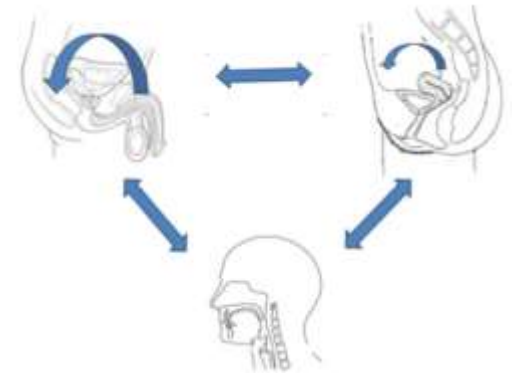


# Les infections sexuellement transmissibles ( IST )



# Rappels

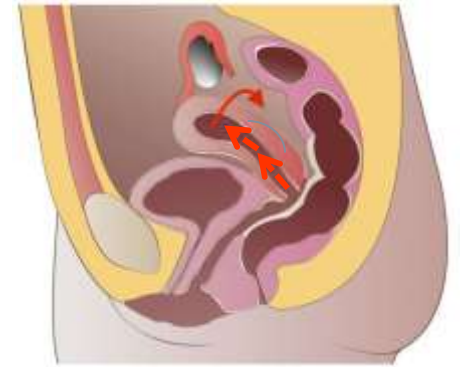
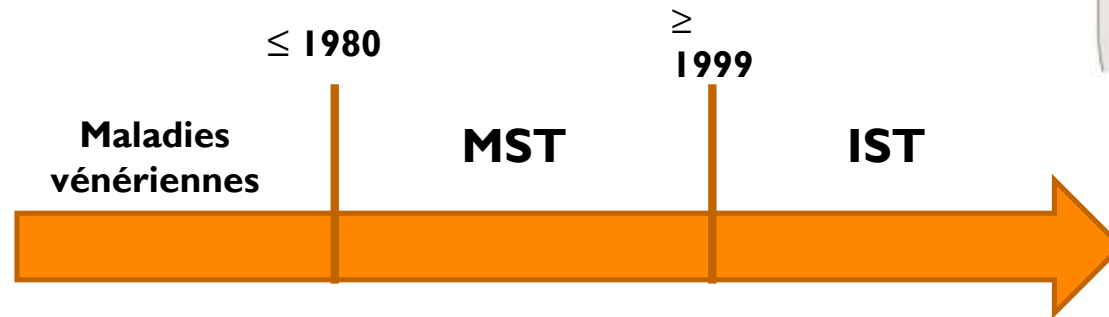


- Définition
  - IST = infections transmises au cours des relations sexuelles
  - **Tous types de RS** ( génito-génitales, oro-génitales ou génito-anales )
  - ⇨ asymptomatiques +++, infections uro-génitales et parfois générale

Agents infectieux responsables	
~ 30	des bactéries, virus et parasites peuvent être transmis par contact sexuel
~ 9-10	sont responsables de la plupart des IST
~ 5	sont curables ( <i>CT, NG, MG, syphilis et trichomonas</i> )
~ 4	sont des infections virales incurables ( <i>HPV, HSV, hépatite B et VIH</i> )

# Rappels

- **Evolution de la terminologie**

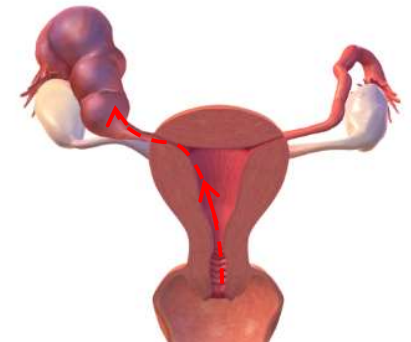


- **Infections génitales hautes ( IGH )**



- **IST = principales causes**
- IGH = infection génitale > endocol
- IGH = endométrites, salpingites, abcès tubo-ovariens (ATO), pelvi-péritonites
- Motifs fréquents :
  - de consultation aux urgences gynécologiques
  - et d'hospitalisation ( 3000/an en France pour ATO )

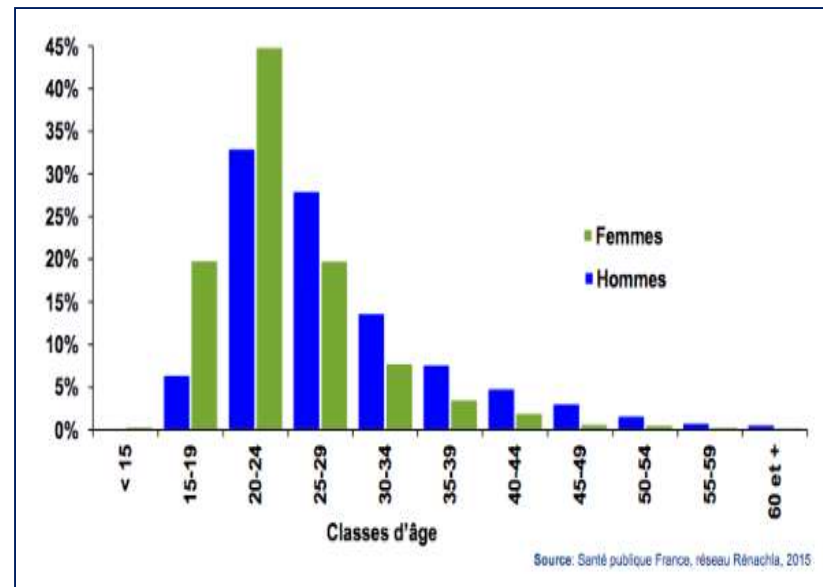
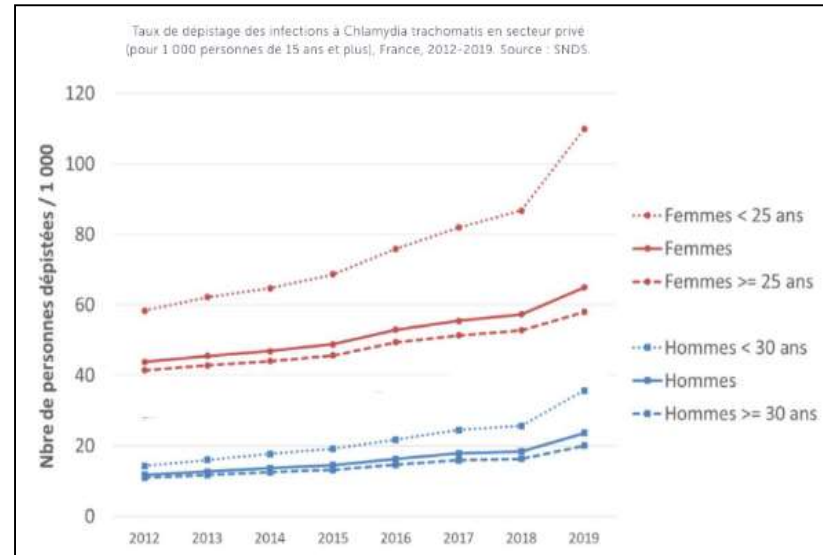
- **Sujet vaste ⇔ 5 IST ( vues par les gynécologues +++ )**

- **3 IST bactériennes ( CT, NG et MG )**
- **1 IST virale ( HSV )**
- **1 IST parasitaire ( trichomonas )**

