

PROTOCOLE D'ANTIBIOTHERAPIE Infections Sexuellement Transmissibles IST (hors Syphilis)

Mots clés : antibiothérapie, IST, gonocoque, chlamydia, herpès, HPV, trichomonas, mycoplasme

Réf .Interne : PCD/SMIT/0017/V2/2025

Emetteur : SMIT, CAPIAS

Page : 1/9

Date de mise en application : 2025

GENERALITES

Les **infections sexuellement transmissibles (IST)**, autrefois appelées **maladies sexuellement transmissibles (MST)**, sont des infections pouvant être transmises lors des relations sexuelles, vaginales, anales ou orales, avec ou sans pénétration. Il existe plus d'une trentaine d'IST.

Les IST ont des répercussions sur la santé, sur la vie sexuelle, sur la fertilité et fréquemment sur l'enfant à venir lorsqu'elles surviennent au cours de la grossesse.

Les IST les plus fréquentes sont :

- des maladies sexuellement transmissibles bactériennes : la syphilis, la gonorrhée, la chlamydie et l'infection à mycoplasme
- des maladies sexuellement transmissibles parasitaires comme la trichomonase
- et d'autres maladies virales : l'hépatite B, l'herpès génital, le VIH et le papillomavirus humain (HPV).

Ce protocole priorise en rouge les propositions d'ATB probabiliste de première intention.

Les alternatives sont décrites en cas d'allergie et d'échec d'une première ligne de traitement.

Les posologies sont proposées pour un adulte de corpulence normale et avec fonction rénale normale. Il faut adapter ces posologies si insuffisance rénale (outils d'adaptation : fiche d'adaptation des posologies, GPR : accès GPR via VIDAL : kiosque des applications Intranet du CHUG) ou si obésité (<https://abxbmi.com>)

PLAN :

- Page 2 : FACTEURS DE RISQUE D'IST
- Page 2 : INFECTION A GONOCOQUE
- Page 4 : INFECTION A CHLAMYDIA TRACHOMATIS
- Page 5 : INFECTION A MYCOPLASME
- Page 6 : INFECTION A TRICHOMONAS
- Page 6 : HERPES ANO-GENITAL
- Page 7 : INFECTIONS GENITALES A PAPILLOMAVIRUS (HPV)
- Page 8 : MPOX
- Page 9 : PARCOURS PATIENT SUSPECT IST

Références :

- Recommandation de prise en charge des personnes infectées par *Neisseria gonorrhoeae*, HAS, avril 2025.
- Recommandation traitement curatif des personnes infectées par *Chlamydia trachomatis*, HAS, avril 2025.
- Recommandation prise en charge du patient atteint d'infection à *Trichomonas vaginalis*, HAS, novembre 2024.
- Recommandation prise en charge thérapeutique des patients atteints de condylomes ano-génitaux, HAS, novembre 2025.
- Recommandation traitement curatif des personnes infectées par *Mycoplasma genitalium*, HAS, avril 2025.
- Recommandation prise en charge thérapeutique du patient atteint d'herpès génital, HAS, novembre 2024.
- Actualisation des recommandations vaccinales pour lutter contre la circulation du virus M-PVX, HAS, septembre 2024.

FACTEURS DE RISQUE D'IST

- Précocité du premier rapport sexuel
- 2 premières décennies de la vie sexuelle
- Multiplicité des partenaires sexuels
- ATCD d'IST
- Infection par le VIH
- Précarité socio-économique

INFECTION A GONOCOQUE

Due à *Neisseria gonorrhoeae* (ou gonocoque) = diplocoque gram négatif surtout intracellulaire.
 Transmission par contact direct à l'occasion des rapports sexuels, entre une personne infectée - symptomatique ou non - et une autre personne.
 Il s'agit de l'une des IST les plus répandues dans le monde.

a) Clinique :

Chez l'homme Peut également être asymptomatique	- urétrite antérieure aiguë avec écoulement urétral - prostatite aiguë - orchio-épididymite (uni ou bilatérale) - ano-rectite - +/- angine et pharyngite pauci-symptomatique
Chez la femme Asymptomatique dans 70% des cas	- cervicite +/- leucorrhée purulentes - urétrite - salpingite aiguë ou subaiguë - algies pelviennes inflammatoire - +/- angine pharyngite pauci-symptomatique

