

Les Infections Sexuellement Transmises

Patrick Olombel

Professeur associé de médecine générale : UFR Rouen

Résumé : La recrudescence des Infections Sexuellement Transmises (IST) comme la gonococcie et la syphilis, en France et dans la plupart des pays occidentaux, témoigne d'une augmentation des rapports non protégés. Une IST diagnostiquée précocement et donc traitée rapidement est généralement bénigne et sans conséquence particulière. Les IST augmentent le risque de contamination par le VIH. Certaines IST lorsqu'elles surviennent chez les sujets infectés par le VIH, ont une évolution plus grave et sont plus difficiles à traiter. La découverte d'une IST nécessite une réponse adaptée au niveau thérapeutique mais aussi un entretien approfondi avec le patient, mené avec prudence car le médecin s'immisce dans le vie la plus intime du patient et éventuellement de son couple. L'information et la prévention sont essentielles, en particulier pour les patients à risque.

Introduction

Le terme Infections Sexuellement Transmises (IST) a remplacé celui de Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) dans la nomenclature internationale : cette dénomination correspond mieux au caractère parfois asymptomatique de ces affections. Elles sont provoquées, par des bactéries (gonocoques, tréponèmes), des virus (hépatite B, herpès virus, cytomégalovirus, VIH) et des parasites (chlamydia, trichomonas). En médecine générale, les infections génitales transmises par voie sexuelle représentent 0,35% des motifs de recours (1) : 1 cas en moyenne toutes les 3 semaines par généraliste. A ces infections, il faut ajouter les infections non génitales transmises par voie sexuelle telles que les infections par le VIH et par le virus de l'hépatite B dont l'incidence dans le cadre des IST n'est pas chiffrée.

Les patients qui consultent

Le diagnostic d'IST fait suite à des motifs de consultation différents. Le patient choisit de consulter soit son médecin habituel, soit un autre médecin s'il suspecte une IST contractée lors de rapports sexuels extraconjugaux.

Chez l'homme, l'infection génitale est rarement découverte par hasard à l'occasion d'une consultation pour un autre motif.

Chez la femme, l'examen gynécologique périodique peut être l'occasion de la découverte d'une infection vaginale peu ou pas symptomatique.

L'entretien sera plus aisé et plus direct dans le cas où le patient suspecte lui-même une IST, qu'il vive en couple ou non. Il est nécessaire :

- de faire préciser le mode de contamination,
- de rappeler l'utilité du préservatif,
- d'évoquer l'infection possible par le VIH et/ou le virus de l'hépatite B,
- de demander au patient de contacter le ou les partenaires contaminants ou secondairement contaminables.

L'entretien avec un patient qui n'imagine pas être porteur d'une IST est plus difficile et plus délicat. En effet, annoncer le diagnostic d'IST à un homme ou une femme qui vit en couple et qui n'a eu aucune relation extraconjugale, revient à révéler l'infidélité possible de l'autre.

Le patient est un homme

Le motif de consultation fait suite, le plus souvent, à des signes pathologiques de la sphère uro-génitale :

- brûlures mictionnelles,
- écoulement urétral,

- douleurs testiculaires avec ou sans augmentation de volume des bourses,
- lésions cutané-muqueuses plus ou moins douloureuses du gland, du prépuce, du fourreau ou de l'anus,
- " *excroissances de chair* " (termes employés par les patients) qui correspondent à des condylomes du gland, du prépuce ou de l'anus,
- adénopathie inguinale sensible.

L'examen physique recherche un écoulement urétral, une tuméfaction douloureuse de l'épididyme, des ulcérations ou végétations vénériennes génitales et anales, des adénopathies inguinales, des lésions buccales.

