

Formation Protocole de Coopération : Traitement des IST asymptomatiques

Dr François COUSTILLERES
Equipe Mobile Infectiologie – CH Blois
coustif@ch-blois.fr



Pour commencer, la théorie...

Un protocole, pour quoi faire ?

- Augmentation du nombre d'IDE inscrit sous protocole de coopération,
- Ressources médicales (très) réduites de façon quasi-constitutive.

→ Mettre en forme et en conformité une autonomie déjà acquise par IDE sous protocole

→ Bénéfices subsidiaires pour le fonctionnement des CeGIDD :

- Fluidifier le parcours patient,
- Valoriser l'expertise IDE,
- Harmoniser les pratiques à l'échelon régional.

Un protocole de coopération sur les IST, est-ce nouveau ?

**PROTOCOLE
VIH / IST
EN CEGIDD**

Protocole prise en charge des IST au CeGIDD CVL 06/2019

... à destination des médecins



Un protocole de coopération sur les IST, est-ce nouveau ?

Annexe 6 : Algorithme décisionnel pour le traitement des IST non récidivantes chez l'homme







... Prise en charge par IDE sous protocole, **y compris si symptomatique non compliqué**

Un protocole de coopération sur les IST, est-ce nouveau ?

Annexe 6 : Algorithme décisionnel pour le traitement des IST non récidivantes chez l'homme

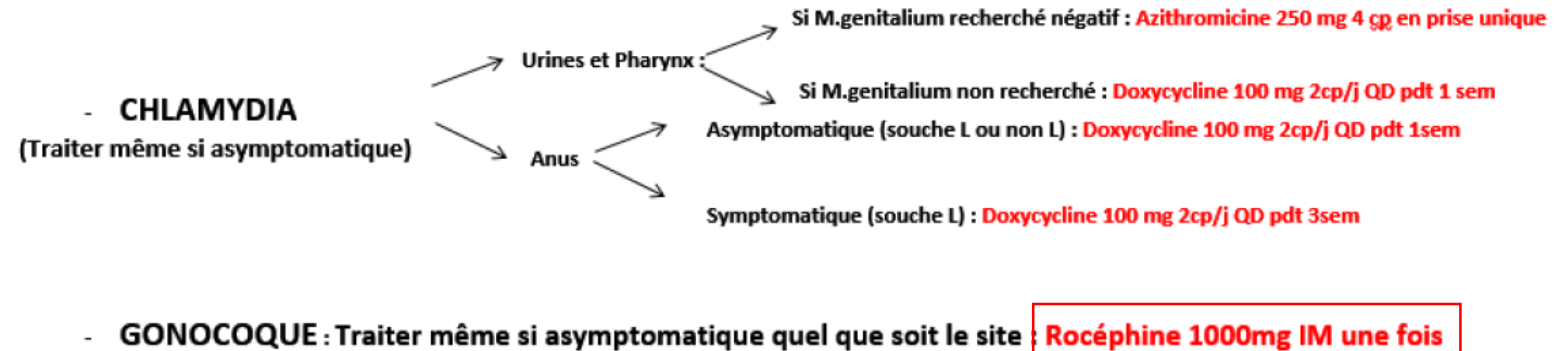


- SYPHILIS :

- Indication de traitement sans avis délégué (cf annexe 3)
- Si suspicion clinique de syphilis primaire ou secondaire (Ulcération génitale ou buccale indolore, macules ou papules cutanées ou muqueuses, éruption cutanée) et sérologie négative ou non disponible : Avis délégué 
- Si Notion de contagé : Avis délégué 
- Traitement :
 - Pas d'allergie pénicilline et pas d'anti-coagulation : Benzathine pénicilline 2,4 M d'unités (Extencilline®) en IM
 - 1 seule dose si sérologie syphilis disponible lors de la précédente visite, dans le cas inverse : Avis délégué 
 - Allergie pénicilline et ou anti coagulation : Doxycycline 200 mg/ J pendant 15 jours
 - Allergie pénicilline et Doxycycline : Avis délégué /!\ 

Un protocole de coopération sur les IST, est-ce nouveau ?

Annexe 6 : Algorithme décisionnel pour le traitement des IST non récidivantes chez l'homme



APHP 2021

... Et si ... allergie amoxicilline, ordonnance fournie, refus intramusculaire, photo-exposition inévitable ... ?

