

fiche technique

Sous la responsabilité de ses auteurs

G. Monsel*, F. Caby**

Prise en charge des infections sexuellement transmissibles : les examens et les traitements

La Société française de dermatologie a actualisé en 2016 ses recommandations sur la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST). Sous la forme d'arbres décisionnels, une présentation est faite ci-après de la conduite des examens à réaliser pour explorer les 3 principaux syndromes : uréthrite (**figure 1**), ulcération génitale (**figure 2**) et leucorrhées (**figure 3**). Le **tableau** (p. 166) présente les traitements recommandés en fonction des étiologies identifiées. Le problème actuellement émergent est celui du >>>

Leucorrhées pathologiques

Définition : leucorrhées modifiées en couleur, abondance et/ou odeur

- Examen clinique systématique des parois vaginales et col (au spéculum)
- Prélèvement du cul de sac vaginal si aspect non typique de vaginose ou candidose :
 - Aspect macroscopique des leucorrhées (jaune-vert, spumeuses, odeur de plâtre frais dans la trichomonose, malodorantes et homogènes dans la vaginose, caillébotées dans la candidose)
 - pH (> 4,5 si vaginose bactérienne ou trichomonose)
 - Examen à l'état frais : identification TV, clue-cells dans la vaginose, levures et filaments dans la candidose
 - Test à la potasse 10 % (odeur de poisson avarié en cas de vaginose)
 - Culture
 - TAAN sur PLV cervical ou auto-prélèvement vaginal (CT/NG/MG/TV)
- Prélèvement endocervical si cervicite (TAAN CT/MG)

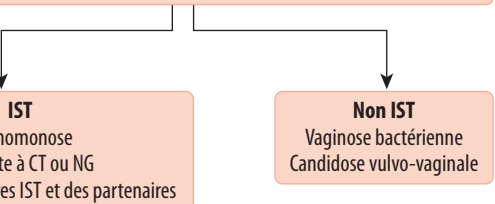


Figure 3. Prise en charge des leucorrhées.

* Service des maladies infectieuses et tropicales, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris.
 ** Service d'inféctiologie, centre hospitalier Victor-Dupouy, Argenteuil ; Sorbonne-Université, Inserm, institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique, Paris.

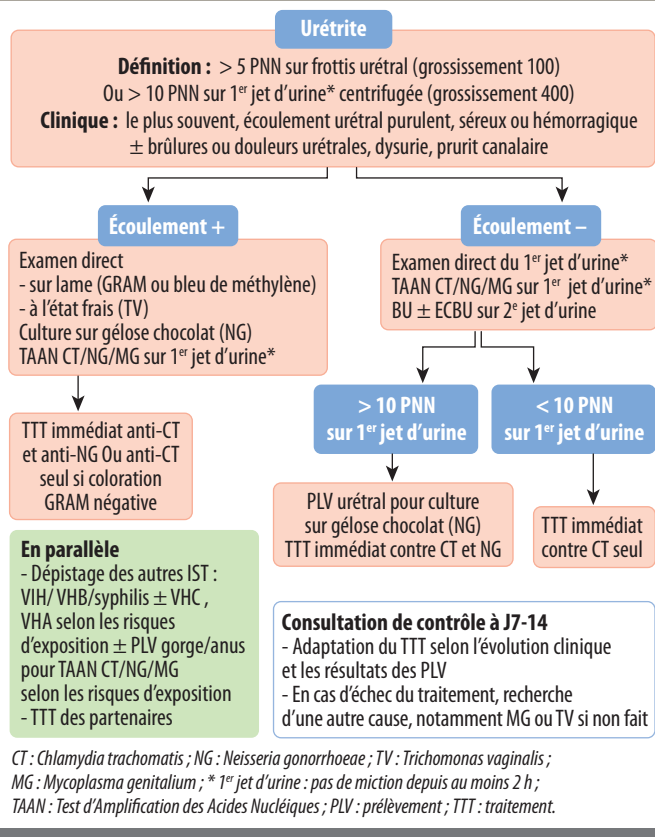


Figure 1. Prise en charge d'une uréthrite.

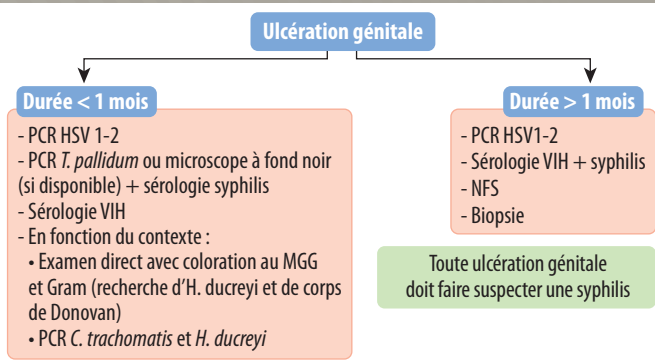


Figure 2. Prise en charge d'une ulcération génitale.

FICHE À DÉCOUPER

Tableau. Traitement étiologique des principales IST.