• **Des brûlures mictionnelles et/ou un écoulement urétral sont évocateurs d'urétrite.**

Cette symptomatologie est souvent atténuée et la gonococci qui donne l'impression "de pisser des lames de rasoir" ne se rencontre plus guère. Le prélèvement urétral au laboratoire est nécessaire. Les agents responsables sont :

- Le gonocoque dans 15 à 20% des cas. Il est en recrudescence en France depuis 1998 (3). Le traitement de première intention est 500 mg IM en dose unique de ceftriaxone. C'est le traitement de référence. D'autres molécules sont aussi efficaces per os en dose unique : ciprofloxacin 500mg, cefixime 400mg ou ofloxacin 400mg. En deuxième intention, le traitement est spectinomycine IM en dose unique.
- Chlamydia trachomatis est associé dans 30 à 50% des cas et il est recommandé de donner systématiquement un traitement (1g per os en prise unique d'azithromycine ou doxycycline 100 mg per os 2 fois par jour pendant 7 jours).
- Ureaplasma urealyticum, mycoplasma genitalium et trichomonas vaginalis sont responsables de 5 à 10% des urétrites (seuls ou en associations).
- Ureaplasma urealyticum et mycoplasma genitalium peuvent être traités par doxycycline (100mg per os 2 fois par jour pendant 7 jours) ou minocycline (100 à 200mg per os 2 fois par jour pendant 7 jours) ou encore josamycine (1g per os 2 fois par jour pendant 7 jours). Trichomonas est traité par dose unique de 2g per os de métronidazole ou de 2g per os de tinidazole ou encore de 2g per os de nimorazole. L'association à un traitement du chlamydia est recommandée.

La responsabilité de mycoplasma hominis est incertaine. Ce germe n'est considéré comme responsable d'une urétrite que s'il est retrouvé chez les 2 partenaires. Le traitement est le même que celui d'ureaplasma urealyticum et mycoplasma genitalium.

• **Les douleurs testiculaires avec douleur de l'épididyme à la palpation font évoquer une épididymite.**

Leur épidémiologie bactérienne est superposable à celle des urétrites d'autant qu'elles peuvent succéder ou être associées à une urétrite. Le prélèvement urétral au laboratoire ainsi que l'ECBU sont nécessaires. En cas de doute ou de résultats négatifs, une sérologie de chlamydia trachomatis peut avoir un intérêt (IgG > 1/128 et IgM > 1/32). Le traitement de chlamydia est le même que précédemment mais la durée est allongée à 3 semaines.

L'épididymite à escherischia coli est possible en particulier chez les patients pratiquant la sodomie. Le traitement, long, tient compte de l'antibiogramme.

• **Les ulcérations génitales font évoquer essentiellement l'herpès, la syphilis (en recrudescence depuis 1998) et le chancre mou :**

- De petites ulcérations douloureuses, parfois regroupées "en bouquet", souvent récurrentes sont très évocatrices d'herpès. Le traitement fait appel au valaciclovir. Pour le premier épisode, le valaciclovir est donné à 500mg 2 fois par jour pendant 10 jours. En cas de récurrence, il est donné à 2 fois 500mg en une ou deux prises pendant 5 jours. En cas de récurrences fréquentes (> 6 par an), 500mg par jour pendant 6 à 12 mois.
- Un chancre (ulcération précédée d'une lésion papuleuse) indolore, à fond propre, associé à des adénopathies inguinales fermes, indolores et souvent bilatérales, est très évocateur de syphilis. Les examens de laboratoires sont indispensables : après prélèvement, mise en évidence du tréponème au microscope à fond noir ou en immunofluorescence, sérologie (VDRL ou RPR et FTA-ABS ou TPHA). Le traitement repose sur une injection IM unique de 2,4 millions d'unités de benzathine-benzylpénicilline G. En cas d'allergie à la pénicilline, il peut être proposé un traitement par doxycycline 100mg per os 2 fois par jour pendant 2 semaines. Dans les formes tardives, d'évolution supérieure à un an, le traitement est identique mais à raison d'une IM de 2,4 millions d'unités de benzathine-benzylpénicilline G par semaine pendant 3 semaines ou de doxycycline 100mg per os 2 fois par jour pendant 4 semaines.
- Un chancre douloureux, creusant, à fond sale, surinfecté, associé à des adénopathies souvent unilatérales, inflammatoires et sensibles font évoquer un chancre mou. Les examens de laboratoires recherchent la présence d'haemophilus ducreyi dans le liquide de ponction du ganglion ou dans les

prélèvements faits en bordure du chancre. Le traitement fait appel à érythromycine 1g per os 2 fois par jour pendant 10 jours ou ceftriaxone 500mg IM dose unique ou cotrimoxazole fort 2 comprimés par jour pendant 10 jours ou encore ciprofloxacine 500mg per os en dose unique.

