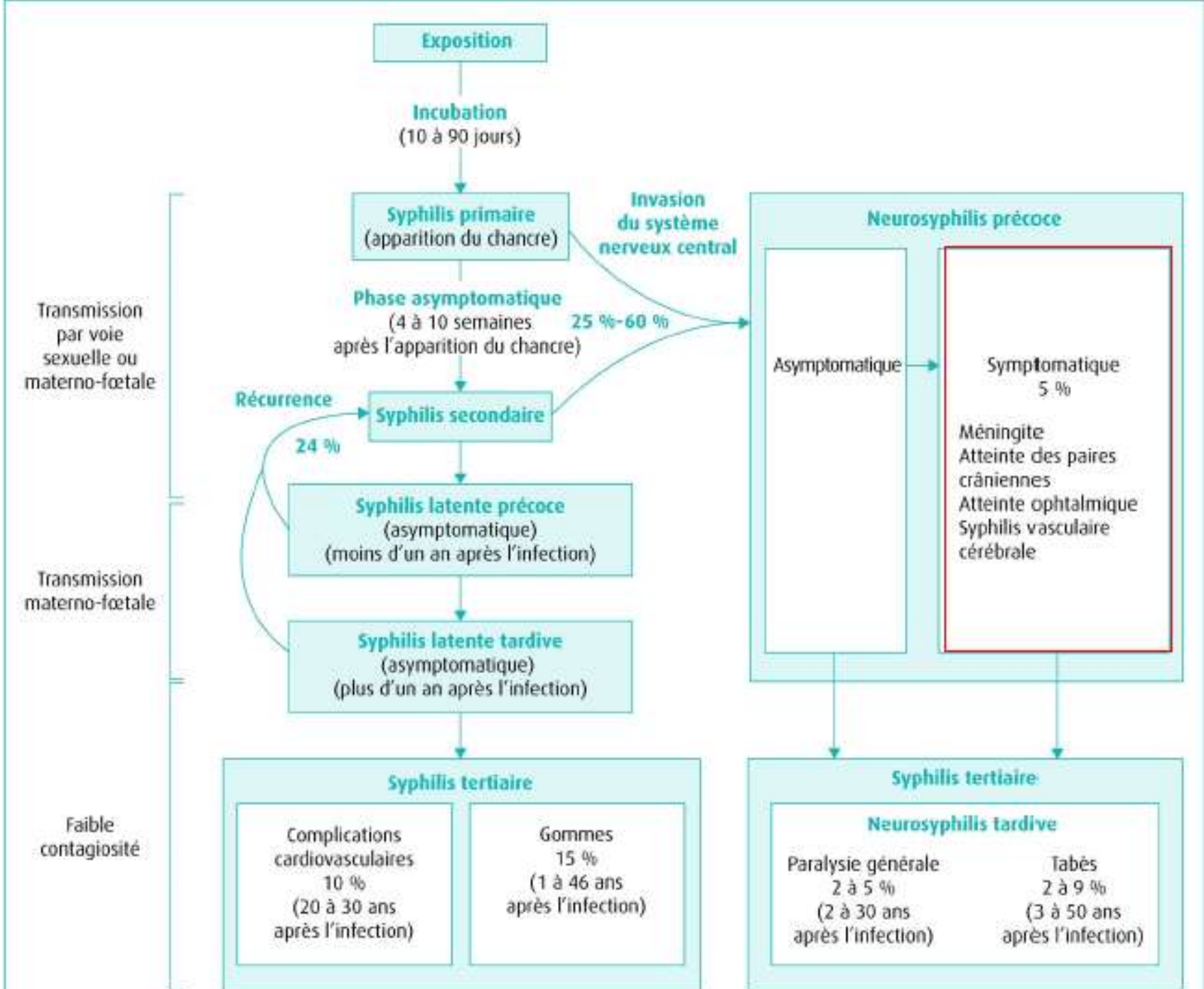
Petite fille de 15 mois  
VDRL: 1/256  
ELISA: IgM+++  
Blot positif

Etat général conservé



- Apositions périostées plurilamellaires
- Lésions multiples ostéolytiques corticales







## 2 - Syphilis: phase secondaire l'éruption « banale »

- Allergie cutanée ? Mais pas (peu) de prurit
- Virose ?
- Pityriasis Rosé de Gibert ?







**Cliché, N. Dupin, Tarnier**



## Localisation palmaire et/ou plantaire caractéristique



















- Syphilides muqueuses
- Condyloma lata





- plaques fauchées
- érosions buccales



perleche unilatérale









Alopécie en clairière







**CONCLUSION :**

Lésion semble-t'il à point de départ sous-cutané frontale droite présentant une agressivité franche responsable d'une lyse de la table externe de la voûte du crâne, d'une diffusion diploïque, d'une atteinte pour le moins de la table interne si ce n'est de la méninge sans anomalie du parenchyme cérébral sous-jacent.

Une biopsie semble pour le moins nécessaire afin d'adapter le traitement en fonction de l'histo-pathologie, après, peut-être, excision cutanée ou osseuse.



# Un mois après EXTENCILLINE 2,4 MUI...



**CONCLUSION :**  
Régression des signes IRM de l'atteinte osseuse frontale droite comparativement à l'examen réalisé le 8 janvier 2013.

Cliché Dr Th HULEUX

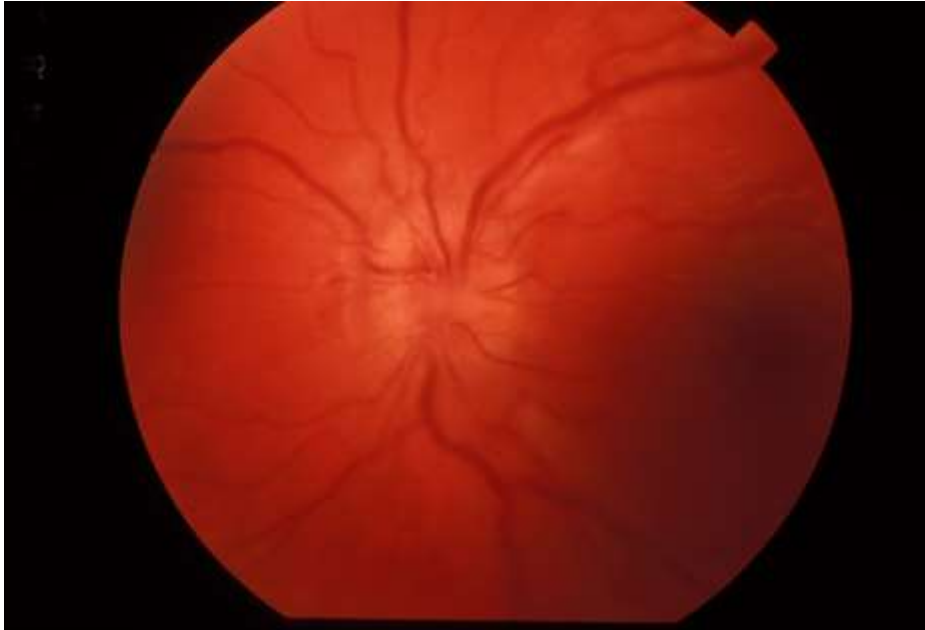


## Phase secondaire – Phase septicémique

### Tableaux trompeurs

- Fièvre, aeg, perte de poids
- Polyadénopathies
- Céphalées
- Douleurs musculaires
- Douleurs osseuses
- Cytolyse...

