



Synthèse

Les IST en pratique

hors VIH et VHB

Sommaire

Chlamydia trachomatis (CT)	3
Gonocoque (Ng)	4
Mycoplasma genitalium (Mg)	5
Trichomonas Vaginalis	6
Herpès de la sphère génitale et périnéale	7
Syphilis	9
Dépistage systématique des IST	13
Conduite à tenir en cas d'urétrite, écoulement utérin ou rectal	14

Il existe 3 types d'IST

→ IST virales (les + fréquentes) : HPV, HSV

→ IST bactériennes : **Chlamydia Trachomatis**, Gonocoque, Syphilis,
Mycoplasma Genitalium

→ IST parasitaire : Trichomonas Vaginalis



Ce document fait partie d'un kit pratique dédié à la santé sexuelle en médecine générale. Les documents qui le composent sont disponibles au format PDF en scannant le code QR ci-dessous



Chlamydia Trachomatis (CT)

À savoir

- Fréquente notamment chez les jeunes femmes 15-24 ans
- Souvent **asymptomatique**, parfois écoulement urétral, urétrite, dysurie, cervicite ou rectite
- **Complications pelviennes hautes** chez la femme si non traitée (salpingite, GEU, infertilité)
- Incubation : **7 à 10 jours**



DIAGNOSTIC

PCR sur 1^{er} jet urinaire, sur écoulement, auto-prélèvement vaginal, sur écouvillon pharyngé et/ou auto-prélèvement anal.



TRAITEMENT

1^{ère} intention

Doxycycline 100Mg 2 fois par jour durant 7 jours. EFFICACE.

ATTENTION : la Doxycycline est à prendre avec un grand verre d'eau, au milieu d'un repas. Ne pas s'allonger dans l'heure après la prise (oesophagite), et protection solaire recommandée (photosensibilisation).

2^{ème} intention (en cas allergie ou grossesse 2^{ème} et 3^{ème} trimestre)

Azithromycine 1g en monodose

- Notification et dépistage de **tous les partenaires** des 6 derniers mois, **traitement systématique** des partenaires des 2 dernières semaines
- Abstinence ou rapports protégés **7 jours**
- **Test d'éradication** (à 4 à 6 semaines de la fin du traitement) **non nécessaire**, sauf en cas de grossesse, de traitement autre que doxy ou de traitement de 7j pour une localisation rectale chez un HSH* sans génotypage permettant d'exclure la LGV

Chlamydia anale et ano-rectite chez les HSH*

- Le plus souvent **CT de génotype NON L** = traitement habituel de 7 jours
- Moins souvent **CT de génotype L**, responsable de LGV (lymphogranulomatose vénérienne), plus fréquent chez des HSH* plus âgés et **en cas de coinfection VIH**.
Traitement prolongé 21 jours, prélèvement en précisant sur l'ordonnance « souche à typer si CT+ » en cas d'ano-rectite chez HSH* à risque de LGV
- La LGV est à **40% symptomatique** (vs 12% pour le génotype non L)

En pratique devant une ano-rectite chez un HSH* : PCR CT et Ng avec demande de génotypage si CT+ (sera envoyé au Centre National de Référence de Bordeaux). Ordonnance traitement probabiliste Ng et doxycycline 100 Mg x2 par jour pour 21 jours d'emblée. Stop à 7 jours si CT non L au résultat. Si génotypage impossible, traitement 21 jours ou avis spécialisé (cegidd/ infectiologue).

En pratique devant résultat CT+ anal asymptomatique chez les HSH* : génotypage si possible, ordonnance traitement de 21 jours si co-infection VIH (stop à 7 jours si non L). Si pas de co-infection VIH et si génotypage impossible, ordonnance traitement de 7 jours et test d'éradication à 4 à 6 semaines de la fin du traitement.

*HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes



Gonocoque (Ng)

À savoir

- **Urétrite**, écoulement urétral purulent, rectite purulente, cervicite, ou asymptomatique (souvent chez les femmes)
- **Incubation courte**, 24h à 7 jours
- **Complication rare possible** de gonococcémie disséminée si non traité



DIAGNOSTIC

Ordonnance PCR sur 1^{er} jet urinaire, sur écoulement, auto-prélèvement vaginal, sur écouvillon pharyngé et/ou auto-prélèvement anal ET culture bactériologique pour antibiogramme (profil de résistance).