Dans les 2 sexes et dans de rares cas, le gonocoque peut être responsable d'un tableau septicémique subaigu caractérisé par la survenue d'une fièvre et dominé par les manifestations articulaires (mono ou oligo-arthrites), péri-articulaires (ténosynovites) et cutanées (papules ou papulo-pustules isolées de topographie distale).

b) Diagnostic : (en bleu le prélèvement de dépistage le plus « recommandé »)

Prélèvements génito-urinaires matinaux de préférence.

Chez l'homme	- prélèvement de l'écoulement urétral (culture et PCR) - écouvillonnage endo-urétral (culture et PCR) - émission d'urines (PCR) (1^{er} jet d'urine avant la toilette)
Chez la femme	- sécrétions cervicales (culture et PCR) - écouvillonnage endo-vaginal ou endo-cervical (PCR) - émission d'urines (1 ^{er} jet d'urine avant la toilette)

Les prélèvements pharyngé et anal doivent être associés en plus du prélèvement génital selon les pratiques sexuelles (HSH, sexe orogénital).



Ils ne sont pas encore à la nomenclature.

c) Traitement :

- **CEFTRIAXONE 1g en IM unique** efficace sur les localisations génitales, ano-rectales et pharyngées en l'absence de complication. Le traitement **doit** être donné par voie IV mais pas par voie sous-cutanée.

- **Sujet allergique aux bétalactamines :**

- En 1^{ère} intention : GENTAMICINE : 240mg IM dose unique
- En 2^{ème} intention : CIPROFLOXACINE 500mg en dose unique per os (sous réserve de l'antibiogramme)
- En 3^{ème} intention : AZITHROMYCINE : 2g en dose unique per os (sous réserve de l'antibiogramme)
-  La résistance des gonocoques est 15% pour la PENI G, 30 % pour les cyclines et 40% pour les FQ. Le traitement minute est la seule garantie d'une bonne observance.
- Un contrôle clinique à J14 est nécessaire si le traitement a été autre que la Ceftriaxone ou si persistance des symptômes à 72 h.

d) Prévention

- Les rapports sexuels doivent être évités ou protégés par préservatifs pendant une durée minimale de 7 jours après le traitement par CEFTRIAZONE
- Recherche et traitement des partenaires
- Dépistage régulier des IST si rapports sexuels non protégés

e) Formes particulières

- Atteintes ophtalmologiques :

Si atteinte uniquement conjonctivale sans complication => **CEFTRIAZONE 1g IM dose unique + collyres réguliers par sérum physiologique**

Si atteinte de type endophtalmie => hospitalisation recommandée, **CEFTRIAZONE 2g IV x1/jour pdt 7 jours maximum + collyres anti-inflammatoires corticoïdes selon indications**

- Formes invasives (méningite, endocardite, arthrite, bactériémie)

Avis spécialisé d'infectiologie : cisai@chu-guadeloupe.fr ou via le standard du CHU au 0590891010 et demander le poste 2001.

f) Dans quelle situation faut-il y associer un traitement contre C. trachomatis ?

La balance bénéfice/risque pour le traitement probabiliste de C. trachomatis en l'absence de résultat au moment de la consultation pour suspicion ou confirmation d'infection à N. gonorrhoeae dépend du suivi et de la compliance du sujet =

Le traitement de C. trachomatis peut être différé après le résultat du TAAN si le sujet a un rendez-vous de suivi qu'il est fortement susceptible d'honorer, après discussion avec lui du projet de soins et de l'attitude adoptée.