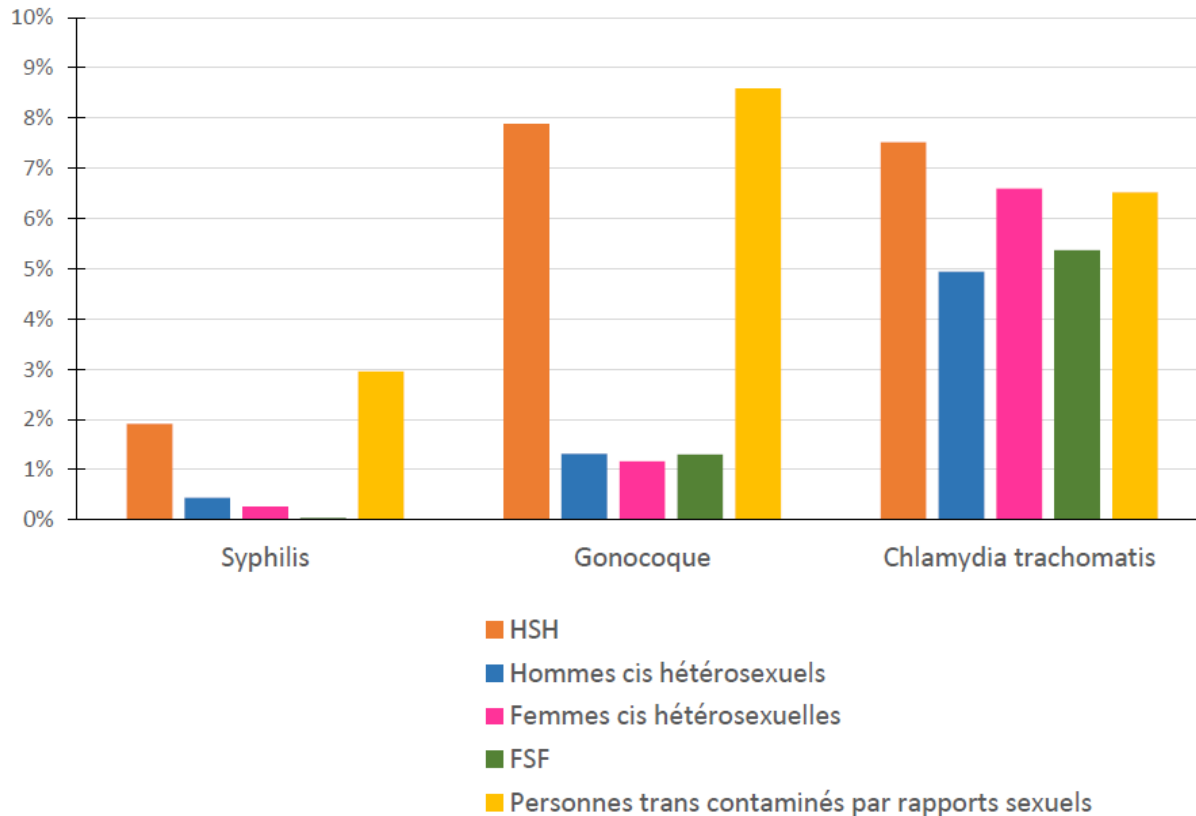
... Quel contrôle PCR ? Quid des partenaires ?

Protocole de coopération IST asymptomatiques : le cadre

- Rédigé en 2023 en coopération IDE – Médecin,
- Discuté et approuvé en plénière COREVIH en 10/2023,
- Validé par l'ARS en 07/2024,
- Appuyé sur les recommandations IUSTI,
- Autonomie large ++ :
 - Algorithmes décisionnels,
 - Suivi et contrôle des examens,
 - Mesures associées .
- ... En attendant les **nouvelles recommandations nationales** sur la prise en charge des IST !



Protocole de coopération IST asymptomatiques : cibles prévues

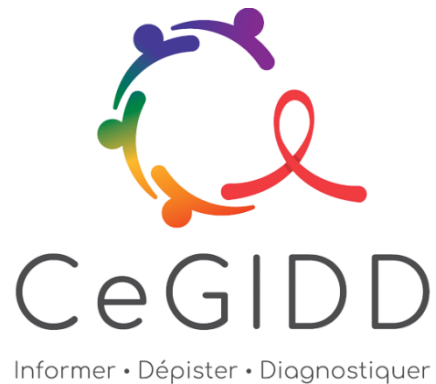


Source : SurCeGIDD

Taux symptomatique

Syphilis :	<50%
NG :	
- Urétrale ♂	90%
- Génitale ♀	<50%
- Pharynx	<10-20%
- Rectum	<10-20%
CT :	
- Urétrale ♂	<50%
- Génitale ♀	<30%
- Pharynx	<5%
- Rectum (LGV+/- ; HSH)	15/75%

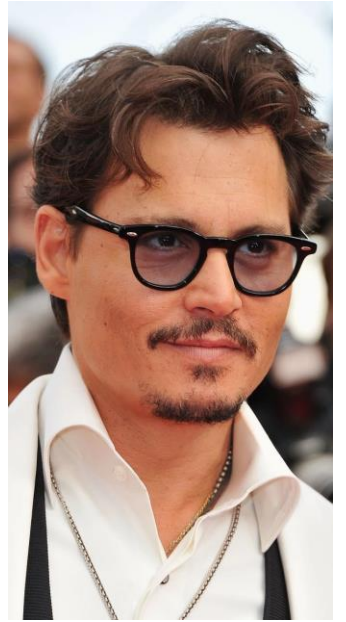
→ *M. genitalium* : exclus de ce protocole



... Et maintenant, la pratique !