> Tableau de lymphome, d'hépatite virale? ...



Tous les tissus oculaires peuvent être atteints, possibilité de neuropathie optique également

L'uvéite antérieure est la plus fréquente



## L'ATTEINTE NEUROLOGIQUE DEMARRE A UN STADE PRECOCE RISQUE DE COMPLICATIONS NEURO OPH ORL GRAVES

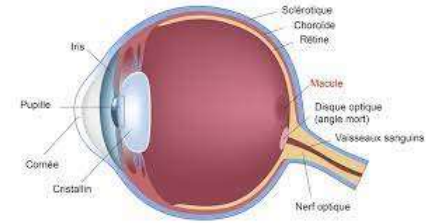
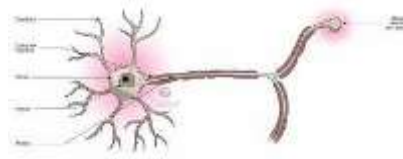
- 80 cas de syphilis précoce
- 21/ 80 : 26,3% signes neuro,
- LCR pathologique : 6 /14 NEUROSYPHILIS CONFIRMÉES

*An Dermatol Venereol 2008 135(6-7): 451-8 C Dumortier  
Manifestations extra-cutanéomuqueuses de la syphilis*

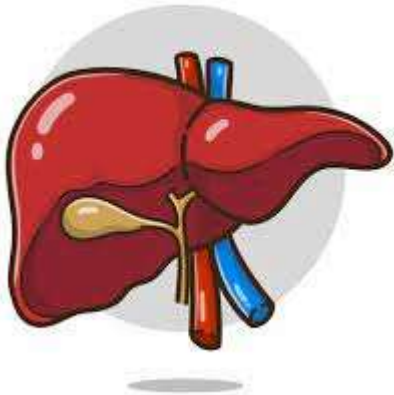
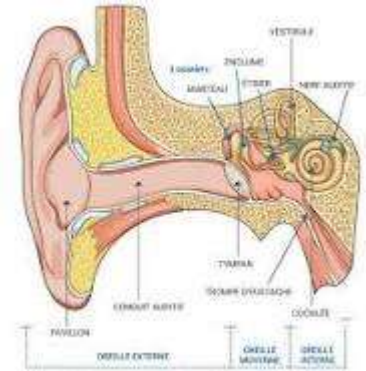
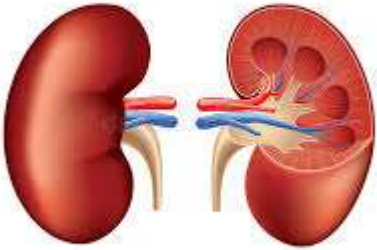




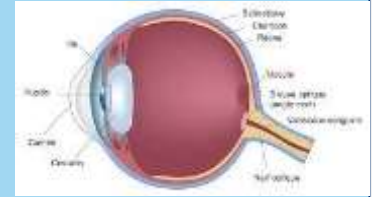
# The Great Imitator



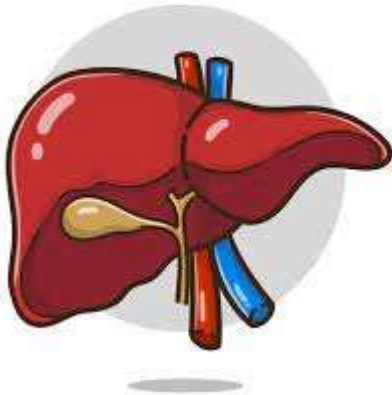
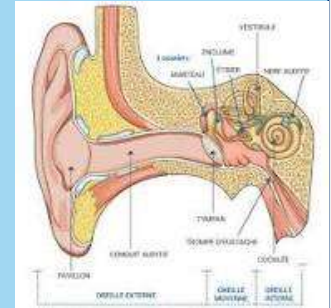
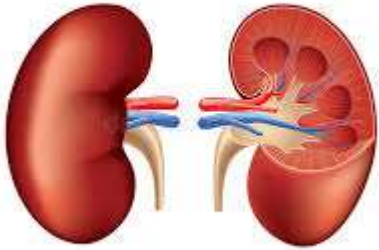
**Syphilis IIre**  
 = syphilis **précoce**  
 = **septicémie**



# Atteinte neurologique



**Syphilis IIre**  
= syphilis **précoce**  
= **septicémie**





## Quand faire une PL ?

- Signe neurologique, quel que soit le stade
- Échec au traitement
- Tétracyclines
  
- Syphilis tertiaire ( tabès , paralysie générale)

## SYPHILIS LATENTE (sérologique)

- Syphilis de plus ou moins d'un an ?
  - précoce: moins d' 1 an > traitement COURT
  - Tardive: plus d' 1 an > traitement LONG
- Y a-t-il une atteinte neurologique ou parenchymateuse asymptomatique ?

# Syphilis: dépistage et suivi après traitement

- **Dépistage:** Test tréponémique (TT) ELISA ou TPHA :
- **Confirmation et Suivi :** test non tréponémique (TNT) VDRL ou RPR **QUANTITATIF** permet de suivre l'évolution > à faire dans le **même** laboratoire
  
- Contrôles: M 3, M6, M12 + si tardive M24
- Négativation, ou au moins division par 4 du titre initial = guérison
  
- En pratique courante, pas d'intérêt du Western Blott

IgM:

Pas d'intérêt en pratique pour le dépistage

- Peuvent être positives pour une infection ancienne
- Leur intérêt est limité à l'enfant pour la recherche de syphilis congénitale



Au stade du chancre,  
la sérologie est souvent encore négative

- Le fond noir n'est plus à la nomenclature
- Traiter dans tous les cas
- PCR?