IST	Traitement de 1 ^{re} intention	Traitement de 2 ^e intention	Commentaires
Gonococcie génitale non compliquée	Ceftriaxone i.m. 500 mg DU	Moins efficace, en DU : – gentamicine i.m. 240 mg – ciprofloxacine p.o. 500 mg (résistance ≈ 50 %)	– La spectinomycine n'est plus disponible – Contrôle clinique et bactériologique à J7 et adaptation à l'antibiogramme si nécessaire
<i>Chlamydia trachomatis</i> (infections génitales basses hors LGV)	Doxycycline p.o. 100 mg × 2/j, 7 j	Azithromycine p.o. 1 g DU	Traitement par azithromycine DU en 2 ^e intention (risque d'émergence de résistance de <i>Mycoplasma genitalium</i> si associé)
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Azithromycine p.o. 500 mg J1 puis 250 mg/j, J2 à J5	Si échec ou résistance aux macrolides : moxifloxacine p.o. 400 mg/j, 10j	3 ^e ème ligne des formes persistantes après azithromycine et moxifloxacine : pristinamycine 1 g × 4/j pendant 10 j Si échec : – recherche de mutation de résistance
Syphilis – précoce (< 1 an depuis le chancre) – tardive – neurologique	Benzathine pénicilline i.m., 2,4 MU dose unique Benzathine pénicilline i.m., 2,4 MU/sem., 3 sem. Pénicilline G i.v. 20 MU/j, 10-15 j	Allergie pénicilline ou indisponibilité : Doxycycline p.o. 100 mg × 2/j, 14 j Doxycycline p.o. 100 mg × 2/j, 28 j Discuter C3G injectable	En cas de neurosyphilis, si allergie aux cyclines ou grossesse, une désensibilisation à la pénicilline est nécessaire Ponction lombaire systématique en cas de signe neurologique
Chancre mou (<i>Haemophilus ducreyi</i>)	Azithromycine p.o. 1 g DU ou ceftriaxone i.m. 250 mg DU	Ciprofloxacine p.o. 500 mg × 2, 3 j	Ponction itérative du bubon Éviter la chirurgie
Lymphogranulomatose vénérienne (sérovary L1, L2 ou L3)	Doxycycline 100 mg × 2/j, 21 j		Ponction itérative du bubon Éviter la chirurgie
Donovanose (<i>Klebsiella granulomatis</i>)	Azithromycine p.o. 1 g/sem., 21 j	Ofloxacine p.o. 200 mg × 2, 21 j	
Herpès génital – primo-infection – récurrence – récurrence > 6/an	Valaciclovir p.o. 500 mg × 2/j, 10 j ou aciclovir i.v. 5 mg/kg/8 h (si nécessaire) Valaciclovir p.o. 500 mg × 2/j, 5 j Valaciclovir 500 mg/j au long cours	Aciclovir p.o. 200 mg × 5/j, 10 j Aciclovir p.o. 200 mg × 5/j, 5 j	Ne prévient pas la survenue ultérieure d'une récurrence Intérêt si épisodes prolongés ou importants En 2 prises par jour, pour une meilleure efficacité si besoin
Gale commune	Perméthrine crème 5 %, 2 appl. de 8 h, espacées de 7-14 j Ivermectine p.o. 200 µg/kg, 2 prises espacées de 7-14 j	Benzoate de benzyl 10 %, 2 appl. de 24 h, espacées de 7-14 j Esdépalléthrine 0,6 % 2 appl. de 12 h espacées de 7-14 j	Dans tous les cas, faire un 2 ^e traitement à J7-J14, aucun produit n'ayant d'activité sur les œufs Attention, ivermectine contre-indiquée chez l'enfant de moins de 15 kg
Trichomonose	Métronidazole p.o. 2 g DU	Métronidazole 500 mg × 2 j, 7 j	Consommation d'alcool déconseillée
Vaginose bactérienne	Métronidazole 500 mg × 2/j, 7 j		Consommation d'alcool déconseillée

>>>> diagnostic et de la prise en charge thérapeutique des infections à *Mycoplasma genitalium*. Il est désormais indispensable que ce mycoplasme soit recherché de façon systématique, en association avec *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*.

En effet, la prise en charge thérapeutique est complexe compte tenu de l'émergence récente et préoccupante de résistances acquises aux macrolides, mais aussi aux fluoroquinolones. ■

Gentiane Monsel déclare avoir des liens d'intérêts avec le laboratoire Sandoz (rédaction de rapport d'expertise).

Fabienne Caby déclare avoir des liens d'intérêts avec Gilead et Janssen (réunion d'expertise).

Pour en savoir plus...

- Section MST/SIDA de la Société française de dermatologie. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles. *Ann Dermatol Venereol* 2016;143(11):701-91.
- Janier M, Hegyi V, Dupin N et al. 2014 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014;28(12):1581-93.
- Jensen JS, Cusini M, Gomberg M, Moi H. 2016 European guideline on *Mycoplasma genitalium* infections. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016;30(10):1650-6.
- Moi H, Horner PJ. 2016 European guideline on the management of non-gonococcal urethritis published. *Euro Surveill* 2016;21(22).