En cas de consultation en centre de santé sexuelle (CeGIDD par exemple) avec un risque de perte de vue non négligeable, il est recommandé de prescrire d'emblée et de manière concomitante un antibiotique contre C. trachomatis = **Doxycycline** en attendant le résultat du test.

g) Gestion des cas contacts :

Un dépistage de N. gonorrhoeae doit être proposé à tous les cas contacts

- Si le dernier rapport sexuel potentiellement contaminant peut être daté et remonte à moins de 14 jours : un traitement probabiliste doit être administré car le test peut être faussement négatif à ce stade.
- Si le dernier rapport sexuel potentiellement contaminant ne peut pas être daté ou est ≥ 14 jours, deux attitudes sont possibles : d'une part le traitement probabiliste sans attendre le résultat si le partenaire est à risque de perte de vue, ou, d'autre part un traitement adapté au résultat de dépistage.
- Un traitement antibiotique doit être proposé à tous les cas contacts symptomatiques
- L'antibiothérapie de choix en première ligne est la **CEFTRIAZONE 1 g IM dose unique.**

INFECTION A CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Chlamydia trachomatis (CT) est une bactérie intracellulaire obligatoire dont les sérotypes D à K sont responsables d'infections urogénitales sexuellement transmises.

La fréquence élevée du portage asymptomatique dans les 2 sexes favorise la diffusion de l'infection dans la population générale.

a) Clinique

Chez l'homme	- gêne urétrale voire écoulement - urétrite aiguë - prostatite aiguë - orchi-épididymite (uni ou bilatérale) - ano-rectite - +/- angine et pharyngite pauci-symptomatique
Chez la femme	- cervicite +/- leucorrhées jaunes ou blanches - urétrite - dyspareunie - salpingite aiguë ou subaiguë - algies pelviennes inflammatoire - +/- angine et pharyngite pauci-symptomatique

b) Diagnostic

L'examen de référence est la biologie moléculaire avec la PCR.

- 1^{er} jet d'urine chez l'homme.
- Ecouvillonnage par auto-prélèvement chez la femme.

La sérologie *Chlamydia trachomatis* n'a **aucun intérêt** dans le diagnostic des IST ano-génitales.

c) Traitement

- **1^{ère} intention : DOXYCYCLINE 100mg x 2 par jour pendant 7 jours**
- 2^{ème} intention : en cas de contre-indication à la Doxycycline : AZITHROMYCINE 1g dose unique.
- 3^{ème} intention : OFLOXACINE 200mg x 2 par jour pendant 7 jours ou LEVOFLOXACINE 500mg par jour pendant 7 jours.

En cas d'orchi-épididymite, la durée du traitement par DOXYCYCLINE est de 10 jours.

d) Suivi

La réalisation d'un contrôle PCR à 4 semaines pour vérifier la guérison.

La réalisation d'un contrôle à 3 à 6 mois après l'infection traitée pour dépister une réinfection

e) Cas particulier de la femme enceinte

- 1^{er} trimestre de grossesse : DOXYCYCLINE 100mg x 2 par jour pendant 7 jours
 - 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de grossesse : AZITHROMYCINE 1g à dose unique
- En cas de contre-indication à l'utilisation de la Doxycycline et l'Azithromycine : ERYTHROMYCINE 500mg x 4 par jour pendant 7 jours.

f) Prévention

- Recherche et traitement des partenaires
- Si le dernier rapport sexuel potentiellement contaminant peut être daté et remonte à moins de 14 jours, un traitement est proposé (quel que soit le résultat de la PCR)
- Rapports sexuels protégés pendant 7 j.

- Dépistage régulier des IST si rapports sexuels non protégés

g) Cas particulier : LGV lymphogranulomatose vénérienne

La forme clinique actuellement la plus observée dans les pays occidentaux est une anorectite aiguë avec ténésme, douleur rectale, constipation et écoulement muco-purulent +/- associée à des ganglions inguinaux.

- 1^{ère} intention (dont grossesse au 1^{er} trimestre) : **DOXYCYCLINE 100mg x 2 par jour pendant 21 jours**
- 2^{ème} intention (allergie, grossesse au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre) : AZITHROMYCINE 1g par semaine pendant 3 semaines.

INFECTION A MYCOPLASME

Ils ne doivent pas être recherchés en 1^{ère} intention et surtout ne doivent pas être traités si les patients sont asymptomatiques.

Les mycoplasmes sont les plus petites bactéries capables de multiplication autonome. Elles sont fréquemment présentes à l'état commensal chez l'homme dans les voies génitales et l'oropharynx, et ne sont pas obligatoirement pathogènes. Trois ont un pouvoir pathogène pour l'appareil génital = *M. genitalium*, *M. hominis* et *Ureaplasma* spp (*U. urealyticum* et *U. parvum*).