M. C. 41 ans

- Consulte le 01/07/2025 au CeGIDD pour bilan + info PreP,
- HSH célibataire, environ 10 partenaires par an,
- Bilan :
 - Sérologie VIH, VHB, VHC, syphilis négatives,
 - Charge virale VIH négative,
 - TTA+, RPR=1/32.



A propos de l'interprétation de la sérologie syphilitique, quelles propositions sont exactes ?

- A. TTA-/RPR- à J10 d'un rapport à risque signe l'absence de transmission,
- B. TTA-/RPR+ signe une infection débutante,
- C. TTA+/RPR- signe une infection guérie,
- D. TTA+/RPR- signe une infection latente,
- E. Au moindre doute sur l'interprétation d'une sérologie, une PCR plasma peut être réalisée,
- F. Une tréponématose non vénérienne peut être TTA+/RPR- ou TTA+/RPR+.

M. C. 41 ans

Quels éléments, décrits ou non, nécessiteraient de prendre avis auprès du médecin délégué ?

- A. Fou visuel,
- B. Plainte auditive récente,
- C. Antécédent d'urticaire à l'amoxicilline,
- D. Pas de sérologie de référence,
- E. Antécédent de syphilis déjà traitée,
- F. Refus du traitement intramusculaire.

M. C. 41 ans

Le patient peut être prise en charge par vos soins, pas d'allergie, d'accord pour traitement IM. Sa dernière sérologie date d'il y a 2 ans (négative). Que préconisez-vous ?

- A. Extencilline[®] IM 2,4 MUI : 1 dose IM,
- B. Extencilline[®] IM 2,4 MUI : 3 doses IM à J0-J7-J14,
- C. RSP 7 jours,
- D. Dépistage des sujets contacts depuis la dernière sérologie négative,
- E. Suivi sérologique à 3 mois uniquement si pas de PrEP, tous les 3 mois si PrEP.

M. C. 41 ans

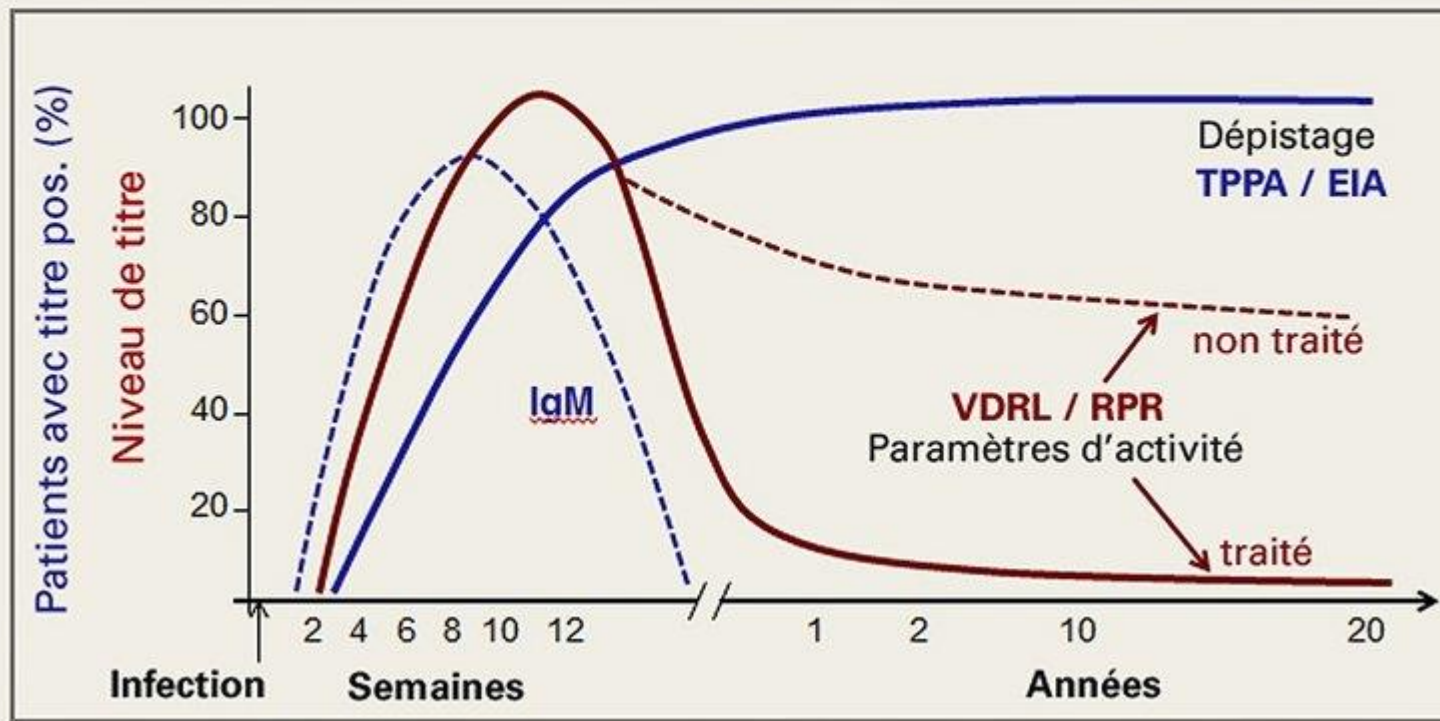
Le patient a transmis les informations à son dernier partenaire, qui vous contacte.

