



Newsletter #22

POINT SUR IST ET NOUVEAUTES

Rédaction : Dr G. JACOB
 Médecin biologiste
 geraldine.jacob@bioexcel.fr
www.bioexcel.fr

- Enjeu de santé publique, incidence en augmentation, pas toujours symptomatique
- **A partir de janvier 2024, déremboursement des mycoplasmes type *U. ureaplasma*, *M. hominis*, au profit de *M. genitalium*, seul mycoplasme pathogène avéré (urétrite persistante et/ou récurrente chez l'homme)**
- **Importance de renseigner le contexte de prescription** pour des résultats plus pertinents = « dépistage IST », « présence de signes cliniques » ou diagnostic supposé

Rappel sur la flore vaginale

Flore vaginale normale (femme en âge de procréer) : rôle « barrière »

- 95% lactobacilles = flore de Döderlein
- 5% : flore anaérobie, espèces de la flore digestive (entérobactéries, entérocoques, strepto B...), de la flore cutanée (corynébactéries, staphylocoques...), Gardnerella vaginalis, mycoplasmes (hominis, ureaplasma...), C. albicans commensal

Flore de ménopause

Augmentation flore polymorphe, cutanée et digestive, anaérobies,...

Infections génitales basses

Vaginite = inflammation vaginale et absence de douleur abdominale/fièvre

Leucorrhées purulentes avec présence de nombreux PNN à l'examen direct

- **Trichomonas vaginalis** : prévalence faible, protozoaire flagellé à l'examen direct, **nouveauté : PCR diagnostique**
- **Candida albicans** : prurit/brulure au 1^{er} plan : diagnostic entre candidose ou colonisation : repose sur culture positive associée à observation de levures + filaments à l'examen direct
- Plus rarement : **vaginite à germe opportuniste** : Strepto A (fillette), strepto B, Haemophilus influenzae... : flore +/- monomorphe en culture, interprétation en fonction de la clinique/présence de PNN (portage ou réelle infection)
- **Neisseria gonorrhoeae** : associé à cervicite, leucorrhées purulentes, infections hautes possibles.

Vaginose : déséquilibre de flore = dysbiose (remplacement Döderlein par flore anaérobie à Gardnerella vaginalis), leucorrhées malodorantes, risque de MAP chez la femme enceinte : diagnostic par clue-cells au Gram, score de Nugent entre 7 et 10, absence ou rare PNN

Ulcérations génitales :

- **Vulvite herpétique** : fréquent, surtout HSV-2, HSV-1, vulvite oedémato-vésiculo-érosive : diagnostic clinique +/- bio si vésicules encore présentes
- **Chancre syphilitique+++** : prescrire une sérologie de dépistage (2/3 des infections sont asymptomatiques)

Balanite : C. albicans dans 1/3 des cas

Cervicites	Urétrites	Ano-rectite
<ul style="list-style-type: none"> • Neisseria gonorrhoeae : 50% de formes asymptomatiques • Chlamydia trachomatis : le + fréquent, souvent asymptomatique, parfois cystalgies, recontaminations fréquentes, cause de stérilité • M. genitalium : rare chez la femme, <u>uniquement en cas de cervicite, infections génitales hautes, naissance pré terme</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Neisseria gonorrhoeae +/- complication épididymite • Chlamydia trachomatis • M. genitalium; Jusqu'à 15-30% des urétrites persistantes et/ou récurrentes • +/- U. urealyticum • Haemophilus : influenzae, parainfluenzae (4%) • Entérobactérie, streptocoque A, neisseria meningitidis... • Trichomonas vaginalis plus rarement, asymptomatique à 90% (dysurie et prurit). 	<ul style="list-style-type: none"> • Neisseria gonorrhoeae • Chlamydia trachomatis • +/- M. genitalium (controversé, réservoir infectieux?)

Les agents d' IST apparaissent en rouge

QUAND PRESCRIRE ?

- **Symptomatologie atypique** (les suspicions de vaginose ou mycose peuvent bénéficier d'un traitement d'épreuve sans prélèvement)
- **et/ou échec thérapeutique de 1^{ère} intention**
- **et/ou dépistage IST**
- **et/ou suspicion d'infection haute**
- **Dépistage partenaire(s)**



QUE PRESCRIRE ?

Femmes		Hommes	
PCR Chlamydia /Gonocoque/T. vaginalis <ul style="list-style-type: none"> - Endocol ou auto-prélèvement - <u>Urine à proscrire</u> 	Dépistage IST Sensibilité améliorée PCR versus culture ou examen direct	PCR Chlamydia /Gonocoque/T vaginalis <ul style="list-style-type: none"> - 1er jet urinaire du matin ou 2H après dernière miction - Rectum, gorge... 	Dépistage IST A noter : suspicion LGV (adénite) : typage génovars C.trachomatis L1 à L3 / envoi CNR (PCR spécifique)
Si présence de symptômes, ajouter :			
PV : analyse bactério-myc <ul style="list-style-type: none"> - (auto-prélèvement possible si susp. infection basse, mais risque contamination flore vulvaire) 	Etude flore/Nugent Mycose Vaginite Vaginose	PU / prélèvement d'écoulement : analyse bactério-myc	Culture gonocoque + atbgramme (importance de la surv épidémio des résistances atb notamment C3G) + recherche autres germes
PCR mycoplasme genitalium <ul style="list-style-type: none"> - Endocol ou auto-prélèvement 	Intérêt uniquement en cas de cervicite, infections génitales hautes, naissance pré terme	PCR mycoplasme genitalium <ul style="list-style-type: none"> - 1er jet urinaire du matin ou 2H après dernière miction 	Nouveauté : PCR diagnostique Recherche systématique en cas de prescription de PU ou de spermoculture Urétrites chroniques++
TRAITEMENT M. GENITALIUM UNIQUEMENT DES PATIENT(E)S SYMPTOMATIQUES afin de prévenir l'émergence des multi-résistances Traitement probabiliste : AZITHROMYCINE PO : 500 mg 1 fois/j le 1er jour, puis 250 mg 1 fois/j x 4 j (PAS de traitement minute) : 35% de résistance aux macrolides en France, envoi par le laboratoire de la recherche du gène de résistance (uniquement en cas de présentation clinique évocatrice d'une infection) Alternative thérapeutique en cas de résistance aux macrolides = moxifloxacine 400 mg/j pendant 7 à 10 jours (15% de résistance en France) Contrôle après traitement recommandé à 4 semaines			