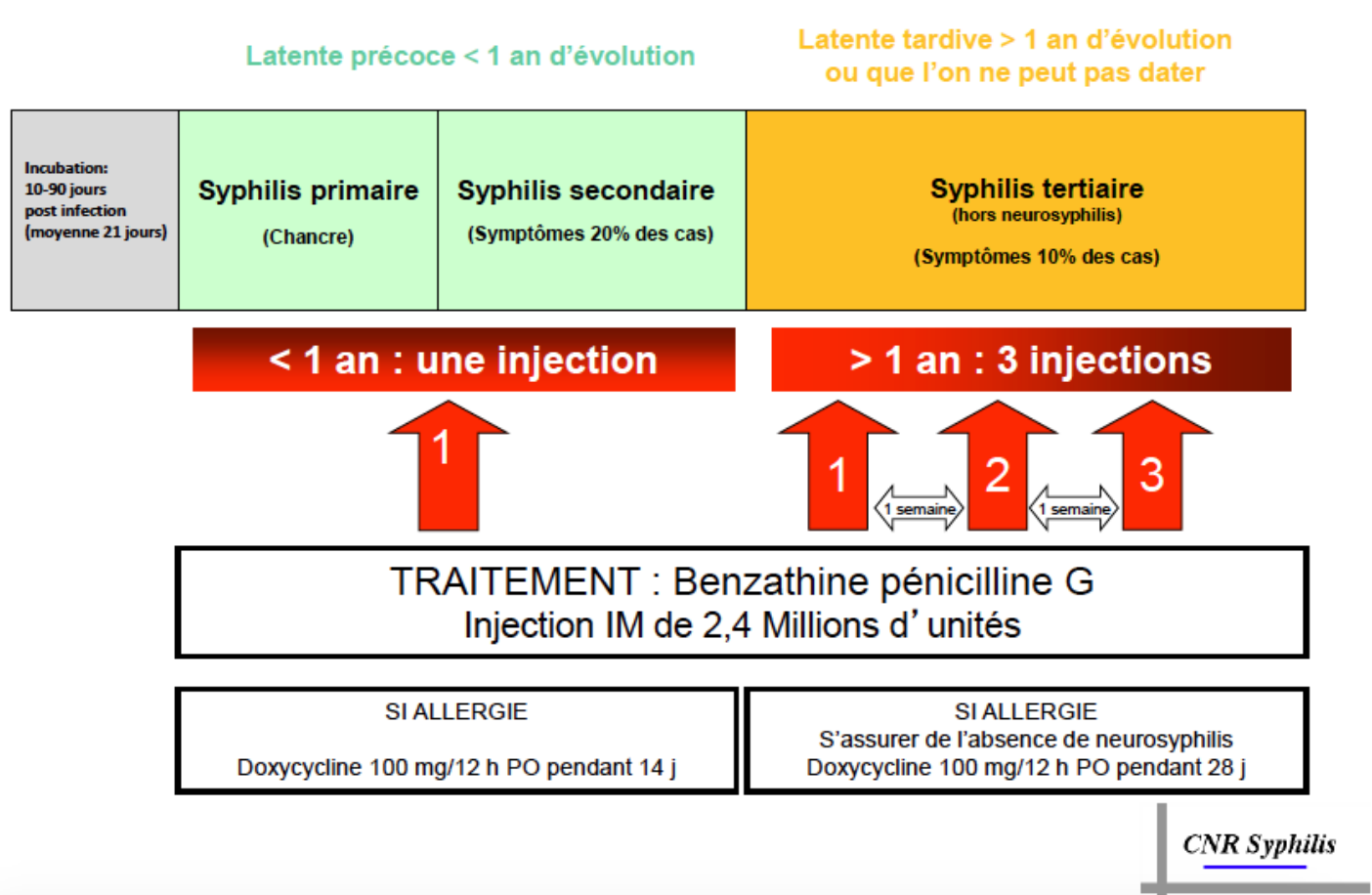


## Avenir dans le diagnostic de la syphilis

Etude **PCR** syphilis CNR Dupin Grange

- Peut avoir un intérêt pour la syphilis primaire sur chancre atypique.  
Mais en pratique actuellement, très peu d'indications car la PCR est pratiquée uniquement au CNR syphilis : intérêt « expérimental » pour consolider un diagnostic *a posteriori*
- En cas de suspicion de syphilis neurologique, la PCR syphilis sur LCR fait partie de l'arsenal diagnostique. Sensibilité 40%

# Traitement de la syphilis sans atteinte neurologique



Essai en cours : **SY-DOXY**: Péni G retard versus DOXY 200mg/j - 14 jours  
*APHP Cochin N Dupin*

# Syphilis neurologique

**Pénicilline G: 18 à 24 M UI IV / j – 10 à 14 j (3 à 4 MUI / 4 heures)**

Alternative: Ceftriaxone 2g/j- 10 à 14 jours \*

## Particularités chez la femme enceinte

- Syphilis précoce : Benzathine pénicilline G 2,4 MUI / semaine X 2
- Syphilis secondaire: prévention de la réaction d'Herxheimer ++
- Allergie pénicilline: induction de tolérance .
  
- Suivi mensuel sérologique et échographique
- **Dépistage traitement et suivi du partenaire**

## Syphilis: suivi après traitement

- Seul le **test non tréponémique TNT (VDRL ou RPR) QUANTITATIF** permet de suivre l'évolution > à faire dans le même laboratoire

En cas de suivi thérapeutique, TNT avec titrage :  
examen précédent + examen itératif

La prise en charge de l'acte 1259 est limitée aux suivis sérologiques après traitement des sujets atteints.

- En cas de syphilis précoce ; contrôle à 3, 6 et 12 mois ;
- En cas de syphilis tardive : contrôle à 6,12 et 24 mois.

plus fréquemment chez les patients VIH positifs et la femme enceinte

Une négativation, sinon une diminution du titre de 4 fois des Ac du TNT confirme une guérison.

Une augmentation par quatre du titre des Ac du TNT permet de poser le diagnostic d'une recontamination.

ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2018/1/24/SSAU1813153S/jo/texte>

JORF n°0130 du 8 juin 2018

Texte n° 17

# **Treponema pallidum** detection in lesion and non-lesion sites in men who have sex with men with early syphilis: a prospective, cross-sectional study

*Janet M Towns, David E Leslie\*, Ian Denham, Rebecca Wigan, Francesca Azzato, Deborah A Williamson, Darren Lee, Eric P F Chow, Christopher K Fairley, Stephen R Graves, Lei Zhang, Marcus Y Chen*

- 200 HSH
- Syphilis 2re : 47%
- PCR orale +: 24%, **dont la moitié sans lésion**
- PCR anale +: 23%
- PCR urinaire: 6%
- PCR spermatique: 12%

*Lancet Infect Dis 2021;  
21: 1324-30*

## Prise en charge du/ des partenaire(s)

1 - On traite systématiquement le/les partenaire(s) des deux mois précédents quel que soit le résultat de leur sérologie (longueur de l'incubation)

2 – contrôle sérologique des partenaires plus anciens







*Photos A Vermersch  
CH Valenciennes*

## Urétrites

- Dysurie, pollakiurie
- Brûlures
- Écoulement clair ou purulent



# URETRITES - Prévalences estimées en France

- *Chlamydia trachomatis* 30%
- *Mycoplasma genitalium* 20%
- *Neisseria gonorrhoeae* : blennorragie 10%
- *Trichomonas vaginalis* : 1%
- ????

## Pathogènes plus rares et plus discutables:

- *Herpès simplex* , *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus spp...*
- *Ureaplasma urealyticum* ??

