

Infections sexuellement transmissibles : **IST** le point de vue du clinicien

Les infections sexuellement transmissibles (IST) correspondent à différentes situations cliniques : urétrites (= cervicites) avec ou sans écoulement et ulcérations génitales sont traitées ci-dessous.

L'urétrite (= cervicite chez la femme)

L'urétrite se manifeste par une brûlure, en particulier mictionnelle, termino-urétrale (diagnostic différentiel avec les urétrites non infectieuses). Il n'y a pas de pollakiurie associée (diagnostic différentiel avec l'infection urinaire) ni de douleurs lombaires (pyélonéphrite aiguë, pathologie lithiasique). L'écoulement est inconstant ; plus de la moitié des urétrites sont asymptomatiques.

Les cervicites se manifestent par des leucorrhées d'abondance et de couleur variables, et fréquemment, des signes urinaires (y compris la pollakiurie) par contiguïté.

Diagnostic des urétrites avec écoulement (ou des cervicites muco-purulentes)

Les agents pathogènes en cause sont *Neisseria gonorrhoeae* (Ng), *Chlamydia trachomatis* (Ct), *Mycoplasma genitalium* (Mg) (ces 3 espèces sont à l'origine de près de 50 % des urétrites), mais aussi *Haemophilus influenzae* ou *parainfluenzae*, (4 % des cas), *Neisseria meningitidis* (plutôt en cas de sexe oral), une entérobactérie (plutôt en cas de sexe anal) ou *Trichomonas vaginalis* (Tv, plus rare).

L'aspect de l'écoulement est variable et sans valeur prédictive : blanc à vert, muqueux à purulent, plus ou moins abondant, constant ou matinal. Tout se voit, y compris des urétrites gonococciques sans écoulement (si le patient consulte un peu tardivement ou se traite par hyperhydratation).

Prélèvements

- **prélèvement urétral (PU)** : à l'anse plastique (moins douloureuse que les écouvillons au dacron ou coton qui "accrochent") ; pas plus d'1 cm dans l'urètre (dans la fossette naviculaire) si nécessaire, mais prélèvement possible aussi à partir d'une goutte de pus frais exprimé au doigt après nettoyage au sérum physiologique du pus ancien ;
- **prélèvement cervical** : prélèvement du pus à l'endocol sous spéculum avec écouvillon ;
- Compléter d'un premier jet urinaire (les urines chez la femme rapportent des cellules vaginales).

Diagnostic

- Faire un frottis sur lame coloré au Gram ou au bleu : l'urétrite est définie par la présence de plus de 5 polynucléaires neutrophiles (PN) au frottis urétral au grossissement x100 ou de plus de 10 PN à l'examen du culot du premier jet d'urine au grossissement x 400 ; rechercher la présence de cocci Gram négatif intracellulaires ;
- ensemercer une gélose Columbia pour culture et identification de germes banals et une gélose chocolat et/ou VCAT pour identification de *N. gonorrhoeae*
- rechercher par technique d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur premier jet d'urine (à privilégier chez l'homme) ou prélèvement vulvovaginal (chez la femme), Ct, Ng +/- Tv et Mg ;
- lire un état frais si suspicion de *T. vaginalis* (la culture sur milieu de Roiron ne se fait quasiment plus).

Diagnostic des urétrites ou cervicites sans écoulement

Ne pas faire de prélèvement urétral ; prélever en cas d'urétrite, un premier jet urinaire pour cytologie et TAAN pour Ct, Ng +/- Tv et Mg. En cas de cervicite, prélever des urines de premier jet ou effectuer un prélèvement vaginal (sauf si règles) pour TAAN.

Ce qui ne sert (presque) à rien :

- Sérologie *C. trachomatis* (intérêt uniquement en cas de lymphogranulomatose vénérienne LGV ou d'infection haute),
- Culture de mycoplasmes (*M. hominis*, *U. urealyticum*) : en dehors du cadre de l'AMP, les infections à Uu ou Mh ne sont pas considérées comme de vraies IST. Elles témoignent seulement d'une infection autre (*M. hominis* associé à la vaginose bactérienne).
- ECBU (2^e jet),
- PU en l'absence d'écoulement.

L'ulcération génitale

Il s'agit d'une perte de substance dans la zone dermo-épidermique ano-génitale et par extension, dans la sphère orale, si le contexte le suggère (même raisonnement devant une ulcération orale ou génitale). Dans 50 % des cas, aucune étiologie n'est retrouvée ; dans l'autre moitié des cas, il s'agit d'une IST (par ordre décroissant de fréquence : herpès, syphilis, LGV, primo-infection à VIH) ou d'une cause non infectieuse (traumatique,

caustique, aphte, kyste fistulisé à la peau, nodule scabieux...). Et le chancre mou ? « Il n'existe plus » (pas un seul cas à l'hôpital Saint Louis depuis 20 ans).

Diagnostic

Au plan clinique, il repose sur la profondeur, l'aspect et le nombre du(es) chancre(s) ; le caractère douloureux est plutôt évocateur d'herpès, la taille > 1 cm oriente plus volontiers vers une syphilis mais il ne faut pas se fier à la clinique...

Au plan biologique, il convient de :

- faire un frottis sur lame pour examen au microscope à fond noir (seul examen permettant d'affirmer rapidement une syphilis ; la PCR pourrait prochainement le remplacer) et un Gram (aspect de bacilles Gram négatif « en banc de poissons » d'*Haemophilus ducreyi*) ;
- réaliser aussi des écouvillonnages pour TAAN d'HSV (beaucoup plus sensible et spécifique que la culture mais pas à la nomenclature) et de *Ct* (LGV).
- effectuer un test tréponémique (TPHA, TPLA, FTA, CMIA...) et un test cardiolipidique (VDRL ou RPR) ainsi qu'une sérologie VIH +/- une charge virale s'il existe une notion de rapport non protégé dans le délai utile.