Dépistage HPV oncogènes	Chez les femmes de 30 à 65 ans Voir news #16	
Sérologie Chlamydia trachomatis : cicatrice ou infection évolutive ? Persistance des anticorps des mois voire des années après l'infection. A ne prescrire qu'en cas de suspicion d'infection haute, arthrite réactionnelle, ano-rectite ulcérée ou infertilité.		
Prélèvement PCR Herpes HSV1/2 Remboursée uniquement en cas d'ulcérations génitales atypiques		
Sérologie mycoplasmes / Sérologie gonocoque NON REMBOURSEES / SANS INTERET		

Dépistage de co-infections associées +++
Sérologies HIV, Syphilis, VHB +/- VHC

Quid des autres mycoplasmes (M. hominis, Ureaplasma spp...) ?

Mycoplasma genitalium : seul mycoplasme pathogène avéré

M. hominis, Ureaplasma spp : présence à l'état commensal, témoin d'un déséquilibre de flore ou d'une vaginose
=> **DEREMBOURSEMENT des mycoplasmes non genitalium par l'Assurance Maladie courant janvier 2024**

Exceptions :

- **Urétrite masculine CT/NG/MG négative : recherche U.urealyticum proposée mais non remboursée**
- **La recherche de l'ensemble des mycoplasmes reste systématique**
 - o Sperme
 - o Produit coelioscopie : dans le cadre du diagnostic d'une infection génitale haute

A RETENIR

- Il est recommandé de **prescrire un prélèvement avant tout traitement** (hors candidose / vaginose typique)
- **Dépistage IST de 1^{ère} intention**: PCR multiplex Chlamydiae/Gonocoque/Trichomonas Vaginalis
+/- Mycoplasma Genitalium *
*** M. genitalium = IST émergente** : prévalence de 1 à 3% dans la population générale, 30% dans les centres spécialisés dans les IST : **seules les urétrites masculines et les rares cervicites / infections génitales hautes chez la femme sont à traiter**
- **En cas de symptômes** : ajouter à la prescription « prélèvement vaginal » ou « prélèvement urétral »
- **Urétrite persistante/récurrente chez l'homme sans étiologie** : recherche spécifique U.urealyticum (non remboursée)
- **Les prescriptions de sérologies Chlamydia, gonocoque et HSV sont à proscrire (inutiles ou indications très limitées)**
- **Toute découverte d'IST invite à dépister partenaires** : encourager la notification au(x) partenaire(s) en cas de découverte d'une IST / reco HAS 2023
- **Contrôle après traitement**
 - o **pas avant 4 semaines** après la fin du traitement (afin d'éviter les faux positifs résiduels) pour Chlamydia (reco contrôle chez femme enceinte), M. genitalium
- **Fréquence des co-infections** : recherche des autres IST si non réalisées d'emblée
- **Démarche systématique : proposer dépistage précoce en ciblant les populations à risque** :
 - o **VIH et hépatite C** : au moins une fois à toute personne si elle n'a jamais été dépistée ou l'ignore ;
 - o **Syphilis** chez les HSH, situation de prostitution, multipartenariat, IST autre, de premier dépistage du couple avant arrêt du préservatif, de situation à risque (incarcération, viol), provenance d'un pays à risque ;
 - o **Chlamydia trachomatis** à toutes les femmes sexuellement actives < 25 ans et tous les hommes < 30 ans ; le renouveler en cas de changement de partenaire ou de multipartenariat quel que soit l'âge ;
 - o **Neisseria gonorrhoeae** chez les HSH, tous les 3 mois, et en cas de circonstances à risque ;
- **Vaccination des personnes à risque par les vaccins existants** : VHB, HPV

Importance de renseigner le contexte de prescription pour des résultats plus pertinents = « dépistage IST » et/ou « présence de signes cliniques », éventuellement diagnostic supposé.

Références bibliographiques :

[Diagnostic biologique des mycoplasmes urogénitaux dans les infections génitales basses](#) (HAS, 21/07/22)

Pathogénicité des mycoplasmes urogénitaux (Bébéar, principes and practice of Clinical bactériologie, REMIC 2022) :

[RFL n°530 mars 2021 : M. genitalium : en route vers la multirésistance !](#)

[HAS 2023 : notification au\(x\) partenaire\(s\)](#)

- [VIHCLIC](#)
- [Antibiocliv](#)