Danemark 2021, 601 cas de suspicion d'urétrite en 2018:

*C.trachomatis*(12%), *N. gonorrhoeae* (0.83%), *M. genitalium*(4.2%) - *APMIS* 129 706–710C

# Infections à *Neisseria gonorrhoeae*

Figure 6. Evolution du nombre de gonococcies selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2012-2019

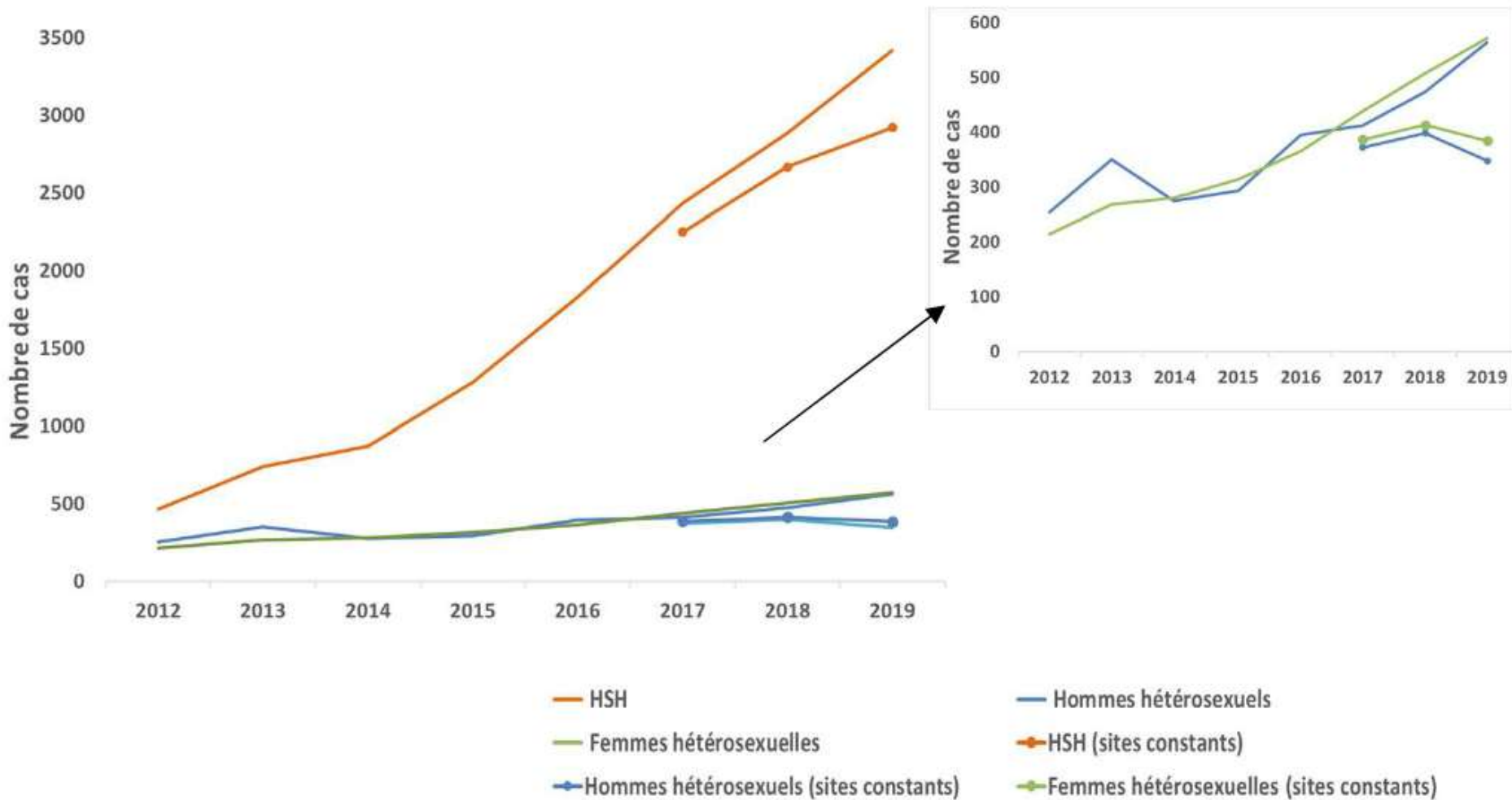
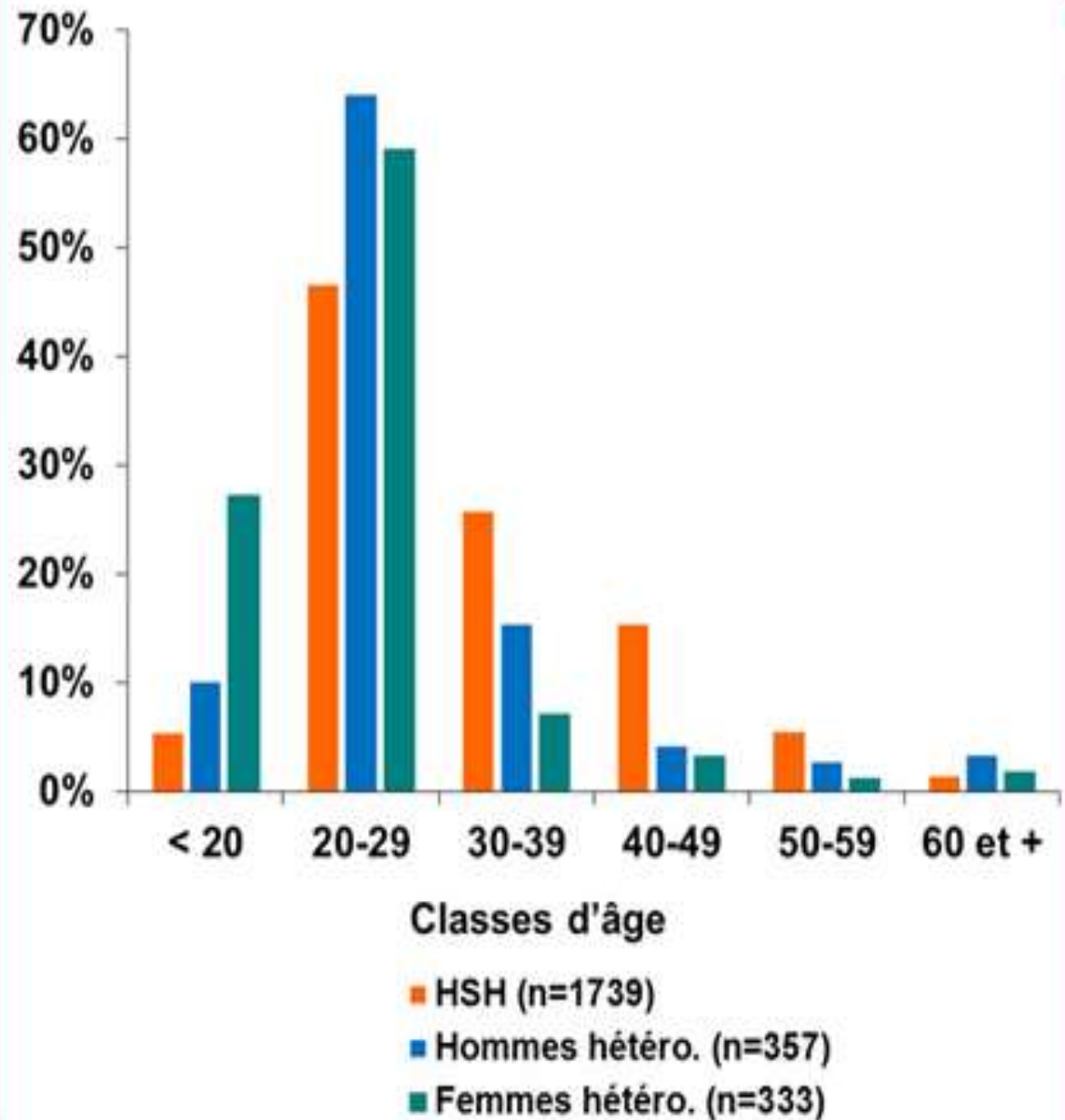