PCR et culture seront faits sur le même prélèvement.

Par contre, il est fréquent d'avoir une PCR+ et que la culture ne soit pas contributive.



TRAITEMENT

1^{ère} intention

Ceftriaxone 1g IM. EFFICACE

Quasi pas de Ng R en France en 2024

- **Associer à l'injection IM** à une dose de 2mL de Lidocaïne 1 % pour limiter les douleurs au point d'injection
- Notification / dépistage des partenaires **des 6 derniers mois** (ou des 2 dernières semaines si urétrite)
- Test d'éradication non nécessaire **si le traitement est efficace** (urogénital et rectal)
- **Test d'éradication par PCR recommandé** à partir du 14^e jour après traitement si retour d'Asie Pacifique, ou si infection pharyngée
Difficultés de pénétration des ATB
- Abstinence ou préservatifs **7 jours** (14 jours si pharyngé)



Si le patient est de retour d'Asie Pacifique, risque de Ng Résistant.

Demander un avis spécialisé si le patient présente une allergie aux bêta-lactamines. Dans ce cas, adapter le traitement à l'antibiogramme car résistances.

Pour Chlamydia T et Gonocoque : en cas de poursuite des prises de risque sexuel chez le sujet traité, un test de recherche de ré-infection asymptomatique est recommandé entre 3 et 6 mois après traitement.



Mycoplasma Genitalium (Mg)

À savoir

- Le seul mycoplasme responsable d'IST
- 2^{ème} cause d'urétrite non gonococcique après Chlamydia T
- Cervicite, dysurie, rectite, douleurs pelviennes,...



DIAGNOSTIC (uniquement par PCR)

- **Ne pas dépister si asymptomatique**
Portage asymptomatique fréquent
- **Ne pas traiter si asymptomatique**, sauf partenaire actuel d'une personne symptomatique
- **Ne pas dépister en pharyngé**
Portage asymptomatique
- Les co-infections doivent être prises en charge en première intention, la prise en charge thérapeutique de Mg ne s'effectuera **qu'en l'absence de co-infections**
Par exemple, si Chlamydia T + Mg, on traite en 1^{ère} intention le CT
- Problème de cas de **multirésistance aux ATB** avec impasse thérapeutique
- Les laboratoires de ville ont obligation de faire une « **recherche de mutations de résistances aux macrolides** » si PCR Mg+



TRAITEMENT

Si le traitement peut être différé

Dans le cas d'un patient peu symptomatique et avec son adhésion à la démarche

Attendre les résultats, dont celui de la recherche de R aux macrolides.

En cas de sensibilité conservée aux macrolides, **l'azithromycine 2 g sur 3 jours est recommandée en première intention** (1g à J1 puis 500mg par jour à J2 et J3).

Si R aux macrolides : Moxifloxacine 400mg par jour pour 7 jours.

Attention : risque d'allongement du QT, faire ECG si FDR avant prescription

Si le traitement ne peut pas être différé

- **Traitement séquentiel guidé par la résistance (TSGR) :**
prescrire immédiatement 7 jours de doxycycline à 100mg x 2 par jour **sans attendre les résultats** puis, à réception des résultats :
 - **en cas de sensibilité conservée aux macrolides :** azithromycine 1g J1 et 500mg J2 et J3
 - **en cas de résistance aux macrolides :** moxifloxacine 400mg par jour pendant 7 jours
- **Dépistage et traitement des partenaires actuels**, avec le même schéma thérapeutique que le cas index
- **Pas de test d'éradication post-traitement** en cas de disparition des symptômes à la suite d'un traitement de 1^{ère} ligne.
- **Abstinence ou rapports protégés jusqu'à la fin du traitement**

TRAITEMENT « SYNDROMIQUE » D'UNE INFECTION GÉNITALE BASSE :
Doxycycline 100mg matin et soir pendant 7 jours