- **Les végétations vénériennes sont souvent multiples.**

Leur incidence a été multipliée par 5 en 25 ans. Elles siègent essentiellement sur le prépuce, le gland, le fourreau de la verge et dans la région péri-anale. Le traitement le plus efficace est la destruction des lésions par cryothérapie ou par laser. L'application de podophylline à 0,5% ou d'imiquimod à 5% sont une alternative un peu moins efficace mais mieux acceptée par le patient. Il faut savoir que le taux de récurrence est de 25% à 3 mois.

Les maladies sexuellement transmissibles non génitales telles les infections virales par le VIH et le virus de l'hépatite B doivent être présentes dans la démarche diagnostique du médecin et être évoquées avec le patient. Les sérologies correspondantes doivent être proposées au patient et prescrites avec l'accord de ce dernier en ce qui concerne la sérologie VIH.

Le patient est une femme

La femme peut consulter pour un examen gynécologique périodique sans signe clinique d'appel particulier ou pour une symptomatologie uro-génitale telle que :

- leucorrhées sales,
- douleurs pelviennes plus ou moins continues,
- brûlures mictionnelles et/ou une pollakiurie,
- dyspareunie,
- démangeaisons ou une sensation de brûlure vulvaires,
- "excroissances de chair" des lèvres vulvaires ou de l'anus,
- adénopathie inguinale.

L'examen physique, même en présence de menstruations, recherche une inflammation vulvaire, des ulcérations, des végétations vénériennes vulvaires et anales, des adénopathies, des lésions buccales.

S'il est possible, l'examen au spéculum recherche des lésions de la paroi vaginale mais aussi du col. Il permet de connaître l'origine d'une leucorrhée, vaginale ou cervicale. Le toucher vaginal associé au palper abdominal, fait avec douceur peut mettre en évidence une douleur pelvienne profonde en particulier au niveau des annexes.

- **Des leucorrhées associées à des brûlures mictionnelles et/ou une dyspareunie font évoquer une cervicovaginite.**

Les germes peuvent être très variés, comme dans le cadre des urétrites de l'homme.

Seul le prélèvement au laboratoire peut aider au diagnostic d'autant que les associations de plusieurs germes sont fréquentes. La plupart des germes retrouvés sont logiquement ceux retrouvés chez l'homme, c'est-à-dire :

- le gonocoque dont les signes cliniques chez la femme, lorsqu'il est seul, sont absents dans 50 à 80% des cas.
- Chlamydia trachomatis, lui aussi asymptomatique dans 30 à 70% des cas. Ces deux germes, souvent asymptomatiques sont responsables de salpingites chroniques silencieuses et d'infertilité secondaires. Leur traitement est le même que chez l'homme.
- Ureaplasma urealyticum et mycoplasma hominis sont des saprophytes de la cavité vaginale. Ils ne sont considérés pathogènes que s'ils donnent des signes cliniques et à des taux > 105/ml. Le traitement est identique à celui de l'homme.
- Gardnerella vaginalis est souvent associé à d'autres germes. Il est plus ou moins contaminant pour l'homme. Le traitement est 500mg de métronidazole per os 2 fois par jour pendant 7 jours.
- Trichomonas vaginalis est très fréquemment responsable de vaginite, seul ou associé. Le traitement est le même que chez l'homme.
- Chlamydia trachomatis chez la femme enceinte est traité par erythromycine (1000mg per os 2 fois par jour pendant 21 jours).

- **Les ulcérations génitales font évoquer l'herpès, la syphilis et le chancre mou.**

Les lésions d'herpès se retrouve sur les lèvres, le capuchon clitoridien, la fourchette vulvaire, la région péri-anale. Elles peuvent atteindre la paroi du vagin et le col où elles sont rarement visibles. Il faut penser à l'herpès en cas d'infection génitale à répétition et tout particulièrement en cas de vaginite candidosique récidivante (qui n'est pas une IST). Dans ce cas, si aucune vésicule n'est retrouvée, un traitement d'épreuve par valaciclovir peut être proposé. Souvent, l'infection passe inaperçue car profonde (20%). Elle est alors source de contamination du partenaire.

Les chancres, qu'ils soient syphilitique ou mou, peuvent eux aussi passer inaperçus car profonds. La maladie peut être suspectée par la présence d'une adénopathie ou, le plus souvent, être révélée par l'atteinte du partenaire. Le traitement est identique à celui de l'homme.