Figure G5 - Distribution des cas de gonococcie par classe d'âge selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2016



# Infections à gonocoque

## *Santé Publique France 2022*

- Médecine générale en métropole: **+ 45% entre 2020 et 2021**
- taux d'incidence annuel estimé en 2021: 0,3 / 1000 habitants
- 80% d'hommes dont 70% HSH

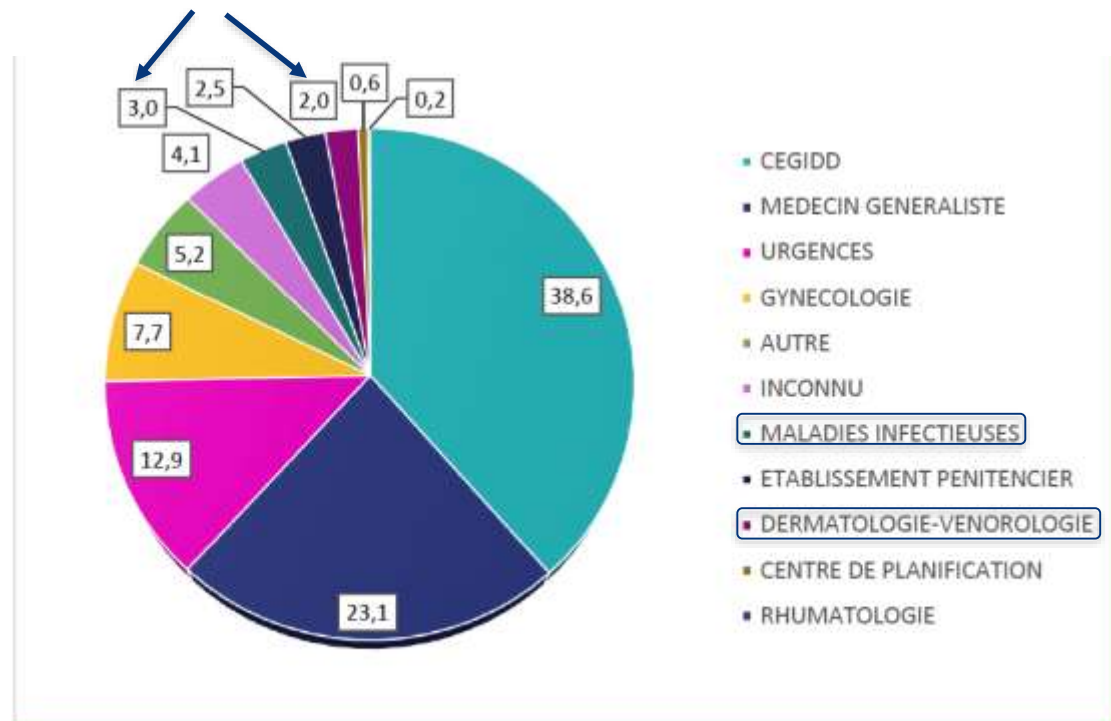


Figure. Répartition des gonococcies en pourcentage selon la structure consultée par les patient(e)s de l'enquête ENGON 2022

ENGON 2022 (CNR): 01 sept -31 déc: 635 cas

- Hommes 75,4% ,
- femmes: 24,1% ,
- transgenres: 0,2%

Gonocoque: **15 - 34 ans** :

- **les plus touchés, femmes également**
- symptomatiques dans 40%

2022 (CNR):

- 7 souches invasives
- Résistance à la Ceftriaxone: 1 cas importé d'Asie



## *Infections à Neisseria gonorrhoeae*

### Homme:

- Urétrite
- Orchiépididymite
- prostatite

**Femme:** asymptomatique dans 70% des cas

- Cervico vaginite (leucorrhées +/- purulentes)
- Salpingite et autres complications de l'appareil génital

### Homme et femme:

- Anorectite,
- Pharyngite, souvent asymptomatique

Clusters de souches invasives

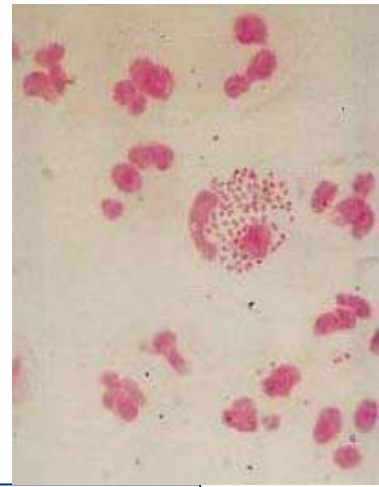
- septicémie
- arthrite







# *Neisseria gonorrhoeae*



## Diagnostic

- Gram
- culture (milieu de transport) + ANTIBIOGRAMME +++++

## Dépistage / diagnostic

PCR multiplex *Ng et C trachomatis*:

- 1<sup>er</sup> jet d'urines pour les hommes uniquement
- Auto-prélèvement vaginal
- Gorge
- +/- Auto prélèvement anal

## *Résistances AB de Neisseria gonorrhoeae*

### **Ceftriaxone:**

- 2010: 1ère souche hautement résistante
- 2019: 2 souches de gonocoque XDR résistantes à haut niveau , F91 , région de Limoges
- 2019: 2 cas,
- 2021: 1 cas en France mais tous importés d'Asie (Cambodge, Vietnam)
- 2023 > sep : 4 souches XDR // clone FC428 Asie du Sud Est (1 autochtone)

Cefixime: 0,2% en 2021 (0,8% en 2019)

Azithromycine : 9,7 en 2021 → 12 % en 2022

Fluoroquinolones à 64,9 % (2021)

Tétracycline à 91,4% (2021)

**Pas de résistance aux aminosides**



*Neisseria gonorrhoeae*  
Ceftriaxone = **1g DU** IM ou IVL

*Recos SFD-SPILF 2021*

### **Abandon des céphalosporines orales**

- mauvaise diffusion tissulaire > totalement CI chez les HSH et la femme
- Émergence de résistance sous haute surveillance: 0,1 % (0,8% en 2019)

Cefixime 400 mg DU : encore possible pour une urétrite chez HTS, **si ATBgramme**

# *Chlamydia trachomatis*

## Prévalence:

- 0,8 à 5 % chez < 25 ans,
- 8 à 15 % dans les populations à risque.