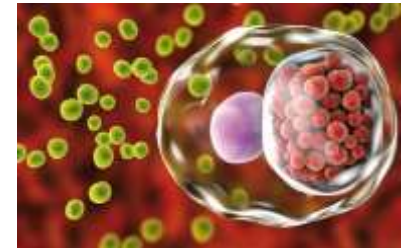


# Le Chlamydia trachomatis (CT)

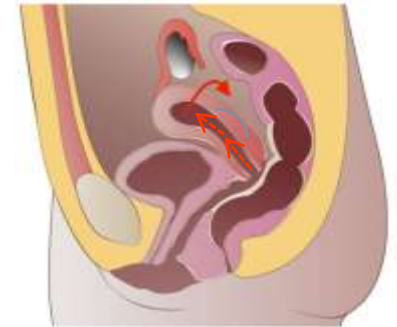
- 1<sup>ère</sup> cause d'IST bactérienne en France
- Prévalence en ↗ depuis ~ 2000
- Entre 2012 - 2015 ↗ de 10%
- Population jeune +++ :
  -  > 
  - Pic chez les femmes de 20 à 25 ans ( 3,6% )
  - vs 2,5% chez les hommes de même âge
- Transmission ⇨ de muqueuse à muqueuse
  - tropisme +++ pour l'endocol et l'urètre
  - mais également : oropharyngée, ano-rectale, oculaire ....



# Le *Chlamydia trachomatis* ( CT )

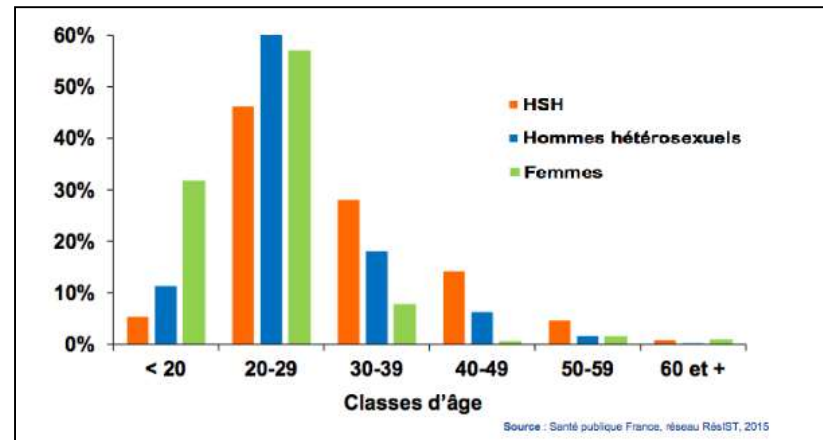
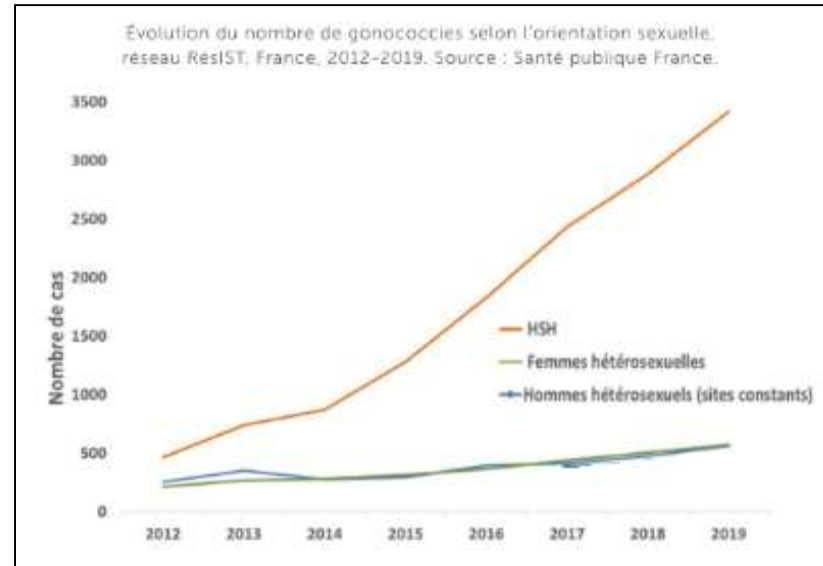


- Période d'incubation  $\Rightarrow$  2 à 3 semaines
- Physiopathologie chez la femme :
  - CT  $\Rightarrow$  endocervicite de courte durée ( infection contaminante  $\neq$  homme )
  - Endocervicite  $\Rightarrow$  CT par voie ascendante  $\Rightarrow$  IGH
  - CT retrouvé dans 60% d'IGH confirmées
- Risque d'IGH difficile à estimer car :
  - IST à CT souvent asymptomatique ( 60 à 70% des cas )
  - ~ 50% d'endocervicites à CT guérissent spontanément
  - risque d'IGH très faible ( $<$  à 10%)
- Traitement simple et efficace  $\Rightarrow$  guérison  $\sim$  7 jours
- Réinfection possible
- Conséquences d'IST à CT plus sévères chez la femme ( IGH, GEU, stérilité... )



# Le Gonocoque ( *Neisseria gonorrhoeae*, NG )

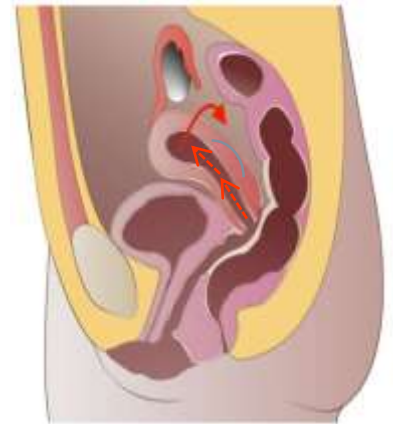
- 2<sup>e</sup> IST d'origine bactérienne
- Germe très fragile et cultures difficiles à obtenir
- **Milieus spécifiques ( antibiogramme )**
- **Résistances aux ATB +++**
- La période d'incubation est de 2 jours
- Prévalence en ↗ ( surtout depuis 2010 )
  - ↗ en partie liée aux TAAN en duplex avec le CT
  - **Incidence** ♀ < ♂ ( **55 vs 131 /100 000** )
  - Incidence ↗↗ chez les HSH ( 2/3 des cas en 2014 )
  - Nbre des cas ♀ sous estimés
  - Pic chez les 20 – 30 ans



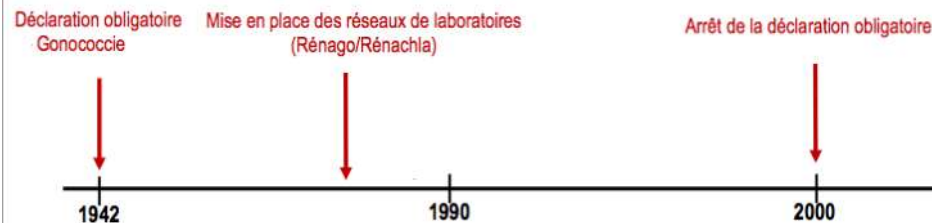
# Le Gonocoque (*Neisseria gonorrhoeae*, NG)



