

INFECTION À VIH ET IST

AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

En dehors du VIH et de l'hépatite B, les autres infections sexuellement transmissibles (IST) ne sont pas plus fréquentes parmi les migrants/étrangers que dans la population générale. Le dépistage et la prise en charge des IST peuvent être effectués gratuitement dans les Ciddist (Centre d'information, de dépistage, de diagnostic des IST, voir page 317). Devant la découverte d'une IST, il est recommandé de dépister et/ou de traiter la/le partenaire actuel/le ou récent/e, de proposer le dépistage d'autres IST s'il y a lieu et de promouvoir l'utilisation du préservatif masculin et/ou féminin.

VOIR AUSSI *VIH* pages 294, 302 et *Hépatite B* page 354

Chlamydirose. Plus fréquente chez les femmes, avec risque de stérilité tubaire (1^{re} cause de stérilité tubaire en Europe) et de grossesse extra-utérine. Symptômes rares (écoulement clair, érythème/rougeur, brûlures douleurs pelviennes), survenue 1 à 2 semaines après la contamination. Diagnostic par PCR de *Chlamydia trachomatis* sur test urinaire, prélèvement urétral ou vaginal ; la sérologie est inutile dans la plupart des cas. Plusieurs traitements sont possibles dont azithromycine (ZITHROMAX MONODOSE, 4 cp 250 mg, 13 €) 4 cp en 1 prise à distance des repas. Dans une étude publiée par l'InVS dans les structures de médecine préventive (BEH du 6 octobre 2006), le taux de prévalence de l'infection apparaît notamment plus élevé pour les femmes nées en Afrique sub-saharienne (11 % versus 6,5 % femmes nées en France), pour les femmes ne disposant pas d'une protection maladie efficace (10 % vs 5 %), et pour les femmes âgées de moins de 25 ans (9 % vs 3 %).

Condylomes (HPV, papillomavirus humain). Risque de cancer du col de l'utérus. Les signes (petites verrues sur les organes génitaux) apparaissent 1 à 8 semaines après la contamination et signent le diagnostic, confirmé par frottis cervical ou cervico-

vaginal. Traitement local par cryothérapie (azote liquide) ou application de podophyllotoxine 2/j x 3j consécutifs / semaine pendant un maximum de 5 semaines (WARTEC flacon 3 ml, 16 €, R65 %). Un vaccin contre le HPV, récemment mis sur le marché, présenterait un bénéfice supplémentaire dans la stratégie de prévention du cancer du col utérin, mais le coût en est élevé.

Gonococcies. Le principal tableau est l'urétrite gonococcique ou blennorragie. Comporte des risques de stérilité surtout chez la femme en cas d'absence de traitement. Signes très fréquents (brûlures mictionnelles et/ou écoulement jaune par la verge, douleurs au bas-ventre, fièvre) qui apparaissent 2 à 7 jours après la contamination. Diagnostic par identification de *Neisseria gonorrhoeae* sur prélèvement urétral ou vaginal. Traitement possible par ofloxacine 400mg en 1 prise (MONOFLOCET, 2 cp 200 mg, 10 €, R65 %).

Herpès génital. Les signes (douleur, irritation et éruption vésiculeuse sur les organes génitaux) apparaissent 1 semaine ou plus après la contamination. Diagnostic clinique. Traitement par aciclovir 200 mg x 5/j x 5 j (Gé, 25 cp 200 mg, 22 €, R65 %) ± crème dermique.

Mycoplasmes. Les signes (brûlures, écoulement, irritation) peuvent apparaître à partir de 1 semaine après la contamination. La NFS est indispensable pour apprécier le caractère pathologique de la présence de *Ureaplasma urealyticum* ou *Mycoplasma hominis*. Même traitement que pour les chlamydioses.

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ou maladie de Nicolas Favre. Entre 2 et 60 jours après la contamination par *Chlamydia trachomatis* (sérotypes L1 à L3), elle évolue spontanément en phase primaire (micro-ulcération génitale ou anale), secondaire (adénopathie inguino-crurale ou anorectite aiguë) et tertiaire (fistules, rétrécissements...). Traitement par doxycycline (200 mg) pendant 3 à 6 semaines selon la gravité des lésions. Le diagnostic est porté devant une sérologie pour *Chlamydiae* positive (non spécifique) et un tableau clinique évocateur ; l'isolement de l'agent infectieux par ponction du pus ganglionnaire est difficile.

Syphilis. Elle est due au tréponème (*Treponema pallidum*), et évolue en plusieurs stades : **syphilis récente** (syphilis primaire, secondaire et latente précoce) et **syphilis tardive** (tertiaire et latente tardive). En l'absence de signes cliniques, la **syphilis est latente** (le diagnostic n'est possible que par les tests sérologiques).

POUR EN SAVOIR PLUS

Dépistage du VIH et des IST, Repères pour votre pratique, Inpes

www.inpes.sante.fr/CFES/Bases/catalogue/pdf/829.pdf

En cas de chancre, il faut demander un examen au microscope à fond noir et une sérologie TPHA/VDRL. Toute lésion cutanéomuqueuse justifie la prescription d'une sérologie de la syphilis dont les lésions peuvent simuler une autre maladie. Le dépistage est obligatoire lors du 1^{er} examen prénatal. Le traitement utilise une pénicilline (EXTENCILLINE), et, en cas de contre-indication, la doxycycline 100 mg x 2/j pendant 14 jours. Le suivi sérologique se fait à 3, 6, et 12 mois (décroissance et négativation du VDRL ; le TPHA décroît mais reste positif, constituant une cicatrice sérologique).

STADE	CLINIQUE	DURÉE DES SIGNES	TRAITEMENT
Syphilis primaire	Chancre : ulcération génitale ou buccale, indolore, adénopathie	2 à 6 semaines, régression spontanée	Extencilline IM 2,4 MUI
Syphilis secondaire	Éruption cutanéomuqueuse (tronc, visage, paumes, plantes) et parfois d'autres signes (fièvre, adénopathies, méningite, uvéite)	Début 6 semaines à 6 mois après le chancre Évolue quelques jours à quelques semaines régression spontanée	Extencilline IM 2,4 MUI Cortisone 0,5 à 1mg/kg
Syphilis latente précoce	Pas de signe clinique	Moins d'un an d'évolution	Extencilline.IM 2,4 MUI
Syphilis latente tardive	Pas de signe clinique	Plus d'un an d'évolution	Extencilline IM 2,4 MUI x 3 à 7 jours d'intervalle (et cortisone)
Syphilis tertiaire	Atteinte cutanée (gomme), neurologique (tabès) cardiovasculaire(aortite)	Pluseurs années après le contage (10 ans ou plus)	Rare depuis les traitements antibiotiques