Incidence annuelle estimée en 2021 en médecine générale : 0,9 / 1000 habitants

## Recommandations de dépistage HAS 2019 élargies

- Un dépistage systématique des **femmes sexuellement actives** de 15 à 25 ans
- Un dépistage **opportuniste ciblé** quelque soit l'âge  
*Au minimum: changement de partenaire dans l'année, deux partenaires ds l'année*

**PCR > PCR multiplex CT et Gono** ( génital, buccal +/- anal par auto-prélèvements)

# *Chlamydia trachomatis* (D à K = non LGV)

Réinfections fréquentes

## Homme

- Urétrites, Orchiépididymites , Prostatites
- Anorectites

## Femme

- Urétrites, Cervico-vaginites
- Salpingites, 1ere cause de stérilité tubaire, de GEU

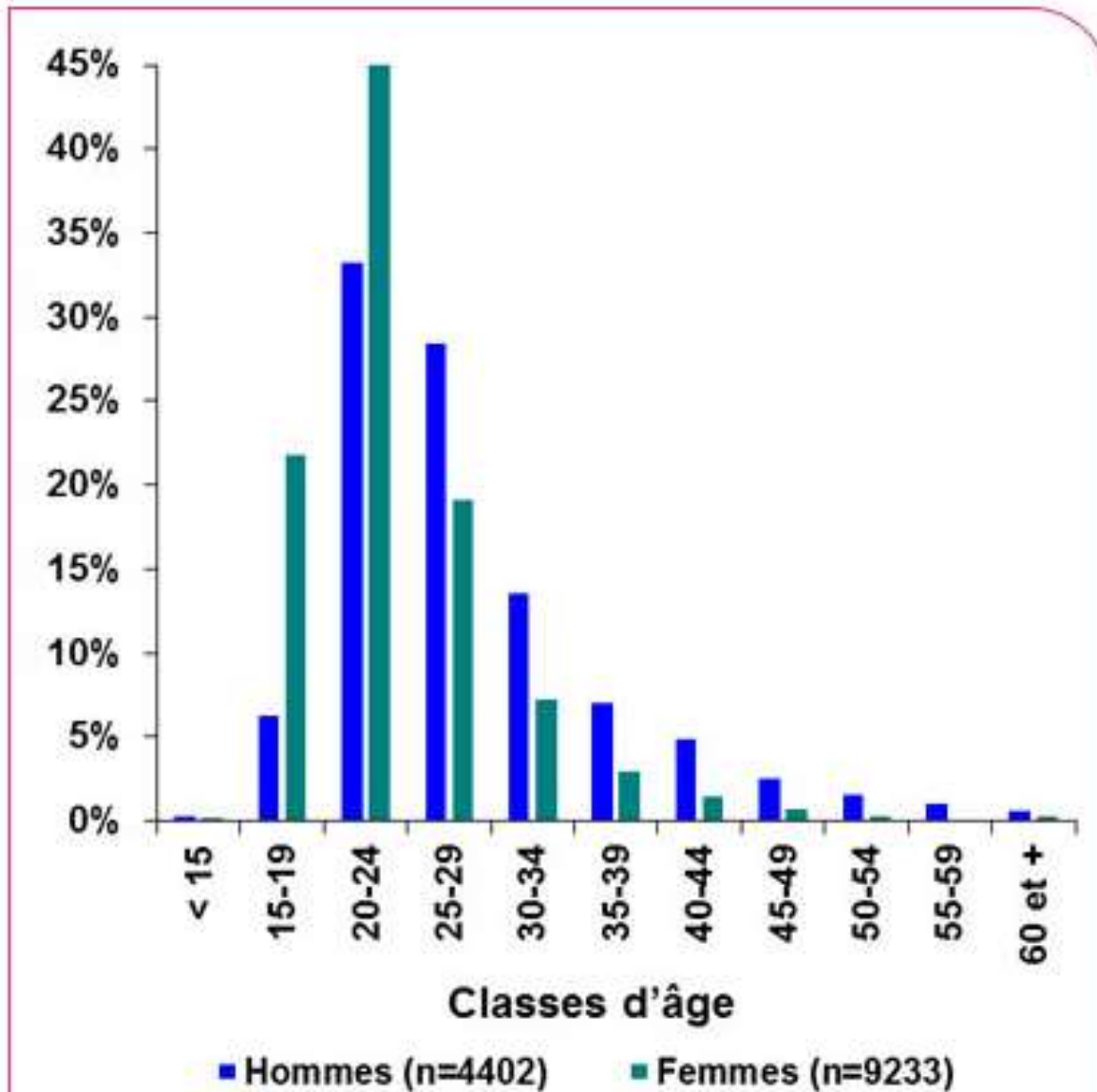
Aussi: pharyngite, arthrites

## Nouveau-né

- Infections néonatales, kérato-conjonctivite



▼ Figure C7 - Distribution des infections uro-génitales à Chlamydia par classe d'âge selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2014



### NatChla 2006

18-29 ans :

-2,5 % pour les hommes

-3,2 % pour les femmes

### ANSM 2012

Taux d'incidence estimé:

257/ 100 000

# Etude EDDISTU 2014-2015

---

Etudiants Université de Lille – Dépistage lors du bilan de 1ere année

*Dr Alice Mathieu & all*

Prévalence PCR Chlamydia positive

- Filles :10%
- Garçons: 8%



## *Chlamydia trachomatis*

DOXYCYCLINE 200 mg/j , 7 jours

*CDC Recos européennes*

Uniquement si problème d'observance: **AZITHROMYCINE 1g DU**

Pourquoi?

- Résistance explosive de *M. genitalium* à l'azithromycine
- Efficacité supérieure de la doxy/azythromycine: atteintes urogénitale et anale

*N Engl J Med 2015; 373:2512-2521*

*Peuchant Lancet Infect Dis 2022*

***Autres options, en cas de contre-indication:***

- **ERYTHROMYCINE 500mg x 4/j, 7 jours** (tolérance digestive)
- **OFLOXACINE 200mg X 2/j , 7 jours** (coût!)

# Syndrome oculo uréthro synovial

Fluoroglycyl-L-lysine, Chlorhexidine, Miconazole

## Balanite érosive circinée



Clinique dermatologique CHRU de Lille



## *C trachomatis* – *N gonorrhoeae*

### Complications plus rares

- **Sd oculo-urétro-synovial** (Sd Fiessinger Leroy Reiter )
  - + fréquent chez les hommes > +/- balanite circonécée
  - *C trachomatis* surtout
  - Réaction immunologique, association HLA B 27
- **Syndrome de Fitz Hugh Curtis**: périhépatite

# Mycoplasmes

*Mycoplasma hominis* et *Ureaplasma spp* :

- flore naturelle des voies génitales basses , rôle pathogène controversé
- 

Seul *Mycoplasma genitalium* a un rôle pathogène

- Urétrites: 10 à 36% des NGU (récidivantes et « résistantes ») *Jensen JEAD 2022; 36*
- Rectites, cervicites, salpingites
- stérilité ?