- Même tropisme initial que le CT (endocol, urètre, anus, oropharynx....)
- Même physiopathologie que le CT
  - IGB  $\Rightarrow$  IGH par voie ascendante
  - **Risque d'IGH +++ ( 10 à 40% )**
  - Tableau clinique plus aigu que le CT
- **Ce n'est plus une maladie à déclaration obligatoire**
- Guérison en  $\sim$  7 jours après le tt
- Co-infections très fréquentes ( CT/NG associés  $\geq$  24% des cas )




## Evolution de la surveillance des IST en France

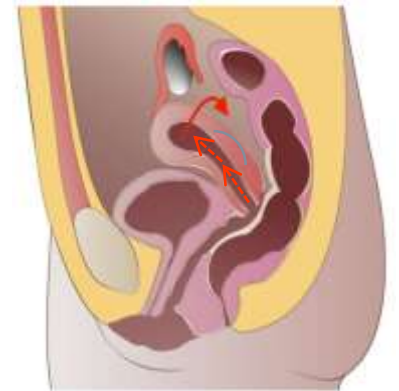




# Le Mycoplasme Genitalium ( MG )



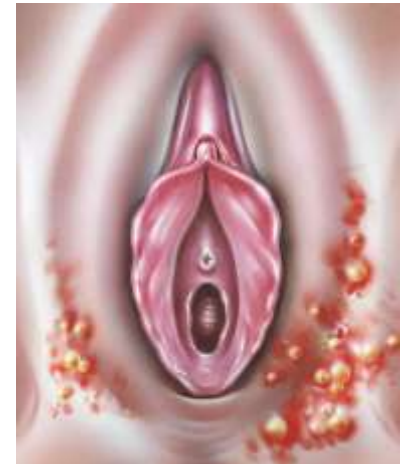
- Plusieurs espèces de mycoplasmes
  - M respiratoires
  - M génitaux : plusieurs espèces à l'état commensal (*M hominis*, *Ureaplasma urealyticum*...)
- *Mycoplasma genitalium* ( MG )
  - Identifié au début des années 1980
  - Seul *Mycoplasme* considéré comme pathogène et responsable d'IST
  - La période d'incubation est de 2 à 3 semaines
  - Même tropisme initial que CT et NG ( endocol et urètre +++ )
- **! présent à l'état commensal chez 1 à 3 % des** 
- Tableau clinique très proche du CT
- Guérison ~ 7 jours après le tt





# L'herpès génital ( *herpès simplex virus, HSV* )

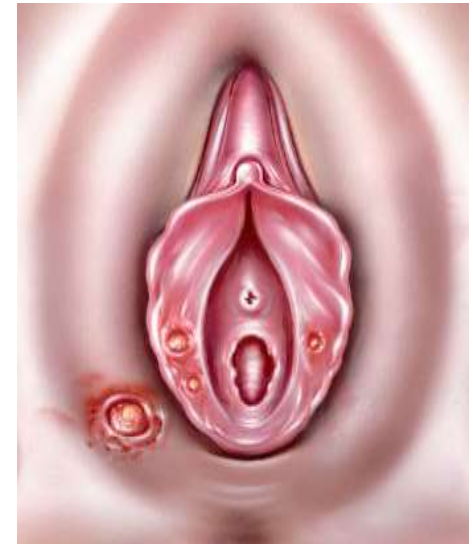
- 2 types de virus :
  - *HSV-1* ⇒ herpès oro-facial
  - *HSV-2* ⇒ herpès génital
  - **! l'inverse est possible**
- Actuellement en France : ↗ de l'herpès génital / *HSV-1*
  - 20% des cas féminins
  - 9% des cas masculins
- IST virale très répandue dans le monde
- En France, séroprévalence de l' *HSV-2* est estimée à :
  - 18% chez les femmes
  - 14% chez les hommes



# L'herpès génital ( *herpès simplex virus, HSV* )



- Maladie généralement bénigne, sauf dans certaines situations :
  - femme enceinte, nourrisson, immunodéprimés, personnes fragiles...
- Particularité de l'*HSV* après contamination ⇨ récurrences
  - Favorisées par ≠ facteurs ( fatigue, stress...).
  - **Récurrences** ↘ avec l'âge
- La transmission du virus peut se faire en période de :
  - Primo-infection
  - **Réactivation +++**
  - Excrétion virale asymptomatique



# Le trichomonas vaginalis ( TV )

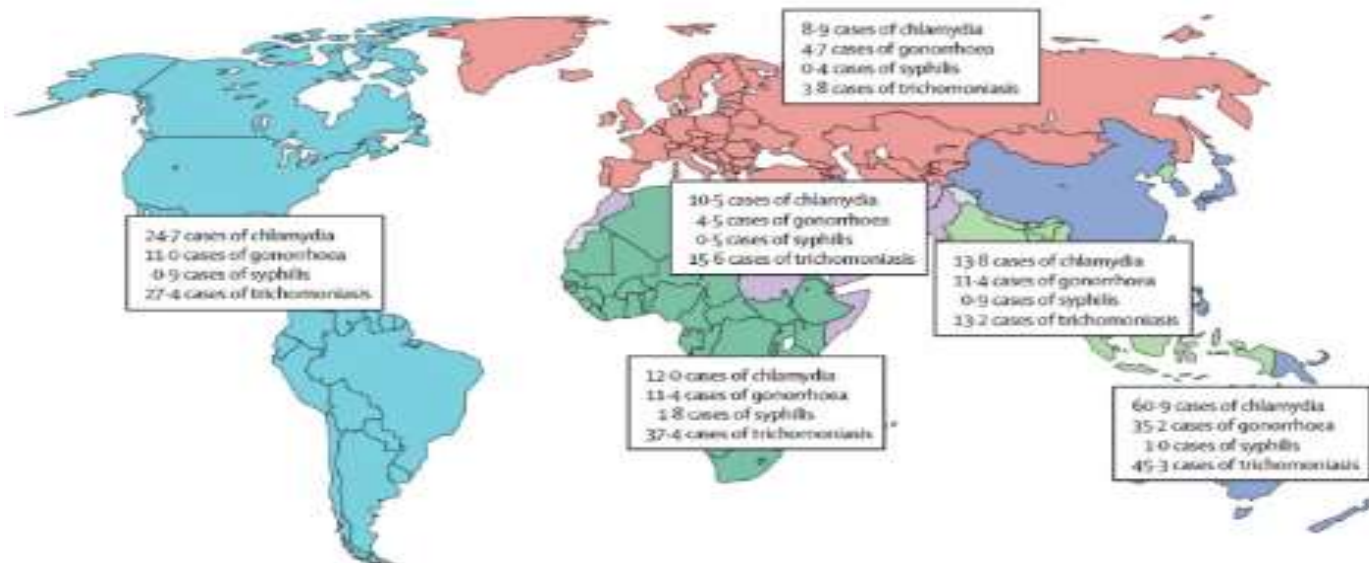


Revue Francophone des Laboratoires

Volume 2018

Pages 1-80 (June 2018)