RECHERCHE DE RÉSISTANCE AUX MACROLIDES

Pas de mutations = sensibilité conservée aux macrolides

Azithromycine : dosage 1g à J1 puis 500mg à J2 et J3

Mutations = résistance aux macrolides

Moxifloxacine : 400mg par jour pendant 7 jours

Trichomonas Vaginalis

À savoir

- Infection parasitaire due à un protozoaire
- 30% des vulvo-vaginites (leucorrhées spumeuses, verdâtres)
- Le plus souvent asymptomatique chez l'homme, parfois uréthrite discrète
- **Incubation :** 4 à 28 jours



DIAGNOSTIC

Essentiellement par PCR



TRAITEMENT

- **Metronidazole 500mg** x 4 en monodose per os
Ou Secnidazole, 1 sachet
- Pas d'alcool pendant 48h (effet antabuse)
- Abstinence ou rapports protégés **pendant 7 jours**
- **Notification et traitement** des partenaires actuels

Herpès de la sphère génitale et périnéale

À savoir

- Deux types de virus (HSV1 et HSV2) pouvant tous les deux être retrouvés au niveau génital
- Séroprévalence élevée (90% pour HSV1, 15-20% pour HSV2 chez les adultes en France)
- Transmission par les muqueuses ou par contact cutanéomuqueux



MANIFESTATIONS CLINIQUES

- **Primo-infection** : vésicules génitales ou périnéales d'extension progressive pouvant aller jusqu'à l'ulcération. Généralement douloureux. Tableau pouvant être plus sévère chez la femme, avec vulvite aigue oedémateuse, érosive et hyperalgique. Symptômes systémiques possibles (fièvre, myalgie, céphalées). Disparition des lésions en 1 à 2 semaines sans cicatrice
- **Récurrence** : bouquet vésiculo-pustuleux sur un site en général fixe, fréquemment précédé de prodromes (hypoesthésies, brûlures) 24h avant. Favorisée par divers facteurs (fièvre, stress, menstruation, rapport sexuel,...)



DIAGNOSTIC

Diagnostic clinique dans la majorité des cas, pouvant être confirmé par PCR sur écouvillonnage local d'une vésicule en cas de doute (présentation atypique,...)



TRAITEMENT

■ **Primo-infection non sévère**

Chez l'immuno-compétent, l'immuno-déprimé non sévère, la femme enceinte : Valaciclovir 500 mg deux fois par jour pendant 5 jours.

Chez l'immuno-déprimé sévère : Valaciclovir 1000mg deux fois par jour pendant 10 jours

Primo-infection sévère (lésions extensives et/ou atteintes d'organes, méningo- encéphalite herpétique) : avis spécialisé et hospitalisation recommandée

■ **Traitement curatif de la récurrence :**

Chez la femme enceinte : Valaciclovir 500 mg x 2 pendant 3 jours ou ACICLOVIR 200 mg x 5 pendant 5 jours

Chez l'immunocompétent ou l'immunodéprimé non sévère :
VALACICLOVIR 2000 mg x 2 pendant 1 jour (1^o intention)
ou ACICLOVIR 800 mg x 3 pendant 2 jours (2^o intention)

Chez l'immunodéprimé sévère : Valaciclovir 1000 mg x 2 pendant au moins 5 jours (1^o intention) ou Aciclovir 400 mg x 5 pendant au moins 5 jours

■ **Traitement suppressif (prévention des récurrences)**

Chez l'immunocompétent : Valaciclovir 500 mg x 1 par jour (1^o intention) ou Aciclovir 400 mg x 2 par jour (2^e intention) pendant 12 mois ;

Chez l'immunodéprimé non sévère ou sévère : Valaciclovir 500mg x 2 par jour ou Aciclovir 400 mg x 2 par jour pendant 12 mois.
Réévaluation clinique à 12 mois. Si persistance de récurrences, possibilité de majoration de posologie : Valaciclovir 500 mg x 2 par jour ou Aciclovir 400 mg x 3 par jour. Si absence de récurrence à 12 mois : proposer une fenêtre thérapeutique

■ **Prophylaxie chez la femme enceinte ayant présenté un épisode de primo- infection ou de récurrence au cours de la grossesse :**

Aciclovir 400 mg x 3 par jour à partir de 36 semaines d'aménorrhées (SA) jusqu'à l'accouchement