Quels éléments rechercher-vous pour discuter un traitement d'emblée chez cette personne ?

- A. Date du dernier rapport sexuel entre les deux personnes,
- B. Type de rapport,
- C. Port du préservatif,
- D. Itinérant,
- E. Adhésion du partenaire à un traitement d'emblée.

Syphilis : interprétation TTA/RPR

Diagnostic sérologique de la syphilis



= chancre !



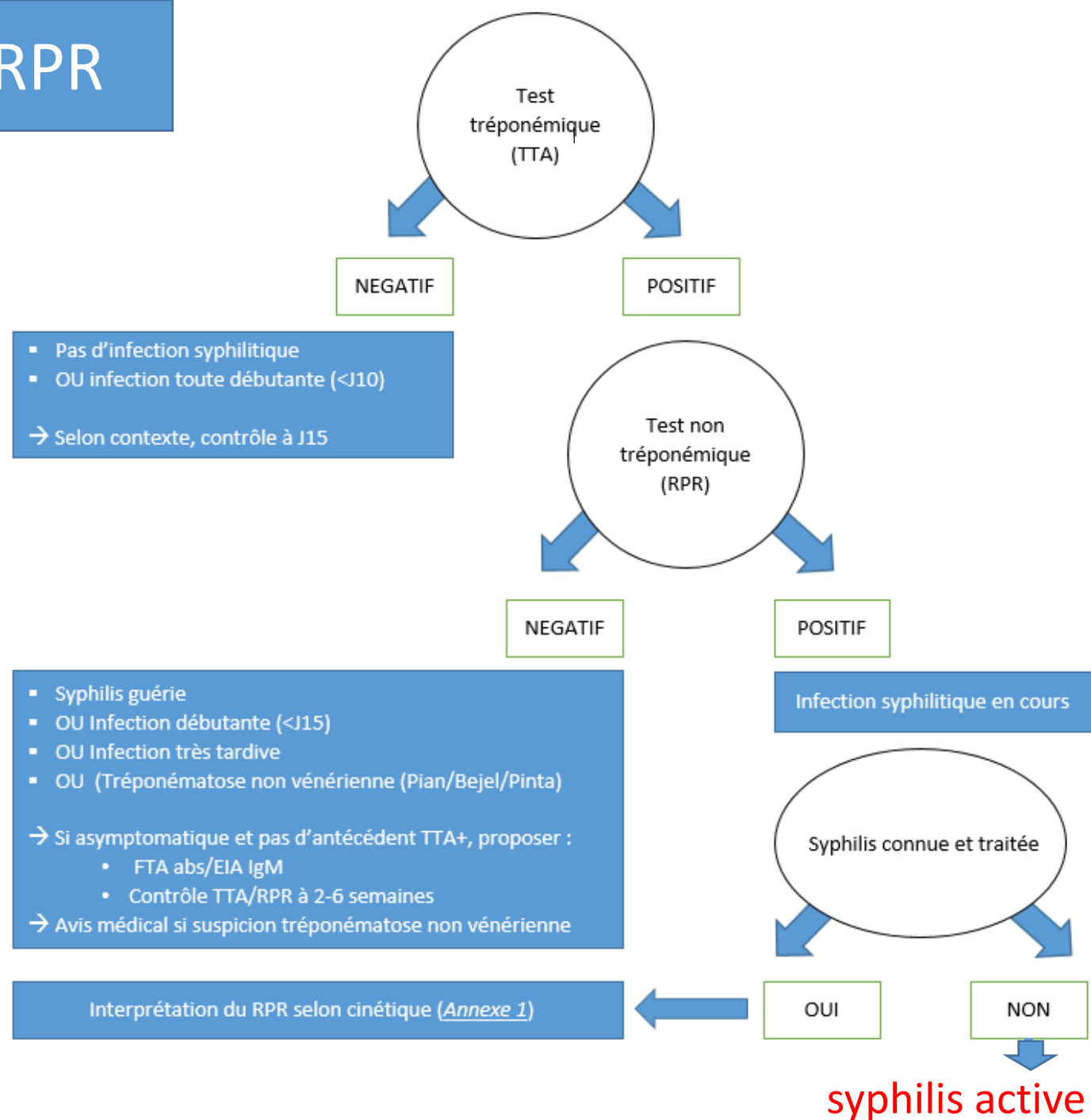
Incubation : 21 jours en moyenne (10-90 jours)