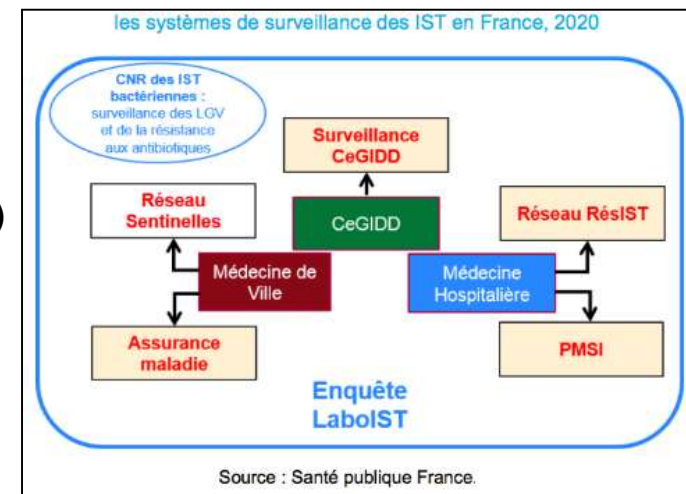
- IST d'origine parasitaire curable
- IST la plus répandue au monde
- **Prévalence** ♀ > ♂
  - En Amérique du Nord : 3% chez les femmes vs 0,2-0,5% chez les hommes
- IST à ne pas négliger ⇨
  - Fragilise les muqueuses génitales
  - **Favorise la transmission d'autres IST ( VIH et syphilis +++ )**
  - ➡ **le risque de complications obstétricales +++ ( chorioamniotite et prématurité )**



# Données épidémiologiques des IST

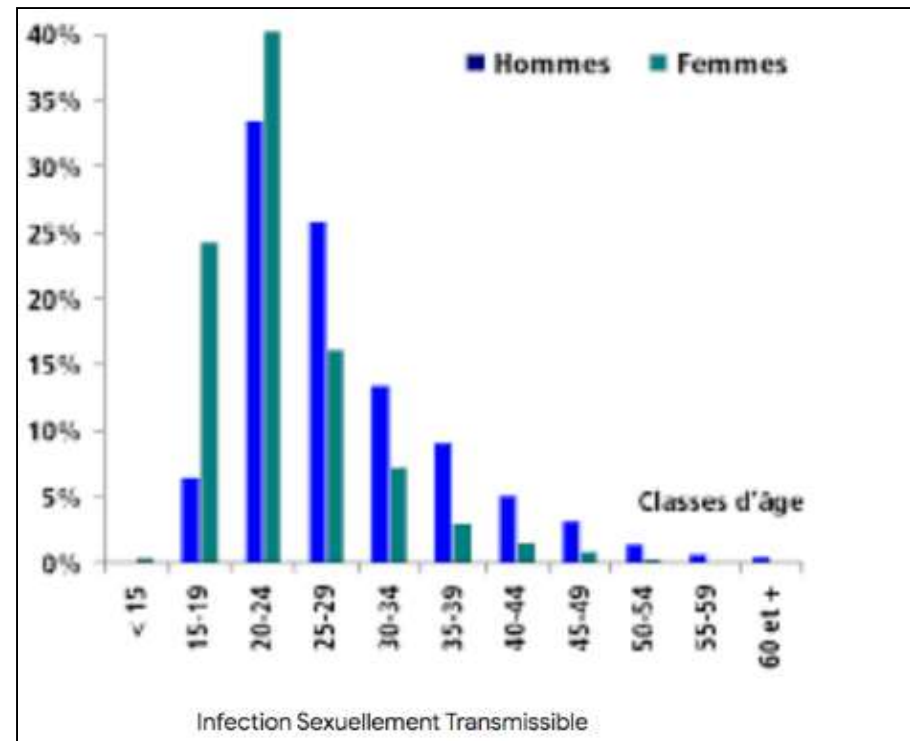
## Prévalence

- Grandes variations géographiques ⇨ taux ↗ dans les pays en voie de développement
- Données françaises :
  - Pas de chiffres précis
  - Plusieurs raisons :
    - **IST « classiques » ne sont pas des pathologies à déclaration obligatoire**
    - Majorité des cas asymptomatiques
    - Parfois, dans les IGH ⇨ aucun germe identifié
- On dispose des données fiables fournies par :
  - Les réseaux sentinelles des cliniciens et des laboratoires
  - Assurance maladie, le Centre National de Référence
  - Des marqueurs indirects (taux de GEU, de stérilité tubaire...)



# Données épidémiologiques des IST

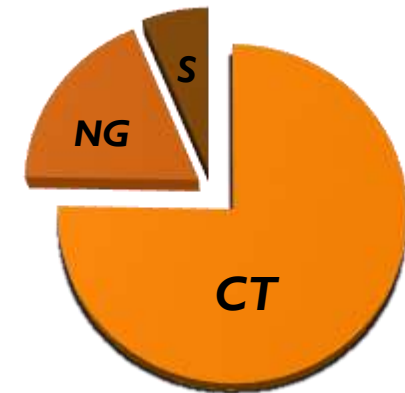
- Les IST en ↗ constante depuis plusieurs années
- Surtout chez les jeunes 👤 de moins de 25 ans
- Explications avancées :
  - Physiopathologiques ⇒ épithélium cervical plus immature et sensible aux germes
  - Autres raisons :
    - ↘ usage du préservatif
    - Mauvaise observance du tt des IST
    - Multiples partenaires sexuels...



# Données épidémiologiques des IST

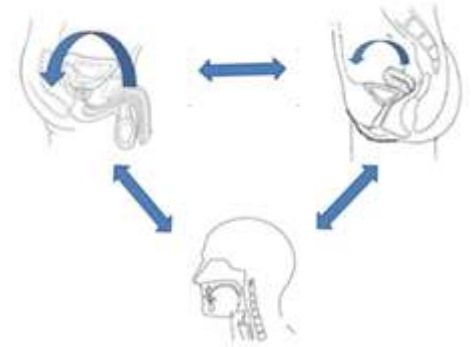
## Diagnostic d'IST en médecine générale ( Santé Publique 2021 )

- 685 médecins généralistes du réseau Sentinelles ( 1,2% des MG libéraux )
- 425 IST confirmées biologiquement chez des patients vus en consultation :
  - 320 CT
  - 78 NG dont 16 co-infections CT/NG
  - 27 syphilis
- Caractéristiques des patients CT :
  - Femmes 54%
  - **Formes symptomatiques 53% ( faible taux de dépistage ? )**
- Caractéristiques des patients NG :
  - Hommes 77% ( dont 38% HSH )
  - Formes symptomatiques 82%
- **Incidence annuelle estimée (des cas vus en consultation de MG )**
  - **CT ~ 60 000 cas**
  - **NG ~ 15 000 cas**





# Modes de transmission



- Rapports sexuels à partir de sécrétions ou zones contaminées :
  - par voie génitale, orale ou anale
  - ou à l'aide d'objets souillés (sex-toys...)
- Transmission verticale mère/enfant
  - **Pendant la grossesse ou lors de l'accouchement par voie basse +++**
- *CT – NG – MG – TV*
  - En anté-partum : chorioamniotite, rupture des membranes, prématurité ou MIU
  - En per-partum ( *CT* +++, plus rarement le *NG* ) :
    - Conjonctivite :
      - **CT principale cause bactérienne** ( 40% des conjonctivites du nn )
      - Risque de transmission ~ 20-50%
    - Pneumonie
- HSV ⇨ herpès néonatal
  - formes localisées (cutanées, oculaires, buccales, SNC)
  - ou diffuse multiviscérale ( morbidité et mortalité +++ )
  - ⇨ **indication large de césarienne en cas d'HG < 1mois**





