

Epidémiologie

Les infections sexuellement transmissibles (IST) représentent un problème de Santé Publique en raison de leur prévalence croissante et des grands risques de séquelles (p.e. infertilité). La plupart de ces maladies sont faciles à prévenir et à traiter, mais souvent les patients restent asymptomatiques.

Diagnostic

Idéalement, toute IST suspectée doit être confirmée bactériologiquement dans un but diagnostique, thérapeutique et épidémiologique.

L'utilisation des nouvelles techniques de biologie moléculaire permet une amélioration du dépistage avec une réponse plus rapide. Ceci rétablit un traitement optimal pour les patients infectés.

Le dépistage contribue à la diminution des porteurs asymptomatiques et à la réduction des complications.

Pathogènes aux infections urogénitales sexuellement transmissibles

Bactéries

Chlamydia trachomatis

est responsable de l'IST la plus fréquente dans les pays développés. La prévalence est plus élevée chez les patients âgés de moins de 24 ans. Les femmes sont plus infectées par rapport aux hommes. Ces infections restent souvent asymptomatiques.

Neisseria gonorrhoeae

est responsable d'urétrite aiguë chez l'homme. L'infection est asymptomatique dans plus de la moitié des cas chez la femme. Des infections pharyngées ou oculaires (chez le nouveau-né) sont possibles.

Treponema pallidum

agent de la syphilis. Quelques semaines après l'infection, un chancre enduré et indolore apparaît au niveau génital (parfois à la gorge, l'anus ou le rectum). Cette infection prédomine chez les hommes homosexuels et les patients infectés par le VIH. Les premiers symptômes de la syphilis peuvent passer inaperçus. Si l'infection n'est pas traitée, une éruption cutanée peut se manifester au stade secondaire de la maladie.

Mycoplasma genitalium

est découvert récemment comme un agent important (impliqué dans 15 - 20% des cas) des urétrites non gonococciques aiguës chez l'homme. Chez la femme cette bactérie peut causer des cervicites, endométrites et salpingites. Le portage peut être asymptomatique.

Mycoplasma hominis et *Ureaplasma urealyticum*

jouent un rôle dans les infections génitales. Le caractère sexuellement transmissible n'a pas été démontré.

Virus

Herpes simplex (HSV)

est l'IST la plus fréquente dans le monde. L' HSV type 1 aussi bien que l' HSV type 2 peuvent causer une infection génitale. Le diagnostic clinique est parfois difficile, puisque l'infection peut rester asymptomatique ou subclinique.

Parasites

Trichomonas vaginalis

cause la trichomonase, une maladie récurrente chez les femmes en âge de procréer. Chez les hommes, ce protozoaire peut causer l'urétrite. La prévalence mondiale s'élève à 3.1 %, et augmente avec l'âge. La plupart des cas restent asymptomatiques.



DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE ET TRAITEMENT DES MALADIES UROGÉNITALES ASSOCIÉES AUX INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Diagnostic

PATHOGENE	CULTURE	PCR	SÉROLOGIE	PRÉLÈVEMENT
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Non	Meilleur test pour dépistage et diagnostic	Valeur dans Lympho-granuloma venereum ou infertilité secondaire	PCR: urines 1er jet ou prélèvement génital Sérologie: sérum
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Oui, avec antibiogramme	Oui, en parallèle de la culture	Indication limitée	Culture: génitale PCR: urines 1er jet ou prélèvement génital
<i>Treponema pallidum</i>	Non	Indication limitée	Oui, anticorps totaux et VDRL pour respectivement dépistage et suivi du traitement	Sérum
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Non	Meilleur test pour dépistage et diagnostic	Non	Urines 1er jet ou prélèvement génital
<i>Mycoplasma hominis</i>	Oui	Non	Non	Génital
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Oui	Non	Non	Génital
<i>Herpes simplex</i>	Faible sensibilité	Meilleur test pour diagnostic sur lésion	Indication limitée	A la lésion
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Non	Meilleur test (technique par microscopie : moins bonne sensibilité que la PCR)	Non	Urines 1er jet ou prélèvement génital

Traitement

Le traitement doit être proposé à tous les partenaires sexuels. Un examen de contrôle n'est indiqué qu'en cas de résistance aux antibiotiques (sur base de l'antibiogramme), des plaintes persistantes ou d'une ré-infection.

PATHOGENE	PREMIÈRE INTENTION	DEUXIÈME INTENTION	REMARQUE
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Azithromycine 1 g PO (en 1 prise)	Doxycycline PO 100 mg 2x/jour (7 jours)	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriaxone 500 mg IM (1 injection) + azithromycine 2g (en 1 prise)	Spectinomycine 2g IM (1 injection) + azithromycine PO 2g (en 1 prise)	Traitement déconseillé: ciprofloxacine 500 mg (en 1 prise) (50-60% de résistance)
<i>Treponema pallidum</i>	Infection aigue: Benzathine pénicilline G 2.4 million IE IM (1 injection) Infection tardive: Benzathine pénicilline G 2.4 million IE IM (jour 1, jour 8 et jour 15)	Infection aigue: Doxycycline PO 100 mg 2x/jour (14 jours) Infection tardive: Doxycycline PO 100 mg 2x/jour (18 jours)	La doxycycline est contre-indiquée chez les femmes enceintes et les enfants.
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Azithromycine PO 500 mg puis 250 mg pendant 4 jours	Doxycycline PO 100 mg 2x/jour (7 jours) ou moxifloxacine 400mg 1x/jour (10 jours)	La doxycycline est contre-indiquée pendant la grossesse
<i>Mycoplasma hominis</i>	Doxycycline PO 100 mg 2x/jour (7 jours)		La doxycycline est contre-indiquée pendant la grossesse
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Azithromycine 1g PO (en 1 prise)	Doxycycline PO 100 mg 2x/jour (7 jours)	La doxycycline est contre-indiquée pendant la grossesse
<i>Herpes simplex</i>	Infection primaire: Aciclovir PO 200 mg 5x/jour (5 – 10 jours) Récidive: Aciclovir PO 200 mg 5x/jour (3 jours)	Infection primaire: Valaciclovir PO 500 mg 2x/jour (5 – 10 jours) Récidive: Valaciclovir PO 500 mg 2x/jour (3 jours)	Récidives fréquentes (>6 par an): traitement prophylactique antiviral prolongé
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Métronidazole 2 g PO (en 1 prise)	Métronidazole PO 250 mg – 500 mg PO 2x/jour (5 – 7 jours)	Le métronidazole est contre-indiqué pendant la grossesse

Références :

BAPCOG guidelines: guide Belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire
D.N. Gilbert, R.C. Moellering, G.M. Eliopoulos et al. 2013 The Stanford Guide to Antimicrobial Therapy. 43th Edition
E. Lanjouw, J.M. Ossewaarde, A. Stary et al. European Guideline for the Management of Chlamydia trachomatis infections. International Journal of STD and AIDS. 2010, 21:1
M.L. Yarbrough and C-A. D. Burnham The ABCs of STIs: An Update on Sexually Transmitted Infections. Clinical Chemistry. 2016 62:6
Nederlands Huisartsengenootschap: het SOA consult



L.B.S.

Chaussée d'Alseberg 196
B-1190 Bruxelles
Tél. +32 2 349 67 11
Fax +32 2 346 11 51
info@lbslab.be - www.lbslab.be
Numéro d'agrément 8-28620-51-998

Siège social

Cerba HealthCare Belgium sciv sprl
Avenue Joseph Wybran 45A
B-1070 Bruxelles
BE 0419.540.638