Syphilis : interprétation TTA/RPR

TTA (TPHA)	RPR (VDRL)	Interprétation
-	-	- Pas de syphilis
		- Infection < 10 jours après la survenue du chancre
+	-	- Infection à 10-15 jours après la survenue du chancre
		- Infection guérie (cicatrice sérologique)
		- Infection très tardive (si existe)
		- Tréponématose vénérienne
-	+	- Faux-positifs (ce n'est pas une tréponématose)
+	+	- Syphilis active
		- Syphilis traitée

Incubation : 10 à 90 jours (en moyenne : 3 à 4 semaines)

Syphilis : interprétation TTA/RPR



Syphilis : interprétation TTA/RPR

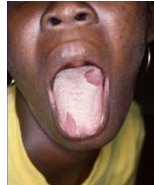
❑ Pian :

- Zones forestières tropicales (Afrique > Asie),
- Enfant/jeune adolescent,
- Ulcération prurigineuse, membres +++, parfois entourée de lésions morphologiquement différentes.



❑ Bejel :

- Zones arides de l'Afrique, populations isolées
- Maladies familiales (enfants et adultes)
- Lésions muqueuses en plaque, buccales ou périnéales



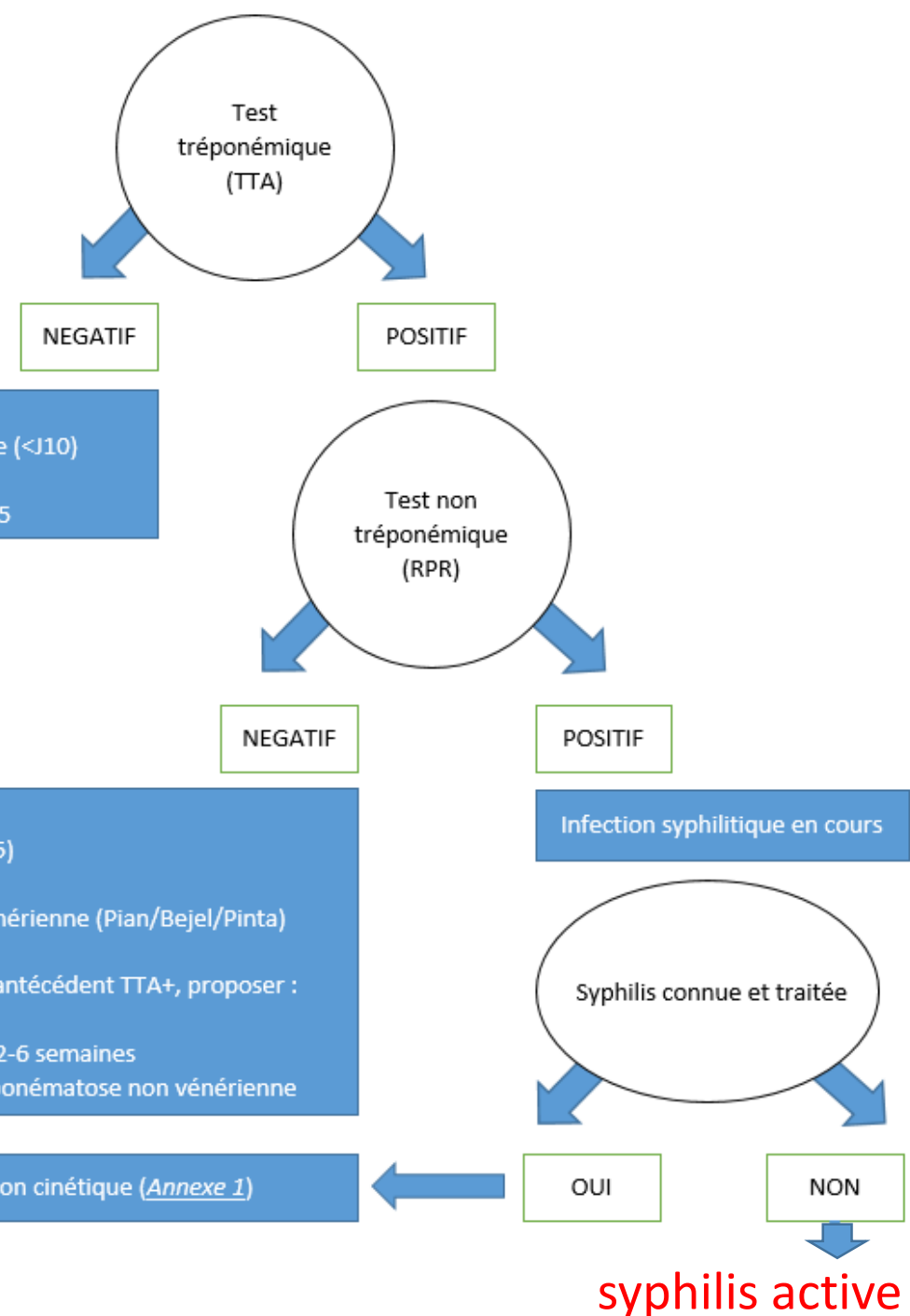
Au stade tardif, possible atteinte :

- Osseuse (ostéomyélite)
- ORL (perforation de la voûte palatine)