# Diagnostic clinique

## Les IST bactériennes



- La symptomatologie varie en fonction de l'agent causal
- Les IST bactériennes ( *CT*, *NG* et *MG* ) ont plusieurs points communs
  - **Souvent asymptomatiques** ( risque de transmission +++)
  - **Les formes symptomatiques** ⇒ **tableau IGB ou IGH**
- Infection génitale basse ( IGB ) : « symptômes génito-urinaires »
  - **Pertes vaginales**
  - Métrorragies spontanées ou provoqués
  - Douleurs mictionnelles
- **Le NG donne des tableaux plus aigus**



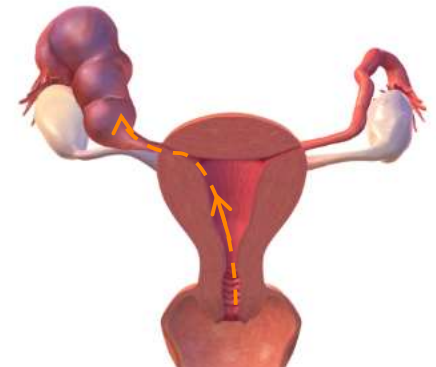
# Les infections génitales hautes ( IGH / IST bactériennes )

## Physiopathologie

- 2<sup>re</sup> à une perte de la barrière microbiologique de l'endocol ( « **verrou microbiologique** » )
- Généralement 2<sup>re</sup> à une IST ( CT et NG +++ ) ⇒ ascension des bactéries vaginales
- **Infections polymicrobiennes** :
  - Bactéries d'IST
  - Bactéries aérobies et anaérobies de la flore vaginale ( origine cutanée, digestive, pulm...)
- **A prendre en compte dans le tt +++**

## Classification ( CNGOF 2018 )

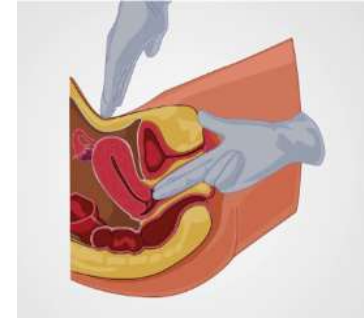
- Importante pour le tt ⇒ identifie les formes avec risque d'évolution défavorable
- IGH non compliquées ( tt en externe possible )
- IGH compliquées si abcès tubo-ovariens (ATO) :
  - pyosalpinx, abcès ovarien, du douglas ...
  - **Complicent 10 à 35% des IGH**
  - Unilatérale dans 70% des cas



# Les infections génitales hautes ( IGH / IST bactériennes )

## Diagnostic clinique

- douleurs pelviennes spontanées  
très évocatrices si évoluent depuis 4 jours ( CNGOF 2018 )
- douleur annexielle à l'examen gynéco
- fièvre
- $\pm$  troubles digestifs ( diarrhée )  $\Rightarrow$  abcès du Douglas
- $\pm$  douleur de l'hypochondre droit  $\Rightarrow$  sd de Fitz – Hugh - Curtis
- Signes d'IGB ( pertes vaginales... )



Péridépatite, vue œlioscopique

# Diagnostic clinique ( Herpès génital et Trichomonase )

## Herpès génital

- La primo-infection :
  - **Asymptomatique dans 2/3 des cas**
  - Formes symptomatiques « bruyantes » chez la femme :
    - vulvite hyperalgique
    - ± rétention d'urine
    - vésicules en bouquet évoluant vers de petites érosions confluentes
    - ⇒ 1<sup>ère</sup> **cause d'ulcération génitale**
- Les récurrences : symptômes moins importants ( vésicules en bouquet +++ )
- Régression spontanée sans cicatrice ⇒ 2 à 3 sem pour la PI et ~ 7 j pour les récurrences



## La trichomonase

- **Asymptomatique dans 15 à 20 % des cas chez la femme**
- Symptomatologie ⇒ signes génito-urinaires :
  - vulvo-vaginite (leucorrhées type « vaginose », diagnostic différentiel +++)
  - cystalgies, brûlures, pollakiurie...
  - ± prurit, dyspareunie

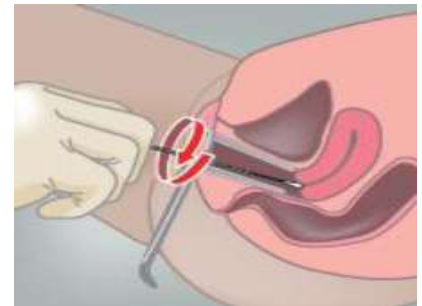


# Diagnostic paraclinique



## Quel prélèvement en Gynécologie

- Variable selon le contexte clinique
- Doit permettre :
  - Si dépistage ou suspicion d'IGB  $\Rightarrow$  TAAN ( tests d'amplification des acides nucléiques )
  - Si suspicion d'IGH :
    - un examen direct
    - des cultures ( aérobies, anaérobies  $\pm$  milieux spéciaux )
    - TAAN
- **Chez la ♀  $\Rightarrow$  écouvillonnage vaginal ou cervical +++ ( sensibilité  $>$  1<sup>er</sup> jet urinaire )**
- Si dépistage ou suspicion d'IGB  $\Rightarrow$  prélèvement vaginal aussi efficace que cervical
- Si suspicion d'IGH  $\Rightarrow$  prélèvement endo-cervical = endo-utérin
  - Eviter contamination vaginale  $\Rightarrow$  sérum  $\varphi$  +++
  - **Plus informatif** ( bactéries commensales vaginales +++ )
  - Fait au cours d'un examen gynéco  $\Rightarrow$  diag d'endocervicite ( IST +++ )



# Diagnostic paraclinique



## Matériels nécessaires

- Doit être conforme aux procédures définies par le laboratoire
- Au minimum  $\Rightarrow$  spéculums, écouvillons stériles, compresses stériles, sérum  $\phi$ , gants...
- Avant, 3 écouvillons étaient nécessaires :
  - examen direct : analyse de la flore vaginale (trichomonas, mycoses, vaginose...)
  - milieux standards ou spéciaux (NG +++)
  - TAAN ( NG, CT, MG  $\pm$  TV )
- Actuellement  $\Rightarrow$  un seul écouvillon type « *Universal Transport Medium ( UTM )* »
  - milieu de survie des bactéries et des virus
  - permet : examen direct, cultures standards et TAAN

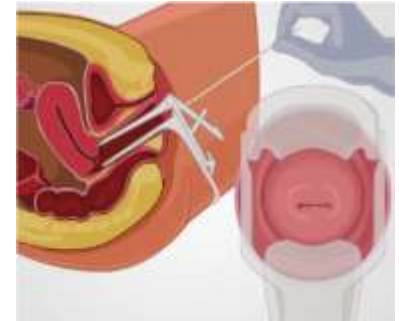




# Diagnostic paraclinique

## Comment prélever

- Prélèvement vaginal
  - par un professionnel de la santé avec ou sans spéculum
  - par auto-prélèvement
- Prélèvement par un professionnel sans spéculum
  - **Acceptable uniquement si dépistage ou IGB**
  - A éviter si suspicion d'IGH ( contamination par la flore vaginale +++ )
- Prélèvement par un professionnel avec spéculum = « gold standard »
- Auto-prélèvement vaginal :
  - dépistage de masse +++ ( patiente asymptomatique )
  - TAAN par auto-prélèvement ⇨ performance comparable au prélèvement / clinicien ( HAS 2018 )