Syphilis

À savoir

- **Prévalence en hausse** des cas rapportés en médecine générale depuis 2021 (158 cas pour 100 000 habitants en 2023)
- En médecine générale, **les hommes représentaient 84% des cas déclarés**, dont 82% étaient des HSH* (71% de l'ensemble des cas).
- Les personnes nées à l'étranger représentaient **14% des cas** (Réseau Sentinelles)
- Transmission par **les muqueuses** (génitale, anale, buccale) **et par voie transplacentaire**
- Si non symptomatique, **syphilis qualifiée de latente** (précoce ou tardive)

Classification simplifiée :

STADE PRECOCE : contamination datée de moins d'un an

STADE TARDIF : contamination datée de plus d'un an
(important pour le choix du protocole de traitement)



MANIFESTATIONS CLINIQUES

Ces manifestations cliniques peuvent être inconstantes ou passer inaperçues.

- **Syphilis primaire** : apparition d'un chancre 3 semaines après le contage (délais moyen) : ulcération génitale, anale ou buccale, indolore dans la majorité des cas
- **Syphilis secondaire** : éruption cutanée type roséole, maculo-papules (syphilides), plaques muqueuses, polyadénopathies superficielles, alopecie, atteintes d'organes, arthrites
Nombreuses manifestations cliniques possibles (« grande simulatrice »).
diagnostic à évoquer systématiquement chez personnes à risque
- **Syphilis tertiaire** (rare) : granulomatose avec lésions vasculaires, osseuses, cutanéomuqueuses
- **Neurosyphilis** : atteinte neurologique pouvant être présente à la phase secondaire OU à la phase tertiaire : méningite, atteinte des paires crâniennes, formes ophtalmiques (neurosyphilis précoce) voire paralysies, troubles mnésiques, démence (neurosyphilis tardive, rare).

Penser à la syphilis face à un trouble neurologique inexpliqué

*HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes





DIAGNOSTIC

Diagnostic par sérologie combinée associant un test tréponémique (EIA ou ELISA, qualitatif) à un test non tréponémique (VDRL ou RPR, quantitatif, non spécifique)

Interprétation des sérologies syphilitiques

- **Test tréponémique (TPHA)** : soit + soit - les taux n'ont aucun intérêt
- **non tréponémique (VDRL/RPR)** : **intérêt majeur des taux ou dilutions** pour interprétation des résultats et suivi.

TPHA- et VDRL/RPR-



Absence de contact avec des tréponèmes (vénériens ou non vénériens) sous réserve d'une absence de prise de risque récente



Répéter la sérologie à 1-2 semaines si suspicion d'infection récente

TPHA+ et VDRL/RPR-



Infection ancienne et guérie (cicatrice sérologique)
ou
Syphilis primaire débutante
ou
Tréponématose non vénérienne (patients originaire de zones d'endémie)



Une sérologie de contrôle à 2 ou 3 semaines est recommandée pour suivre la cinétique d'évolution

TPHA+ et VDRL/RPR+



Infection active (ou en cours de guérison)
ou
Tréponématose non vénérienne



À confronter au contexte clinique et thérapeutique : après instauration d'un traitement adapté à la syphilis, le VDRL doit décroître progressivement



TRAITEMENT

- **Syphilis précoce** : Benzathine Penicilline G : 2,4 M UI en intra-musculaire (IM) en une ou deux injections (moins douloureux mais nécessité d'injection bilatérale).
En cas d'allergie aux pénicillines : Doxycycline 200 mg/j pendant 14 jours en une à deux prises.
Si troubles de la coagulation ou traitement anticoagulant contre-indiquant les injections IM : Doxycycline 200 mg/jour pendant 14 jours en une à deux prises ou Ceftriaxone 1g IV pendant 10 jours
- **Syphilis tardive** : Benzathine Penicilline G : 3 doses de 2,4 M UI en IM en une ou deux injections à J1, J8 et J15.
En cas d'allergie aux pénicillines ou de trouble de la coagulation ou de traitement anticoagulant contre-indiquant les injections IM : Doxycycline 200 mg/jour pendant 28 jours en une à deux prises.
- **Neurosyphilis, syphilis tertiaire et/ou cardiovasculaire, syphilis ophtalmologique, otosyphilis, femmes enceintes** : avis spécialisé recommandé +/- hospitalisation