- Pas d'infection syphilitique
 - OU infection toute débutante (<J10)
- Selon contexte, contrôle à J15

- Syphilis guérie
 - OU Infection débutante (<J15)
 - OU Infection très tardive
 - OU (Tréponématose non vénérienne (Pian/Bejel/Pinta))
- Si asymptomatique et pas d'antécédent TTA+, proposer :
- FTA abs/EIA IgM
 - Contrôle TTA/RPR à 2-6 semaines
- Avis médical si suspicion tréponématose non vénérienne

Interprétation du RPR selon cinétique (*Annexe 1*)



Syphilis : suivi TTA/RPR

Annexe 1 : Interprétation de la cinétique du RPR/Test de guérison pour syphilis traitée :

Objectif : décroissance du RPR d'un facteur 4 à M6 et négativité à M12

En pratique, $\geq 15\%$ des patients n'atteignent pas ces objectifs :

- Et ce d'autant plus fréquemment que la contamination est ancienne,
- Y compris en l'absence d'infection par le VIH

Dans ce cas :

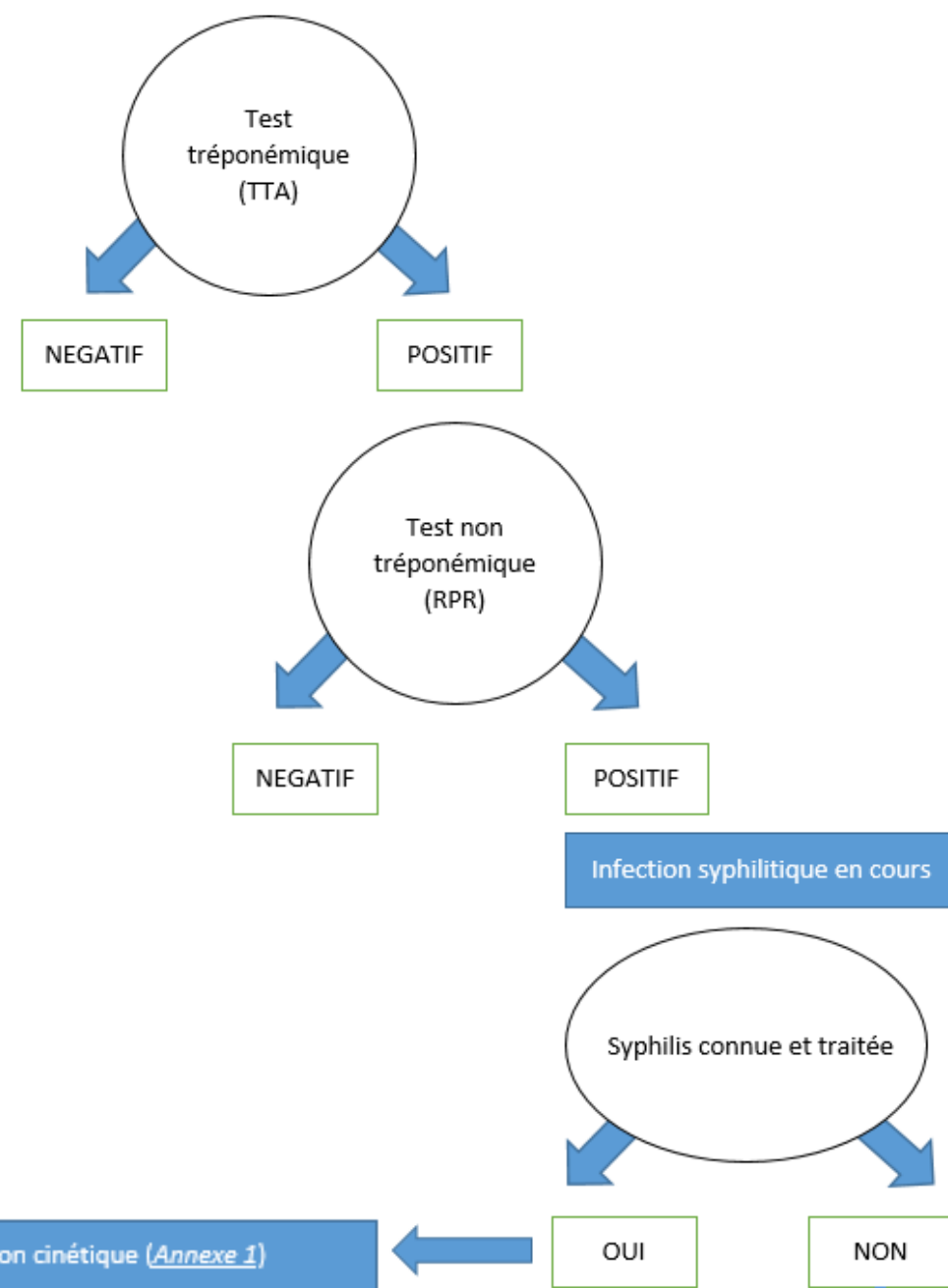
→ Retraitement uniquement si :

- Absence de décroissance d'un facteur ≥ 4 à M6 du RPR si initial + à taux fort (≥ 16),
- Signe clinique de réinfection,
- Ascension du taux d'un facteur ≥ 4 par rapport au sérum précédent,
- Ascension d'un facteur ≥ 2 sur 2 contrôles successifs ou non **ET** RPR ≥ 8

Attention : lors d'un contrôle biologique, le laboratoire repasse en parallèle le sérum précédent, ce qui donne la valeur de référence. Ne pas interpréter les résultats « bruts » des sérums lors des mesures successives.