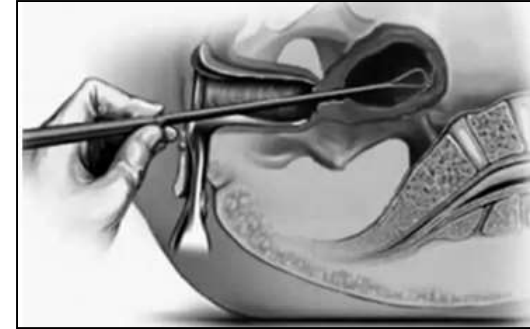




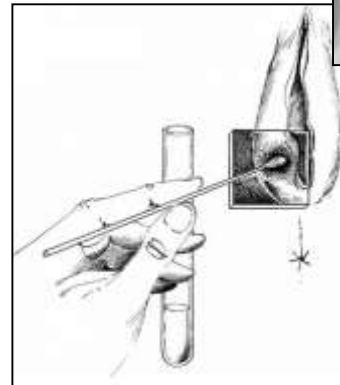
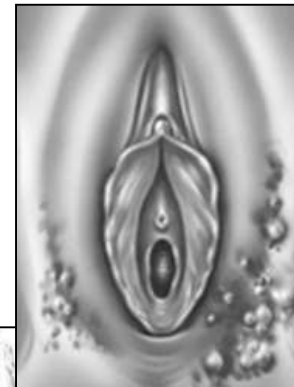
# Diagnostic paraclinique

## Autres prélèvements

- Prélèvements du haut appareil génital en cas d'IGH :
  - par voie basse : pyométrie, biopsie d'endomètre...
  - par voie haute : prélèvements chirurgicaux ou radio-guidés



- Cas particulier de l'HSV  $\Rightarrow$  prélèvement
  - Sur les vésicules ( percées / aiguille stérile )
  - Sur les lésions sèches ( ôter la croute / curette )
  - Sur les lésions purulentes ( ôter le pus / compresse humide )
  - Sécrétions vaginales chez la femme enceinte



# Diagnostic paraclinique

## Les TAAN (tests d'amplification des acides nucléiques)

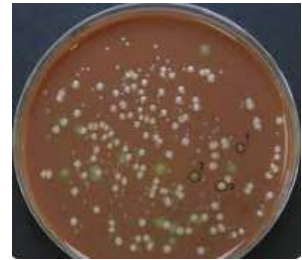
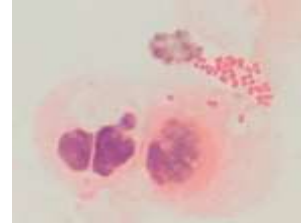
- **Le diagnostic d'IST repose sur les techniques de biologie moléculaire ( PCR )**
  - détection de l'ADN du microorganisme par amplification AN ( **TAAN** )
  - quel que soit le prélèvement biologique ( génital, urinaire... )
  - **même en faible quantité** ( autoprélèvement +++ )
- **Spécificité et sensibilité ~ 100%**
- Résultats rapides ( en qq heures )
- Pour les IST bactériennes ⇒ tests duplex ( *CT – NG* ) ou multiplex ( ... + *MG ± TV* )
- Pour l'HSV :
  - PCR plus rapide et ne dépend pas des conditions de transport ( ≠ culture )
  - Possibilité de génotypage HSV-1 / HSV-2
  - Possible en cas d'excrétion asymptomatique



# Diagnostic paraclinique

## Autres examens complémentaires

- Examen direct du prélèvement vaginal / endocervical
  - faible sensibilité ( 45-65% )
  - bonne spécificité ( NG = diplocoque à gram négatif )
- Cultures sur milieux spéciaux
  - **Sensibilité < TAAN**
  - Très bonne spécificité
  - Avantages :
    - pour les **IST bactériennes** ⇒ **antibiogramme ( NG +++ )**
    - pour l'herpès ⇒ permettent l'identification du type viral ( HSV-1 ou HSV-2 )
- Biologie et radiologie
  - **Indiquées uniquement en cas d'IGH**
  - La biologie ⇒ sd inflammatoire + hyperleucocytose
  - Examens de radiologie (écho ± scanner) ⇒ recherche un ATO ± diagnostic différentiel



# Diagnostic paraclinique

## Les sérologies

- Possibles pour le *CT* et le *HSV*
- Pour le *CT* :
  - **Sérologie généralement négative en cas d'IGB**
  - Sérologie généralement positive en cas **d'atcd** d'IGH
    - Interprétation délicate ( parfois positive très longtemps )
    - **IgG tjrs ⊕, IgA fréquemment ⊕ et IgM rarement ⊕**
    - Donc test sans intérêt ( diagnostic et surveillance )
    - **Principales indications ( HAS ) : atcd d'IGH sans TAAN réalisés et séquelles d'IGH ( stérilité )**
- Pour le *HSV* :
  - Pas d'intérêt devant une lésion clinique
  - Intéressante en cas de primo-infection ( séroconversion en 2 à 3 semaines )

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE

Réévaluation de la stratégie de dépistage des  
infections à *Chlamydia trachomatis*  
Septembre 2018

# Prise en charge thérapeutique IST / IGB asymptomatiques et symptomatiques

- IGB symptomatiques ⇒ cervicite, urétrite et rectite
- Pour toutes ces IST :
  - Abstinence jusqu'à ~ J7 après la fin du tt
  - tt simultané du partenaire ( ± test )
  - Dépistage des autres IST
  - Réinfection possible
- **Le CT**
  - **tt de référence** ⇒ **Cyclines**
  - Macrolides et Fluoroquinolones également efficaces ( ! résistances de NG ± MG )
  - **2 protocoles : tt court ou tt minute**
    - **Doxycyclines 100 mg x 2 / jour pendant 7 jours**
    - **Ou Azithromycine 1 g par voie orale en dose unique** ( effet retard de 8 jours )
  - Chez la femme enceinte ⇒ macrolides
    - Azithromycine en dose unique
    - ou Erythromycine 500 mg, 2 fois par jour pdt 14 jours



# Prise en charge thérapeutique IST / IGB asymptomatiques et symptomatiques

## Le NG

- résistances aux ATB
- Données du Centre de Référence des IST en 2017 :
  - Ⓜ Cyclines ~ 65%
  - Ⓜ Fluoroquinolones ~ 35 %
  - Ⓜ Azithromycine ~ 5%
  - ∅ résistance ou < 1 % avec les C3G
- tt de référence du NG ⇒ C3G en dose unique
  - ceftriaxone en 1<sup>ère</sup> intention ⇒ 500 mg IM ou IV
  - tt oral possible chez ♂ ⇒ cefixime 400 mg en prise unique ( ! si IGH, car mauvaise biodisponibilité )
- tt probabiliste systématique de CT ( co-infection +++)
- Sur base de l'antibiogramme ⇒ autres ATB possibles