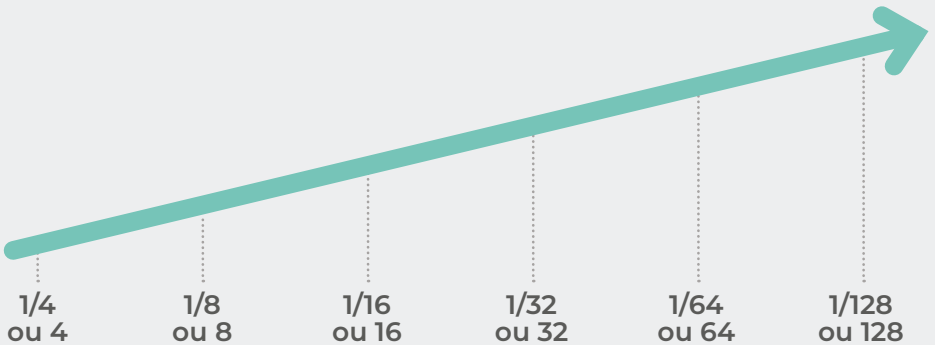
SURVEILLANCE POST-TRAITEMENT

Réaction de Jarisch-Herxheimer : en général bénigne, elle est liée à la lyse des tréponèmes par antibiothérapie : apparition de fièvre, céphalées, myalgies, asthénie, tachycardie, hypo ou hypertension, crise comitiale, dans les 24h après l'injection. Informer les patients de la possibilité de survenue. Prise en charge symptomatique par Paracétamol si absence de complication.

Contrôles post-traitement

- Faire un dosage sérologique **PROCHE** du J0 (car les taux augmentent vite et l'interprétation ensuite serait plus difficile si la sérologie initiale est faite trop en amont du traitement)
- Contrôles M3, M6, M12
Intérêt de la sérologie M3: éliminer une ascension du titre signant une re-contamination précoce
- **Critère de guérison : diminution d'un facteur 4** (soit deux dilutions) **du TNT (VDRL) à 6 MOIS** (par exemple le VDRL passerait de 32 à J0 à 8 à M6. Il a été divisé par 4)
- Les variations de titre d'un facteur 1 ou 2 dans le suivi ultérieur ne doivent pas permettre de conclure à quoi que ce soit.
- Si les critères de guérison ne sont pas obtenus à M6, on discute un nouveau traitement par 3 doses à une semaine d'intervalle.
- Une ré-ascension du TNT (VDRL) d'un facteur ≥ 4 après une guérison biologique est à considérer comme une re-contamination et à traiter.

Lecture quantitative du titre VDRL/RPR



Rapports sexuels protégés ou abstinence 7 jours



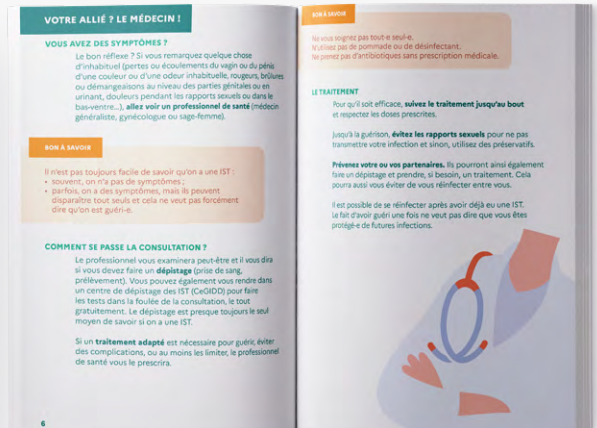
PRISE EN CHARGE DU PARTENAIRE

- **Rapport < 3 mois avant traitement du cas index** : traitement immédiat OU surveillance clinique et sérologique rapprochée à J0, S6, M3, M6
- **Rapport > 3 mois avant traitement du cas index** : surveillance clinique et sérologique à J0, M3, M6
- Traitement systématique des femmes enceintes ayant eu un rapport **avec un patient atteint de syphilis** (risque de transmission materno-fœtale) : demander un avis spécialisé

L'injection de BENZATHINE PENICILLINE G en pratique

Pour les injections intramusculaires de benzathine pénicilline G, il est conseillé en l'absence d'allergie de remplacer le diluant fourni avec la benzathine pénicilline G par de la lidocaïne 1 % sans adrénaline, au moins 0,5mL voire tout le volume prévu de diluant.