- **Les végétations vénériennes sont retrouvées sur les lèvres, la fourchette vulvaire, dans la région péri-anale, sur le col utérin.**

Le traitement est le même que chez l'homme et les récidi- ves aussi fréquentes Une surveillance attentive est néces- saire car certaines variétés de papilloma virus peuvent faciliter le développement de cancers du col utérin. Chez la femme comme chez l'homme, la prise en charge des IST doit intégrer la VIH et l'hépatite B.

- **Des leucorrhées associées à de la fièvre et à une dou- leur pelvienne évoquent une infection génitale haute.**

Les salpingites en particulier sont en augmentation. Deux agents pathogènes sont le plus souvent en cause, chlamydia trachomatis (30-50%) et neisseria gonorrhoeae (15-20%). Les salpingites évoluent le plus souvent à bas bruit et sont une cause importante des stérilités tubaires d'origine infectieuse. Le diagnostic et un traitement précoces ont pour but de réduire la fréquence des séquelles (stérilité) et des complications (grossesse extra-utérine).

Le traitement probabiliste comporte obligatoirement une association d'antibiotiques actifs sur l'ensemble de ces bac- téries (amoxicilline - acide clavulanique + cycline ou ofloxaci- ne, utilisée per os en ambulatoire pendant au moins 10 jours). L'efficacité du traitement est jugée sur des critères cliniques (chute de la fièvre, disparition des douleurs) et des examens complémentaires (régression échographique des signes utéro-annexiels et retour à la normale de la NFS et de la VS). Si les signes cliniques persistent, l'hospitalisation est néces- saire. La sérologie n'a aucune valeur de surveillance évoluti- ve des infections à chlamydia trachomatis. En effet, les anti- corps peuvent persister à un taux élevé pendant plusieurs mois. L'examen et le traitement du partenaire doivent être proposés systématiquement.

L'information des patients et la prévention

La consultation de médecine générale est une opportunité pour informer les patients sur les IST et leur prévention : patients de tous âges, vus pour des patholo- gies les plus diverses où de multiples occasions se pré- sentent pour aborder la prévention des IST.

L'information et la prévention sont essentiellement indivi- duelles. Elles sont ciblées sur les adolescents et les patients à comportement à risque.

L'information porte sur l'utilité d'être vacciné contre l'hépa- tite B, l'utilisation du préservatif comme protection des IST et non plus seulement comme moyen de contraception, et sur la définition des comportements à risque.

Une information écrite et graphique est une aide efficace pour expliquer l'utilisation du préservatif.

Conclusion

La recrudescence des infections sexuellement transmi- ses comme la gonococcie et la syphilis, en France et dans la plupart des pays occidentaux témoigne d'une augmentation des rapports non protégés. Pour faire face à ce problème de santé publique, les médecins et en particulier les médecins généralistes qui exercent en soins primaires, doivent accroître leur vigilance vis-à-vis des comportements sexuels de leurs patients. Les occasions d'en parler sont multiples lors de consulta- tions pour d'autres motifs. La découverte d'une IST nécessite une réponse thérapeutique adaptée mais aussi un entretien approfondi avec le patient. Cet entre- tien doit être mené avec prudence car le médecin s'im- misce dans le vie la plus intime du patient et éventuel- lement de son couple. La prévention doit être une action de tous les instants.

Références

1. Aguzzoli F, Le Fur P, Sermet C. *Clientèle et motifs de recours en médecine libérale*. Paris : CREDES, 1994.
2. Meria P, Janier M, Desgrandchamps F, et al. *Les maladies sexuellement transmissibles chez l'homme*. *Progrès en Urologie* 1996;6:447-54.
3. Goulet V, Sednaoui P, Massari V, et al.. *Confirmation de la recrudescence des gonococcies en France depuis 1998*. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2001;14:61-3.
4. Couturier E, Dupin N, Janier M, et al. *Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001*. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2001;35-36:168-9.
5. Cohen J, Madelenat P, Levy-Toledano R, et al. *Maladies sexuellement transmissibles (MST)*. In : *Gynécologie et Santé des Femmes. Quel avenir en France ?* Paris : Eska, 2000: 163-8.