# Prise en charge thérapeutique IST / IGB asymptomatiques et symptomatiques



## Le MG

- naturellement ® aux  $\beta$  lactamines  $\pm$  aux cyclines
- tt de référence  $\Rightarrow$  Azithromycine
  - **tt minute non recommandé**
  - tt court  $\Rightarrow$  500 mg le 1<sup>er</sup> jour puis 250 mg par jour les 4 jours suivants
- En 2<sup>e</sup> intention  $\Rightarrow$  quinolone ( études faites avec le moxifloxacin )
- Depuis qq années  $\Rightarrow$  ↗ résistance aux macrolides ( rôle du dépistage ? )
- D'où les propositions du GRIDIST (Groupe Infectiologie dermatologique et IST) :
  - $\updownarrow$  **le dépistage systématique du MG chez les asymptomatiques**
  - **Privilégier la doxycycline à l'azithromycine dans le tt du CT**
  - Contrôle systématique de guérison 4 à 5 semaines après le tt de MG





# Prise en charge thérapeutique

## Trichomonase et Herpès génital

OPINION D'EXPERT

Recommandations diagnostiques et thérapeutiques  
pour les maladies sexuellement transmissibles :  
herpès génital<sup>1</sup>

### Trichomonase

- tt 1<sup>ère</sup> intention ⇒ secnidazole ou métronidazole :
  - **secnidazole ( Secnol® sachet de 2 g ) en dose unique**
  - métronidazole ⇒ 2 g en prise unique ou 500 mg x 2/jour pendant 7 jours



### Herpès génital

- Molécules efficaces ( HSV-1 et HSV-2 ) :
  - Aciclovir (Zovirax®, Activir®)
  - **Valaciclovir (Zelitrex®)**
  - Famciclovir (Oravir®)
- tt de la primo-infection :
  - **Valaciclovir** ⇒ **500 mg x 2/jour per os pdt 10 jours**
  - ou Aciclovir ⇒ 200 mg x 5/jour pdt 7 à 10 jours ( ou IV 5 mg/kg )
- tt des récurrences :
  - Indiqué si épisodes importants ou prolongés
  - L'efficacité dépend de la rapidité d'instauration du tt
  - **Durée du tt** ⇒ **5 jours**
  - tt préventif si récurrences > 6 / an ⇒ Valaciclovir 500mg/j pdt plusieurs mois



# Prise en charge thérapeutique des IGH

Recommandations pour la pratique clinique

Prise en charge thérapeutique des infections génitales hautes non compliquées. RPC infections génitales hautes CNGOF et SPILF

R. Verdon<sup>1,2</sup>

*Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sterilité*, 47 (2011), 418-431

## Modalités thérapeutiques

- IGH non compliquées
  - Formes simples ⇒ tt en externe (taux de guérison et complications idem hospitalisation)
  - Formes intermédiaires ⇒ hospitalisation (doute diag, douleurs +++...)
- IGH compliquées ⇒ hospitalisation pour tt chirurgical ou radiologie interventionnelle
- L'antibiothérapie doit couvrir :
  - Les 2 principales IST bactériennes (CT et NG)
  - Les anaérobies et aérobie (BGN +++)
  - Doit être débutée dès la suspicion d'IGH (risque de complications à long terme)
  - Essais thérapeutiques : Ø de protocole supérieur à un autre (taux de guérison > 90%)
  - **IGH simples**



	Antibiotiques	Posologie <sup>a</sup>	Voie	Durée <sup>b</sup>
Externe 1 <sup>re</sup> intention	ceftriaxone	1 g	IM	1 fois
	+ doxycycline	100 mg x 2/j	PO	10 j
	+ métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j
Externe Alternatives	ofloxacine	200 mg x 2/j	PO	10 j
	+ métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j
	+/- ceftriaxone <sup>c</sup>	1 g	IM	1 fois
	lévofloxacine <sup>d</sup>	500 mg/j	PO	10 j
	+ métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j
	+/- ceftriaxone <sup>c</sup>	1 g	IM	1 fois

# Prise en charge thérapeutique des IGH

Recommandations pour la pratique clinique

Prise en charge des abcès tubo-ovariens (ATO) et des formes compliquées d'infections génitales hautes. RPC infections génitales hautes CNGOF et SPILF

O. Graesslin<sup>1,2</sup>, R. Verdon<sup>3</sup>, E. Raimond<sup>4</sup>, M. Koskas<sup>1</sup>, O. Garbin<sup>1</sup>  
Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sterilité 47 (2018) 431-440

## Les IGH compliquées

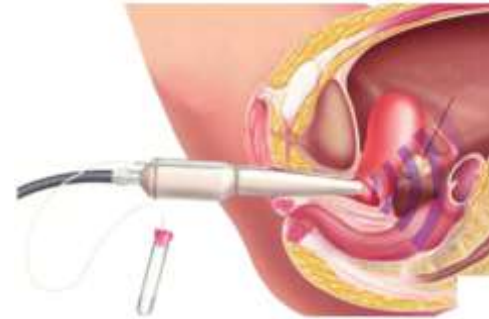
- Antibiothérapie seule ⇒ taux de guérison ~ 65% ⇒ risque de sepsis sévère
- **Antibiothérapie + drainage de l'abcès** ⇒ **↗ taux de guérison > 90%**
- Antibiothérapie pdt 14 jours ( voir plus ) + drainage de l'ATO si > 3 – 4 cm ( écho-guidé +++ )



Hospitalisation 1 <sup>re</sup> intention	ceftriaxone + doxycycline <sup>f</sup> + métronidazole <sup>f</sup>	1-2 g/j 100 mg x 2/j 500 mg x 3/j	IV IV, PO IV, PO	
Hospitalisation Alternatives	doxycycline + céfoxitine <i>puis relais par</i> doxycycline + métronidazole	100 mg x 2/j 2 g x 4/j 100 mg x 2/j 500 mg x /j	IV, PO IV PO PO	
	clindamycine + gentamicine <i>puis relais par</i> clindamycine	600 mg x 3/j 5 mg/kg/j 600 mg x 3 /j	IV IV PO	≤ 3 jours

# Prise en charge thérapeutique des IGH compliquées

- Drainage transvaginal échoguidé  $\Rightarrow$  en 1<sup>ère</sup> intention
  - mini-invasive
  - morbidité faible
  - réalisable dans ~ tous les cas



- **IST / IGH et stérilet**
  - Portage asymptomatique et DIU  $\Rightarrow$  risque d'IGH non  $\blacktriangleright$
  - Patiente porteuse de DIU  $\Rightarrow$   $\emptyset$  de retrait systématique si IST / IGH non compliquée
  - **Pas de C-I de DIU après IST / IGH**



Disponible en ligne sur Elsevier Masson France  
**ScienceDirect** **EM|consulte**  
www.sciencedirect.com www.em-consulte.com



Mise au point

Dispositif intra-utérin et infections génitales hautes : mythe ou réalité ?