Au moindre doute et devant toute ascension du taux : avis médical

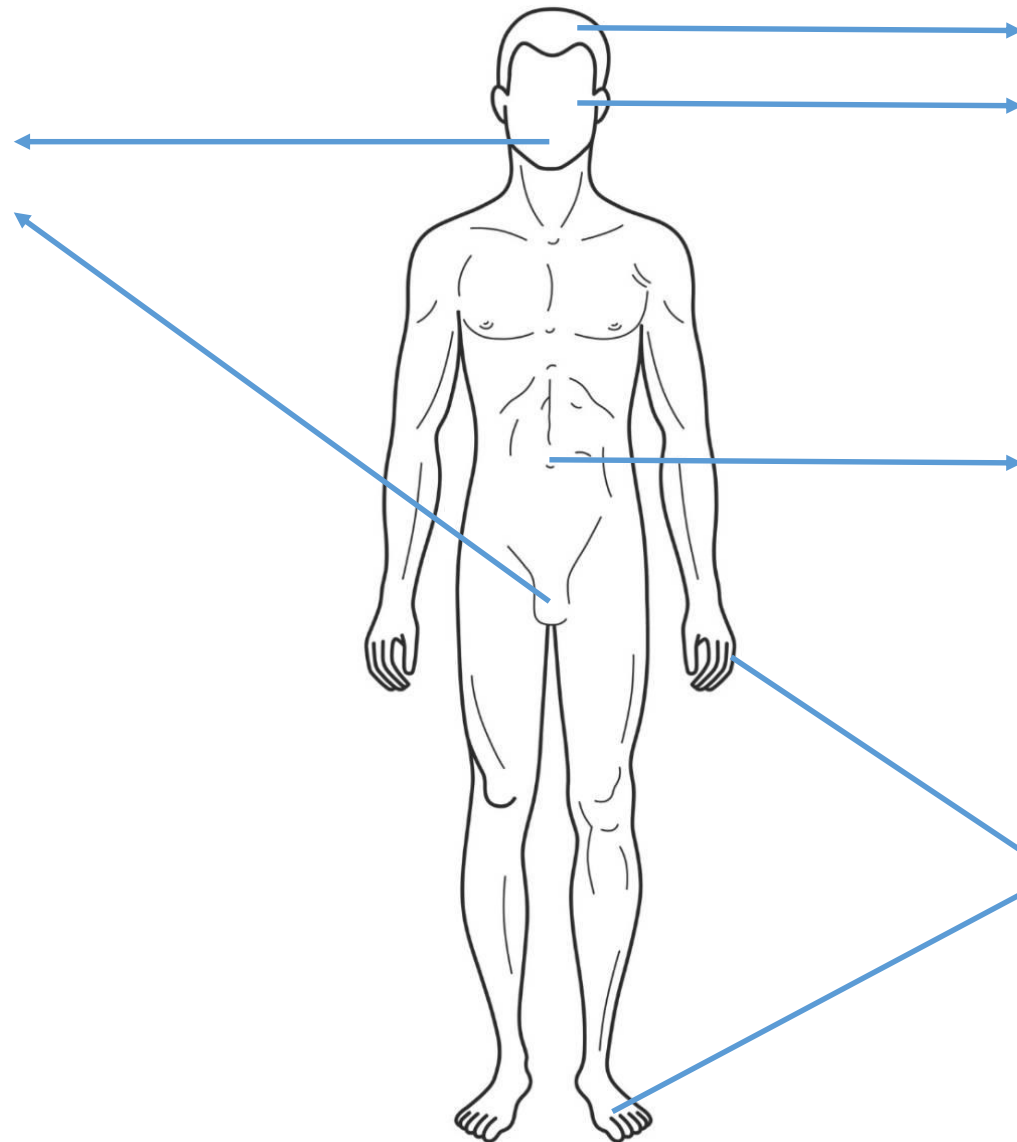
→ Rassurer le/la patiente si le VDRL/RPR reste positif à taux stable.