> **Diagnostic: PCR *Mg*** avec recherche de gène de résistance aux macrolides

**Pas de dépistage des asymptomatiques!** en raison de résistances AB explosives

# Les résistances explosives de *Mycoplasma genitalium*

**MGMET 2021:** 599 échantillons *Mg* +

*CNR IST 2022*

Résistance aux **macrolides: 35,2%** (mutation: région V du 23S ARNr)

-F: 22%

**-H: 54,8%,**

→ 40% et 70% ( Royaume-Uni, Danemark, Belgique ...)

-> HSH sous **PrEP: 95,4%** *Guiraud Microorganisms 2022; 10: 1587*

Résistance aux **fluoroquinolones: 20,8 %** (mutation protéine ParC) ( H>> F)

**Double résistance: 12%**

Taux plus faibles outre-mer

## *Mycoplasma genitalium*

- DOXYCYCLINE 100mg X 2 , 7 jours **puis** en fonction du résultat du test de résistance
  - > si Sensible à l' azithromycine
    - **500 mg, puis 250mg/j** pendant 4 jours (JEADV 2022)
    - Ou: 1g puis 500mg/j pendant 3 jours (CDC 2021)
  - > si Mg confirmé avec gène de résistance à l'azythromycine:
    - MOXIFLOXACINE 400mg/j - 7 j (CDC 2021), 10j ( JEADV 2022)

Autres possibilités en cas de résistance:

- Doxycycline 100mg x 2, 14 j
- Pristinamycine : 1g x 4/j, 10 j

D'autres pistes: Thiophénicol? *Goodfellow Sex transm Infect 2023*



# *Mycoplasma genitalium*:

Guidelines

## **British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of infection with *Mycoplasma genitalium* (2018)**

Suneeta Soni<sup>1</sup>, Paddy Horner<sup>2</sup>, Michael Rayment<sup>3</sup> ,  
Nicolas Pinto-Sander<sup>1</sup>, Nadia Naous<sup>4</sup>, Andy Parkhouse<sup>1</sup>,  
Darren Bancroft<sup>5</sup>, Carl Patterson<sup>5</sup> and Helen Fifer<sup>6</sup> 

INTERNATIONAL JOURNAL OF  
**STD & AIDS**

International Journal of STD & AIDS  
0(0) 1–13

© The Author(s) 2019

Article reuse guidelines:

[sagepub.com/journals-permissions](http://sagepub.com/journals-permissions)

DOI: 10.1177/0956462419825948

[journals.sagepub.com/home/std](http://journals.sagepub.com/home/std)



**Ne pas dépister les asymptomatiques**  
**Ne pas rechercher en 1<sup>ère</sup> intention *Mg* chez les symptomatiques**  
**Ne traiter que les partenaires dépistés positifs**

## En pratique devant une urétrite

- En 1 ère intention:  
PCR chlamydia gonocoque + DOXY 200 mg 7j +/- CEFTRIAXONE 1g DU IV ou IM  
contrôle PCR à 1 mois
- Si échec et PCR chlam gono négative :  
PCR *Mycoplasma genitalium* avec demande gène de résistance à l'azithromycine +  
DOXY 200 mg 7 jours puis:
  - si R nég : AZITHROMYCINE ; J1 500mg puis 250mg/J J2 à J5
  - si R pos: MOXIFLOXACINE 400 mg/ J 7 jours

•

## Cervico-vaginites, anorectites (NG, CT non L,MG)

- Même traitement
- Idem si PVVIH

## Orchi-épididymite: c'est plus long!

- CEFTRIAXONE 1g DU + DOXYCYCLINE 200mg/ j, 10 j (NG, CT)
- si *Mycoplasma genitalium*: MOXIFLOXACINE 400mg/j 14 j

## Traitement d'une urétrite

- Contrôle entre J8 et J 15
- Dépistage et traitement du/des partenaire(s)
- Contrôle PCR urines après 1 mois
- Contrôles sérologiques VIH, syphilis, VHB , VHC, et à refaire ensuite à M2

# Infections compliquées à gonococque

## CEFTRIAZONE IV

- Orchi-épididymite: 1g DU + DOXYCYCLINE 200mg/ j, 10 jours
- Septicémie, prostatite : 1g / 24 H , 7 jours
- Méningite: 1 à 2 g / 12 H , 14 jours
- Endocardite: 1 à 2 g / 12 H, 28 jours

# Ano-rectites

## Pratiques sexuelles à haut risque

- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Chlamydia trachomatis*: non LGV (D-K), LGV L<sub>1-3</sub>
- *Treponema pallidum*
- Herpes simplex virus
- Papillomavirus

Mais aussi des proctites

- Giariase, shigelloses, infections à *Campylobacter* ...

*McNeil Clin infect disease 2022 apr 13*

# Anorectites

## 1 - Inflammation anus (marge, canal)

- prurit
- brûlures
- suintement

## 2 - Atteinte rectale avec sd rectal :

- émissions glaireuses, glairosanglantes ou purulentes,
- épreintes, ténesme, faux besoins,
- constipation
- parfois diarrhées

# Anorectite à *Chlamydia trachomatis* L1 L2 L3

## LGV = lymphogranulomatose vénérienne ou Maladie de Nicolas Favre

- Rectite traînante
- Tableau trompeur de MICI, cancer anal, lymphome

### Epidémiologie 2022 (Anachla CNR , SPF)

- 99% hommes cis et 1% de femmes trans
- **13,4 % des rectites à Chlamydia**
- plus souvent symptomatique > **DOXY 3 semaines**
- **Rapports sexuels à risque très élevé**

**Contrôle PCR à 1 mois**





Anorectite à *Chlamydia trachomatis* L1 L2 L3  
LGV = lymphogranulomatose vénérienne  
ou Maladie de Nicolas Favre

- Rectite traînante
- Tableau trompeur de
  - MICI
  - cancer anal
  - lymphome





# Rectites à Chlamydia

## ANACHLA 2020 CNR des IST Bactériennes (BN Santé Publique France 2021)

### Rectite à Chlamydia : 1216 patients

- âge moyen: 33 ans
- 1145 hommes(94,2%)
- 47 femmes(3,9%),
- 22 transgenres(1,8%)
- **LGV : 13,4%**

2021: LGV: **17%** des rectites à Ct

### LGV: plus souvent symptomatiques

- âge moyen 39 ans
- HIV: 40,5% (74,4 % en 2015)
- **HSH : 99,1%**

> pas plus fréquentes chez les patients sous PreP

Un total de 1349 échantillons provenant de 1336 patients a été reçu de 94 laboratoires de France métropolitaine et des DROM (La Réunion, Guadeloupe et Guyane Française).

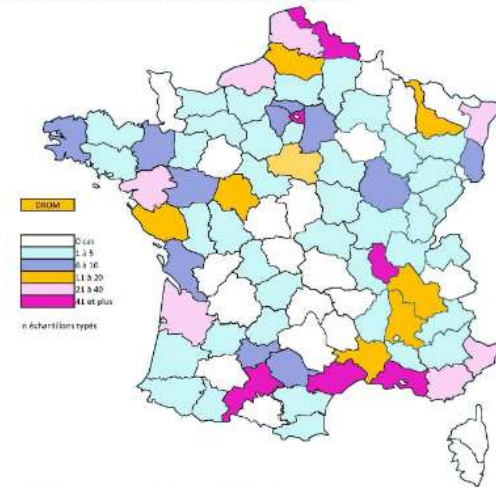


Figure. Répartition géographique des échantillons typés.