T. Straub<sup>a</sup>, M. Reynaud<sup>b</sup>, M. Yaron<sup>c,\*</sup>

Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sterilité 46 (2018) 414-418

# Conséquences des IST

Recommandations pour la pratique clinique

Suivi et conseils après infection génitale haute. RPC  
infections génitales hautes CNGOF et SPILF

X. Ah-Kit<sup>a</sup>, L. Hoarau<sup>b</sup>, O. Graesslin<sup>b</sup>, J.-L. Brun<sup>a,\*,d</sup>  
Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 47 (2019) 458–464

- Mortalité
  - **Actuellement exceptionnelle avec les ATB**
  - Avant les ATB ⇒ IST potentiellement graves ⇒ taux de mortalité des IGH > 50%
  - Mortalité liée ⇒ complications ( péritonite et choc septique )
- Les conséquences à court et long terme des IST
  - aiguës ⇒ IGH (ATO et pelvi-péritonite )
  - **tardives ⇒ infertilité, GEU, adhérences, douleurs chroniques et récives**
- Chiffres disponibles pour les IGH ( car IST souvent asymptomatiques )
  - Infertilité ~ 20% après un épisode d'IGH et 50 % après 3 épisodes
  - GEU ~ 10 % ( vs 1,4% dans la population générale)
  - Douleurs pelviennes chroniques ~ 40 %
  - Récidives ~ 15-20% ( par réinfection +++ )
  - **Retentissement psychologique avec ( stigmatisation +++ )**





# Suivi des IST



Recommandations pour la pratique clinique

Suivi et conseils après infection génitale haute, RPC  
infections génitales hautes CNGOF et SPILF

X. Ah-Kit<sup>1</sup>, L. Hoarau<sup>2</sup>, O. Graesslin<sup>1</sup>, J.-L. Brun<sup>1,2,3,4</sup>  
Cytologie Gynécologie Frottis & Sérologie 4712010; 458-464

- Consultations de suivi +++ ( conséquences à court, moyen et long terme )
- Suivi précoce à J3 – J5 ⇒ pour vérifier :
  - compliance au tt ( si tt « non minute » )
  - évolution clinique
  - ® bactériologiques ( ± antibiogramme )
- Suivi à moyen terme :
  - **contrôle bactériologique** ⇒ **90 à 100% des prélèvements vaginaux négatifs à J30**
  - donc test de contrôle au plus tôt à J30
  - **Pour le CNGOF 2018**
    - ⇒ **J30 si mauvaise compliance ou évolution défavorable**
    - ⇒ Test systématique à 3 – 6 mois pour éliminer IST persistante ou réinfection
- Suivi à long terme ⇒ occasions pour éducation sexuelle, moyens de prévention ...



ameli.fr pour les assurés

**Le traitement des infections à Chlamydia**

14 juin 2023

# Prévention



- Préservatifs masculins ⇒ mesure ayant démontré son efficacité
  - surtout les IST transmises par les sécrétions ( vaginales, sperme... )
  - moins efficace contre les IST présentes sur les surfaces cutanées génitales ( HSV...)

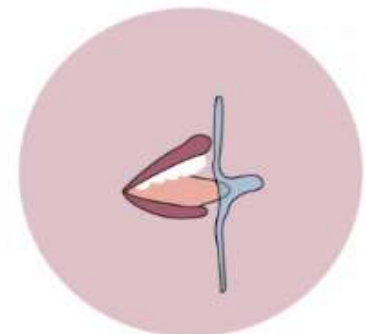
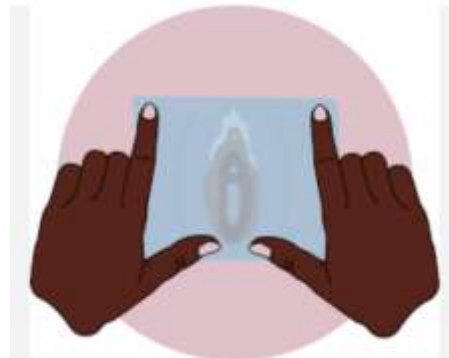
- Autres types de « barrières » efficaces :

- préservatifs féminins
- digues dentaires
- gants...



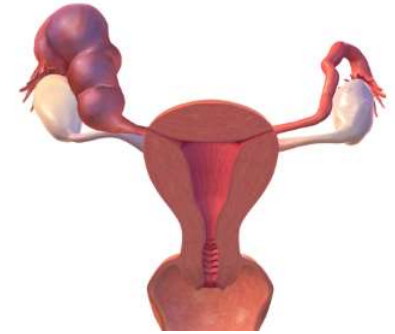
- Autres mesures également essentielles :

- éducation à la santé sexuelle
- dépistage et tt précoce des IST asymptomatiques...





# Dépistage des IST



- **Concerne principalement le CT**
  - IST curable très répandue
  - Souvent asymptomatique ( 60 à 70 % )
  - Conséquences +++ chez les femmes ( GEU, stérilité...)
  - **tt simple et efficace ( taux de guérison ~ 100% )**
- En France et pays développés
  - Programmes de dépistage de masse
  - Objectif s : ↘ prévalence et conséquences
- La situation en France :
  - 2003 :
    - 1<sup>ères</sup> recommandations de dépistage des IST à CT ( ANAES )
    - Non appliquées correctement...
  - **2018 : actualisation des recommandations par la HAS**
    - nouvelles données épidémiologiques ( ↗ incidence du CT )
    - nouveaux tests ( TAAN )...



EVALUATION DU DEPISTAGE DES  
INFECTIONS URO-GENITALES BASSES  
À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* EN  
FRANCE

FEVRIER 2003

# Dépistage des IST

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE

Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*  
Septembre 2018

## Principales recommandations de la HAS 2018

- **Dépistage ciblant les populations à risque +++**
- Pour les femmes sexuellement actives :
  - **dépistage systématique opportuniste de 15 à 25 ans ( grossesses comprises )**
  - pour les plus de 25 ans ⇒ dépistage si facteurs de risque
  - dépistage systématique si IVG ( pas de limite d'âge )
- **Pour les hommes sexuellement actifs ⇒ si facteurs de risque (pas de limite d'âge )**
- Les facteurs de risque identifiés :
  - multiparténariat ( > 2 dans l'année )
  - changement récent de partenaire
  - partenaires avec IST
  - atcd d'IST
  - HSH
  - prostitution, après un viol...

# Dépistage des IST

- Lieux de dépistage sont désormais plus nombreux :
  - Centres à vocation de dépistage ( CeGIDD, CPEF, SSU, Centres d'Orthogénie )
  - **Médecins généralistes, Gynécologues et Sages-femmes**
- Test de dépistage :
  - TAAN
  - Prélèvement vaginal par professionnel ou par autoprélèvement
- Fréquence du dépistage :
  - Si test négatif ⇒ chaque année
  - Si test positif ⇒ dépistage répété à 3-6 mois et tous les 3 mois pour les HSH



# Conclusion

1. Les IST ( CT, NG, MG, TV et HSV ) sont svt pauci ou asymptomatique ( ➤ risque de transmission )
2. Prévalence croissante surtout dans la population jeune ( problème de santé publique )
3. La morbidité est variable selon l'IST
  - Conséquences+++ chez la femme ( risque de stérilité, GEU...)
  - ➤ risque de transmission des autres IST (VIH )
4. Le diagnostic est actuellement aisé grâce aux TAAN
5. Le tt est bien codifié et fait l'objet régulièrement de mise à jour en fonction des résistances
6. Une prise en charge en externe des IGH non compliquées est possible ( ≠ IGH compliquées )
7. La prévention est simple et repose :
  - toujours sur l'usage du préservatif et des autres barrières
  - et le dépistage tel que recommandé par la HAS 2018



***Merci***