Ureaplasma spp et *M. hominis* appartiennent cependant à la flore commensale des voies génitales basses et leur rôle pathogène est controversé.

a) Clinique

Chez l'homme	- urétrite aiguë (évolution à bas bruit) voir chronique
Chez la femme	- vaginose - cervicite - endométrite - salpingite

b) Diagnostic

- *Ureaplasma* spp et *M. hominis* : Leur non pathogénicité chez la femme et leur responsabilité discutée chez l'homme incitent à recommander de ne pas rechercher ces mycoplasmes en routine.
- *Mycoplasma genitalium* : Seule la PCR est utilisable pour *M. genitalium*.

c) Traitement

Traitement séquentiel à proposer si – et seulement si - le patient est symptomatique :

- **DOXYCYCLINE 200mg pendant 7 jours puis AZITHROMYCINE : 1 g le premier jour puis 500 mg par jour les 2 jours suivants (soit 2g sur 3j).**

d) Prévention

- Recherches et traitement des partenaires
- Rapports sexuels protégés
- Dépistage des autres IST
- Contrôle de la guérison (non ré-infestation) 3 à 6 mois après la fin du traitement

INFECTION A TRICHOMONAS

Dûe à *Trichomonas vaginalis* = un protozoaire flagellé, mobile, extracellulaire, anaérobie.

Parasitose strictement inter-humaine qui est la 1^{ère} cause d'IST dans le monde et fréquemment associée aux vaginoses bactériennes. Incubation de 4 j à 1 mois.

a) Clinique

- Chez la femme, les symptômes sont une vaginite avec leucorrhées, urétrite, dyspareunie, parfois un prurit intense. Dans 20 % des cas, l'infection est asymptomatique.
- Chez l'homme, l'infection est asymptomatique dans 90% des cas.

b) Diagnostic :

- Examen direct des leucorrhées (cul de sac postérieur)
- Prélèvement cervical ou urétral (colonisé dans près de 100% des cas).

c) Traitement :

- **METRONIDAZOLE 500mg x2/j pendant 7 jours.**
- En 2^{ème} intention METRONIDAZOLE en dose unique de 2g ou SECNIDAZOLE 2g dose unique

d) Prévention

- Recherche et traitement des partenaires
- Rapports sexuels protégés jusqu'à la fin du traitement et traitement du partenaire systématiquement
- Dépistage régulier des IST
- Contrôle de la guérison (non ré-infestation) 3 à 6 mois après la fin du traitement
- Pas d'alcool durant le traitement, compte tenu du risque majoré d'effets indésirables (effet antabuse).

HERPES ANO-GENITAL

HSV-2 est responsable de la majorité des atteintes génitales et ano-génitales. La responsabilité de HSV1 est de plus en plus documentée (15 à 30% des cas).

La séroprévalence est de l'ordre de 15 à 20% mais elle peut atteindre 90%.

La contamination se fait essentiellement au contact de lésions symptomatiques chez le partenaire, mais elle peut aussi être possible à l'occasion d'une excrétion virale asymptomatique.

a) Clinique

- vésicules, groupées en « bouquet » s'ulcérant rapidement. => irritation, démangeaisons, picotements, brûlures, gêne ou douleur.
- Siégeant sur le gland ou le fourreau du pénis chez l'homme,
- Ou sur la vulve, le périnée, les fesses, le col ou le vagin chez la femme.
- De la fièvre, des adénopathies inguinales, dysurie, RAU peuvent accompagner ces lésions.
- Les récurrences sont d'intensité moindre. Elles sont précédées de prodromes (brûlures, prurit, paresthésies...) et durent 6-7 jours.

b) Diagnostic

Le diagnostic est clinique. La sérologie herpès n'a aucun intérêt !