On peut également réaliser l'injection des 2,4 MUI de benzathine pénicilline G en 2 fois, soit 1,2 MUI dans chaque fesse ou dans chaque deltoïde chez les patients ayant des prothèses fessières. Cela peut également permettre de diminuer la douleur liée à l'injection. Il peut également être préconisé au patient de marcher pendant 30 min après l'injection pour aider à la résorption musculaire.



Cette brochure fait le point sur les différentes infections sexuellement transmissibles (IST) : symptômes, traitement, prévention, dépistage, conseils. Elle est disponible en téléchargement ici (PDF) : bit.ly/3X6GchK

Dépistage systématique des IST dans le cas d'un patient asymptomatique

- À proposer **si jamais fait**,
- Bilan des migrants **primo-arrivants**
- Si **changement de partenaire**
- Si **doute** sur le/la partenaire
- **Avant ou en début de grossesse**, dans le bilan IVG, ou contraception
- **Après un rapport ou sexe oral non protégé** avec partenaire occasionnel
Délai de 6 semaines pour la fiabilité de la sérologie VIH, 3 mois pour la sérologie VHB ou VHC
- **Tous les 3 mois si multipartenaire** notamment HSH, si la personne est sous PrEP, chemsex
Plus d'un partenaire au cours des 4 derniers mois
- Multisite en fonction des **pratiques sexuelles déclarées**
1^{er} jet urinaire, auto-prélèvement vaginal, pharyngé, anal

Ordonnance laboratoire type :

- Sérologie VIH à 6 semaines du dernier rapport à risque
- Ag HBS, AC antiHBS, AC antiHBC
- Sérologie Syphilis
- PCR chlamydia et gonocoque sur 1^{er} jet urinaire ou auto-prélèvement vaginal*
- ± PCR chlamydia et gonocoque sur prélèvement anal*
- ± PCR chlamydia et gonocoque sur prélèvement pharyngé*
- ± Séro VHC

*Asymptomatique



Préciser sur l'ordonnance que le/la patient(e) est asymptomatique, afin de ne pas déclencher un multiplex PCR avec mycoplasma genitalium inutile.

Conduite à tenir **en cas d'urétrite, écoulement urétral ou rectite**

- **Urgence**, surtout si suspicion de gonocoque (incubation courte)
- **Co-infection** fréquente CT et Ng; plus rarement Mg
- Prélèvements **indispensables** avant traitement
- Traiter **sans attendre** les résultats
Traitement probabiliste efficace sur Ng + CT

En première intention : CEFTRIAXONE 1g IM dose unique
+ DOXYCYCLINE 100 x2/j pour 7 jours

- À la réception des résultats, **adapter le traitement**
Poursuivre le traitement séquentiel pour Mg si Ng négatif et CT négatif, rendant Mg seul responsable des symptômes
- Ne pas oublier de **dépister les autres IST** et de prélever les autres sites si nécessaire
- **Contrôle d'éradication selon germe**, et test de recherche de réinfection à 3 mois si FDR
- Favoriser la **notification aux partenaires**
- Abstinence ou rapports protégés **pendant 7 jours**

Ordonnance laboratoire type :

Prélèvement vaginal ou 1^{er} jet urinaire ou prélèvement d'un écoulement urétral

- avec culture bactériologique et ATBgramme si Ng
- avec PCR chlamydia, Ng, et Mg



Dépistage systématique :

- tous les 3 à 6 mois chez les personnes qui prennent la PrEP
- tous les 3 mois chez les HSH et personnes trans sous PrEP ayant eu plus de 2 partenaires au cours des 3 derniers mois)



Synthèse

Les IST en pratique

hors VIH et VHB



Accès à la **version numérique** de ce document



Accès à tous les documents du kit pratique **en version numérique**

Mars 2025