Ce qui ne sert (presque) à rien :

- Sérologie herpétique (pour préciser qui a contaminé qui ?)
- FTA abs, FTA IgM... : mieux vaut refaire un prélèvement 15 j plus tard pour suivre l'évolution des TPHA/VDRL.

Interprétation de la sérologie syphilitique

1/Patient « naïf » :

- **VDRL+ TPHA+** : syphilis
- **VDRL+ TPHA-** : probable faux + ; re-tester à 15 j
Si TPHA toujours - = confirmation du faux +
Si TPHA + = chronologie atypique (habituellement, le TPHA se positive avant le VDRL, mais ce n'est pas toujours le cas) ;
- **VDRL- TPHA+** : probable syphilis très précoce ; re-tester à 15 jours
Si VDRL + = syphilis confirmée
Si VDRL toujours - = faux positif ou patient pas si naïf que ça (syphilis traitée à l'insu du patient s'il a pris de la ceftriaxone pour une autre raison) ou pian (tréponématose endémique, peut se voir chez des patients africains, surtout s'ils ont grandi dans des villages).

2/ Patient « non naïf » :

- **Récupérer des résultats antérieurs afin de comparer :**
Si le VDRL a augmenté de ≥ 2 dilutions = syphilis (réinfection)
Si le VDRL n'a pas augmenté ou augmentation < 2 dilutions = pas de recontamination.
- **Pas de résultats antérieurs disponibles :**
Chez un patient HIV -, un VDRL ≥ 8 est très suspect, sauf s'il s'agit d'une syphilis traitée il y a moins d'un an (s'aider du contexte clinique) ou d'un patient ayant eu plusieurs syphilis.

Le suivi de la sérologie syphilitique chez un patient traité s'effectue par un VDRL à 6 et 12 mois : son titre décroît normalement de 2 dilutions à 6 mois et se négative habituellement à 12 mois (patients naïfs ou en cas de syphilis précoce). Les patients ayant eu plusieurs syphilis et les patients VIH +, doivent être suivis deux fois par an par TPHA et VDRL (au long cours).

Cas clinique

Un patient homosexuel de 35 ans ayant des rapports protégés sauf pour ce qui est des rapports oro-génitaux a eu une syphilis primaire (chancre) traitée par une injection d'Extencilline® en 2008. Il se présente en octobre 2013 avec une ulcération de la verge évoluant depuis une semaine. Son dernier contrôle en mars 2013 trouvait un TPHA à 1/1024 et un VDRL à 1/2. Il n'avait alors pas reçu de traitement.

Concernant ce dernier contrôle (plusieurs réponses possibles) :

- Son TPHA était bien élevé, il aurait dû être traité devant cette très probable re-contamination
- Son VDRL était supérieur à 0, il aurait dû être traité devant cette très probable re-contamination
- Cette sérologie positive s'expliquait par un traitement insuffisant en 2008, il aurait dû recevoir alors 3 injections à une semaine d'intervalle
- Cette sérologie positive était vraisemblablement cicatricielle : une comparaison à un précédent contrôle l'aurait montré
- Cette sérologie positive était vraisemblablement cicatricielle : un contrôle à 15 jours l'aurait montré

Bonnes réponses : d et e.

Concernant l'ulcération actuelle quel(s) test(s) préconisez-vous ?

- Un examen de l'exsudat de l'ulcération au microscope à fond noir : c'est le seul test permettant aujourd'hui encore d'affirmer absolument une syphilis
- Un test de Nelson : c'est le seul test permettant aujourd'hui encore d'affirmer absolument une syphilis
- Un FTA IgM : ce chancre évolue depuis seulement une semaine et il y a un antécédent de syphilis traitée, seul ce test sera à la fois assez précocement positif et spécifique d'une infection évolutive
- Un VDRL (ou un RPR) et un TPHA (ou un TPLA, ou tout autre test tréponémique)
- Une PCR *C. trachomatis* sur l'ulcération (recherche de LGV).

Bonnes réponses : a, d, e.

Ni le fond noir, ni le Nelson, ni le FTA n'ont pu être effectués en raison soit de l'absence de matériel *ad hoc*, soit de celle de biologistes aguerris à ces techniques (et le Nelson ne se fait plus). Le VDRL revient à 1/128, le TPHA à 1/4096. Qu'en concluez-vous (plusieurs réponses possibles) ?

- Le TPHA n'a augmenté que de 2 dilutions, il n'y a pas de syphilis évolutive
- Le titre du VDRL a "augmenté" de 6 dilutions : il y a une syphilis évolutive, il faut traiter par 3 injections d'Extencilline® car au vu des antécédents cela paraît plus prudent
- Le titre du VDRL a "augmenté" de 6 dilutions : il y a une syphilis évolutive, il faut traiter par 1 injection d'Extencilline®
- Il faut contrôler la sérologie dans 15 jours dans le même laboratoire car celle de mars 2013 avait été faite dans un autre laboratoire et la reproductibilité du VDRL d'un opérateur à l'autre est mauvaise
- Il faut contrôler la sérologie dans 15 jours car en l'absence de FTA IgM ce résultat peut correspondre à une syphilis ancienne.

Bonne réponse : c. Le contrôle de mars était rassurant, il faut considérer qu'il s'agit d'une syphilis précoce (traitement par 1 injection d'Extencilline®).

Carole Emile, d'après une communication du Dr Sébastien Fouéré, dermatologue, Paris.