## Ano-rectite à chlamydia

**DOXYCYCLINE 200 mg /j**

Ou ERYTHROMYCINE 500mg x 4/j

- LGV: 21 jours
- Non LGV: 7 jours
  
- traiter partenaires des 2 mois avant
- contrôle PCR 6 semaines après

Anus +++ et gorge

= foyers souvent asymptomatiques de recontamination

SURMIV Tourcoing - 1<sup>er</sup> octobre 2014 – 30 avril 2015:

- 369 patients PVVIH HSH > dépistage de patients asymptomatiques
- PCR poolée urines gorge anus CT/NG: 16,3%

	Chlamydia	gonocoque
Urines	2,2%	0,8%
gorge	2,2%	2,7%
anus	8,9%	3,8 %

## Localisation anale: Quels risques particuliers ?

- Portage > réservoir (formes majoritaires)
  - chlamydia
  - gonocoque / **résistance accrue**
- Chancre syphilitique canal > méconnu > pas traité
- Condylomes du canal / risque cancer **canal anal**
- Herpès atypiques: pseudotumoraux

# Vers une prophylaxie des IST par la doxycycline ?

## Dans un contexte de prise de risque importante

DOXYCYCLINE 200 mg DU

dans les 24 H (IPERGAY 2016 ) ou 72 H (DOXYPEP 2022) suivant un rapport à risque

- diminution de l'incidence de la syphilis et des infections à chlamydia (2/3)
- Effet moindre pour gonocoque
- **Impact sur résistance** gonocoque ? Staphylocoque ? **Microbiote intestinal?**

*Clin Infect Dis. 2020 Mar 15; 70(6): 1247–1253*

*N Engl J Med 2023; 388:1296-1306*

# Sexually Transmitted *Trichophyton mentagrophytes* Genotype VII Infection among Men Who Have Sex with Men

Arnaud Jabet, Sarah Dellière, Sophie Seang, Aziza Chermak, Luminita Schneider, Thibault Chiarabini, Alexandre Teboul, Geoffroy Hickman, Alizée Bozonnat, Cécile Brin, Marion Favier, Yanis Tamzali, François Chasset, Stéphane Barete, Samia Hamane, Mazzouz Benderdouche, Alicia Moreno-Sabater, Eric Dannaoui, Christophe Hennequin, Arnaud Fekkar, Renaud Piarroux, Anne-Cécile Normand, Gentiane Monseil



**Figure.** Clinical appearance of *Trichophyton mentagrophytes* genotype VII infections in men in France, 2022. A, B) Swollen lesions of the mustache (A) and beard (kerions) (B). C) Papular and nodular inguinal lesions. D) Peri-anal mpox lesions with associated papules and pustules with central umbilication and a large lesion with a central necrotic crust, surrounded by extensive erythematous-squamous circinate lesions caused by TMVII infection.



# Tinea genitalis: a new entity of sexually transmitted infection? Case series and review of the literature

Isabelle Luchsinger,<sup>1</sup> Philipp Peter Bosshard,<sup>2</sup> Romano Silvio Kasper,<sup>2</sup>  
Dominic Reinhardt,<sup>1</sup> Stephan Lautenschlager<sup>1</sup>

Luchsinger I, et al. *Sex Transm Infect* 2015;**91**:493–496. doi:10.1136/sextrans-2015-052036

*Tricophyton interdigitale*



**Figure 1** Erythematous scaling plaques and follicular pustules in an 18-year-old patient.



**Figure 2** Pubic area with succulent ulcerated nodules with seropurulent discharge 2 days after beginning of antifungal treatment

PADS1-01

## Entérobactéries productrices de BLSE : une nouvelle infection sexuellement transmissible ?



L. Surgers<sup>1</sup>, A. Boyd<sup>2</sup>, H. Rougier<sup>1</sup>, T. Chiarabini<sup>1</sup>, N. Valin<sup>1</sup>,  
D. Decré<sup>1</sup>, G. Royer<sup>3</sup>, J.W. Decousser<sup>3</sup>, P.M. Girard<sup>1</sup>, K. Lacombe<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hôpital Saint-Antoine, Paris, France

<sup>2</sup> INSERM UMR S 1136, Paris, France

<sup>3</sup> Hôpital Henri-Mondor, Créteil, France

JNI 2020

Prévalence de portage de EBLSE

**HSH VIH-négatifs sous PrEP: 16,3 %**

HSH VIH-positifs: 12,2 %, p = 0,12

Hommes hétérosexuels: 10,3 %, p = 0,02

HSH VIH-négatifs non sous PrEP: 9,6 %, p = 0,008

femmes hétérosexuelles : 7,7 %, p = 0,001

# Monkeypox virus

**Pas de nouvelle épidémie cet été**

5000 cas en France au 23 mars 2023, 143 femmes, 24 enfants

- **transmission sexuelle pour cette épidémie** , très rares cas de transmission intra-familiale . Persistance virale après guérison : **durée de la prévention ?**

*Towns Lancet 2023*

- 100 hospitalisations
- Pas de décès

**17 cas groupés en région Centre-Val de Loire, mars 2023**

**10 patients étaient vaccinés 2 doses**

La vaccination se poursuit





RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Service-Public.fr

Le site officiel de l'administration française

Jeunes de moins de 26 ans:

01/01/23

Gratuité des préservatifs « Eden » et « Sortez couverts » sans ordonnance

### Projet de loi de financement pour la Sécurité sociale (PLFSS) 2023 :

- **gratuité de la contraception** pour les jeunes femmes jusqu'à 25 ans inclus
- accès généralisé au **dépistage sérologique du VIH** dans tous les laboratoires de biologie médicale sans ordonnance et avec prise en charge à 100 % ;
- élargissement du dépistage sans ordonnance en laboratoire de biologie médicale à **d'autres IST** et prise en charge du dépistage à **100 %** pour les **moins de 26 ans** ;
- prise en charge à **100 % de la contraception d'urgence**, sans prescription, pour toutes les femmes.

## Devant une IST ou un risque

- Sérologies VIH, VHB, VHC, syphilis (contrôle à 2 mois)  
VHA si HSH
- PCR *Ct Ng*
  - urines 1<sup>er</sup> jet (H) ou auto prélèvement vaginal (F)
  - gorge
  - Auto-prélèvement anal
- Recherche de condylomes +/- ex proctologique avec frottis, cs gynécologique

Mais aussi

+ dépister et traiter les partenaires

Vaccination: hépatite B? , HPV ?

- **Vigilance / résistances antibiotiques**

# Conclusion

- Syphilis: dépister! Attention au :
  - retour de la syphilis congénitale
  - Parcours de soins défaillant des femme migrantes
- Gonocoque : Ceftriaxone 1g, et toujours faire un antibiogramme
- Chlamydia:
  - Doxycycline +++,
  - pour épargner les résistances de *Mycoplasma genitalium* à l'azithromycine