Le diagnostic biologique par PCR HSV sur prélèvement local de l'herpès génital est recommandé devant une **présentation atypique** d'herpès génital ou encore pour le **diagnostic différentiel** d'une autre IST ou d'une autre dermatose ulcéreuse génitale (chancre...).

c) Traitement

Dans le cas d'une primo-infection et premier épisode clinique :

- **VALACICLOVIR per os 500mg x 2/ j per os pendant 10 jours**
- Ou ACICLOVIR per os 200 mg x 5/ j pendant 7 à 10 jours (IV : 5mg/kg toutes les 8 h)

En aucun cas, ce traitement ne prévient la survenue ultérieure de récurrences.

Dans le cas de récurrences herpétiques :

- ACICLOVIR, VALACICLOVIR sont efficaces dans cette indication mais n'ont d'intérêt que dans les épisodes potentiellement importants et/ou prolongés.

L'efficacité dépend de la rapidité d'instauration du traitement, dès l'apparition des prodromes.

- **VALACICLOVIR 500 mg x 2/ j per os pendant 3-5 jours**
- ou ACICLOVIR 200 mg x 5 / j per os pendant 3-5 jours.

Infections génitales à PAPILLOMAVIRUS (HPV)

Leur prévalence est en augmentation dans tous les pays.

Il existe plus de 200 types de HPV.

On distingue les HPV à haut risque de cancer qui sont le plus souvent les valences 16, 18, 31, 33, 35 et 45.

Les condylomes externes sont quant à eux des tumeurs bénignes associées à des HPV à faible risque oncogène dont les plus fréquents sont 6 et 11.

Le risque de survenue d'une lésion cancéreuse est dû à la persistance d'un HPV oncogène latent associé (multi-infection), et non à l'évolution maligne de condylomes.

L'élimination virale s'effectue de façon naturelle spontanément dans plus de 90% des cas dans les 24 mois.

a) Les différentes formes cliniques

Formes cutanées	Les verrues communes : souvent au niveau des doigts et des mains. Régressent dans 2/3 des cas spontanément
	Les verrues plantaires
	Les verrues planes : rares
	L'épidermodysplasie verruciforme de Lutz et Lewandowsky : probablement génétique
Formes muqueuses	Les condylomes acuminés : la plus fréquente des IST
	La papillomatose laryngée
	L'hyperplasie épithéliale et focale : observée chez certaines ethnies d'Amérique latine
Formes tumorales	Cancer du col de l'utérus, carcinome anal, pénien ou amygdalien, cancer oro-pharyngés

b) Diagnostic

Le diagnostic est essentiellement clinique.

Les indications de la biopsie sont limitées : doute diagnostique sur une lésion cancéreuse ou précancéreuse, infiltration lésionnelle, atteinte maculo-papuleuse rouge ou leucoplasique, macules acidophiles sur base érythémateuse, formes résistantes au traitement.

La biopsie de lésions externes évocatrices de condylomes acuminés n'est pas nécessaire. Il n'y a pas non plus d'indication à effectuer des typages viraux. Les lésions acuminées externes étant dues à des HPV à risque faible.

c) Traitement

- Le traitement des **condylomes** est difficile. Les indications varient en fonction de l'étendue des lésions.

- Les traitements de 1ère intention qui peuvent être proposés aux patients sont la cryothérapie, ou traitement chimique en application locale de PODOPHYLLOTOXINE (condyliline®), ou IMIQUIMOD crème 5% (Aldara®).

d) Prévention

- Recherches et traitement des partenaires
- Rapports sexuels protégés
- Dépistage régulier des IST
- vaccination préventives des adolescents et adultes jeunes, selon AMM

Vaccin anti-HPV : Le vaccin nonavalent Gardasil9® : atteint un taux de protection de 97 % contre les lésions précancéreuses cervicales, vaginales et vulvaires chez les jeunes femmes et causées par les types HPV 31, 33, 45, 52 et 58.

Mpox

a) Clinique

Une Mpox virose est suspectée devant une éruption vésiculeuse ou pustuleuse ombiliquée, parfois nécrotique, en général faite d'une seule poussée, avec possibilités de lésions à des stades différents sur le corps. L'éruption s'accompagne de douleurs lors de la floraison éruptive, avec peu de prurit. La transmission se fait au contact direct des lésions cutanées ou muqueuses (rapports sexuels), par gouttelettes respiratoires plus occasionnellement, ou indirecte au contact de matériels souillés.

La guérison intervient en 2 à 4 semaines, avec formation de croûtes, elles-mêmes encore infectieuses. Cette éruption touche préférentiellement le visage et le cuir chevelu, la sphère génitale et la bouche, parfois les paumes et plantes des pieds.

Des signes généraux sont souvent associés : fièvre, céphalées, odynophagie, adénopathies.

b) Facteurs d'exposition à risque Mpox

Facteurs de risques et définition des cas selon les actualisations SPF, à voir sur le site dédié : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-transmissibles-de-l-animal-a-l-homme/mpox>

- retour d'Afrique ou autres zones à risque
- contact avec animaux (rongeurs, singes),
- consommation de viande de brousse,
- contact avec patient infecté (lésions cutanées, affaires personnelles), transmission intrafamiliale possible.

c) Diagnostic/traitement => Prise en charge diagnostique et thérapeutique

- **Cf procédure du CHU selon alerte épidémique (réfèrent = Pr Antoine CHERET – PFMA)**
- appel du laboratoire en amont pour organisation de la réception du prélèvement mais aussi de l'envoi : car c'est à leur niveau que sont stockés les emballages de transport des prélèvements vers le CNR
- Ecouvillon lésion avec conditionnement spécifique du milieu de transport puis triple emballage
- et précautions lors du geste par EPI : surblouses manches longues, gants, masque FFP2, lunettes de protection et vigilance sur les frictions hydro-alcooliques

d) Prévention

=> **vaccination avec le vaccin MVA-BN (IMVANEX® ou JYNNEOS®).**

Elle a un objectif double avec la vaccination préventive proposée aux populations à haut risque et la vaccination réactive des personnes contacts à risque autour des cas confirmés de Mpox.

=> **Population cible :**

- Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) rapportant des partenaires sexuels multiples et les personnes transgenres rapportant des partenaires sexuels multiples.
- Les personnes en situation de prostitution.
- Les professionnels des lieux de consommation sexuelle, quel que soit le statut de ces lieux.
- Les partenaires ou les personnes partageant le même lieu de vie que celles à très haut risque d'exposition susmentionnées.
- *NB : les personnels soignants ne sont pas considérés comme des personnes à risque sous réserve de l'application des mesures d'hygiène et du suivi des précautions contacts et EPI.*

Tableau résumé des différents schémas de vaccination à effectuer chez les personnes éligibles à la vaccination en fonction des antécédents d'infection et de vaccination

Personnes éligibles à la vaccination	Schéma de vaccination à effectuer			
	<u>Immunocompétentes</u>		<u>Immunodéprimées</u>	
	Vaccinées dans l'enfance (avant 1980) ^a	Non vaccinées dans l'enfance (avant 1980)	Vaccinées dans l'enfance (avant 1980) ^a	Non vaccinées dans l'enfance (avant 1980)
N'ayant jamais été vaccinées avec un vaccin MVA-BN	1 dose de rappel	2 doses	3 doses	3 doses
Ayant reçu une seule dose de vaccin de MVA-BN	Aucun	1 dose	2 doses	2 doses
Avec un schéma complet de vaccination de MVA-BN	Aucun	1 dose de rappel ^b	1 dose de rappel ^b	1 dose de rappel ^b
Ayant contracté le mpox entre 2022 et aujourd'hui	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun

^a Une dose de rappel est recommandée pour les personnes ayant bénéficié d'une vaccination antivariolique avant 1980 ; ^b La dose de rappel doit être administrée à distance de la primovaccination soit, dans la situation actuelle, deux ans environ après la dernière dose.

PARCOURS PATIENT SUSPECT IST

Une IST relève rarement d'un avis infectieux urgent.

Le CHU de Guadeloupe dispose d'un **CeGIDD** (centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des IST), situé au centre-ville de Pointe-à-Pitre au **CLASS de Beauperthuy**, Boulevard Légitimus, derrière la salle Rémy Nainsouta, en face du Super U

Téléphone = 05 90 91 24 52



accueil sans RDV :

tous les jours ouverts de la semaine :

8h30-16h30

(fermé le week-end et les jours fériés et chômés)