Syphilis : signes cliniques

Syphilis primaire

Chancre d'inoculation



Syphilis secondaire

Alopécie

Neurosyphilis :

uvéite et atteinte cochléaire



Roséole (première éruption)



Syphilides (deuxième éruption)



Syphilis : consultation médicale

syphilis active

- Signe clinique (chancres, éruption cutanéomuqueuse, fièvre, anomalie ophtalmologique ou neurologique notamment), cf iconographie,
- PVVIH,
- Age < 18 ans,
- Grossesse en cours,
- Information judiciaire en cours (cas index/partenaire)

Consultation médicale

Aucun de ces critères

Délégation de tâches possible

Syphilis primaire : chancre



Chancre (buccale, génital, anal)

Hors syphilis primaire :

Rechercher à l'interrogatoire :

- Atteinte ophtalmologique (œil rouge et douloureux)
- Atteinte otologique (surdité de novo)

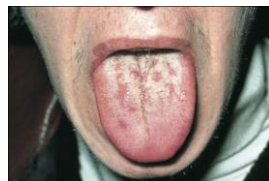
Syphilis secondaire : cutanéomuqueuse



Roséole
(première éruption)



Syphilides
(seconde éruption)
Contagieux si érosif



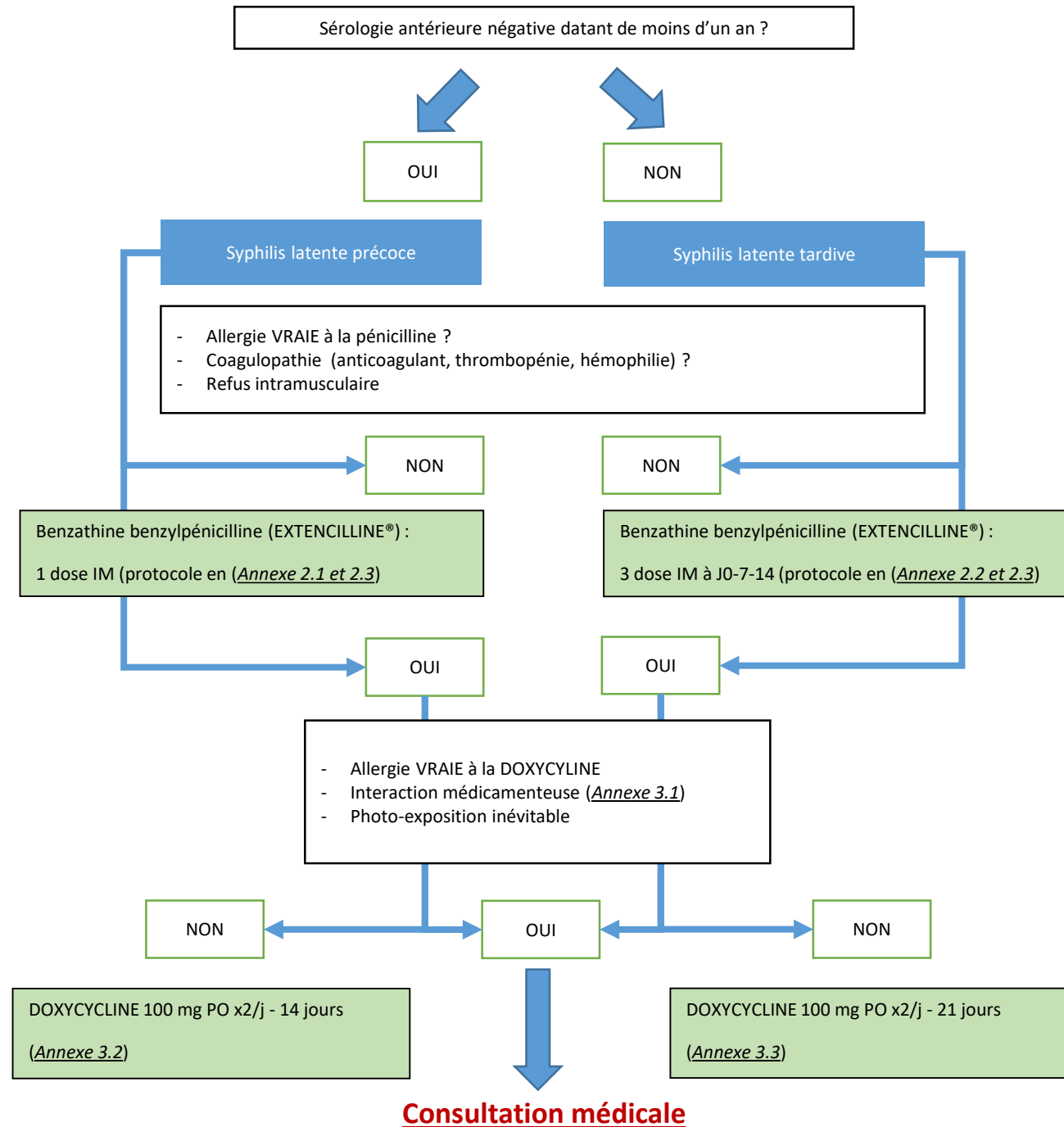
Plaques muqueuses



Alopécie

Syphilis :

Délégation de tâches possible



Syphilis :

Délégation de tâches possible

Annexe 3.1 : Liste des interactions médicamenteuses à risques en association avec la DOXYCYCLINE

1. Associations contre-indiquées

+ Rétinoïdes (voie générale)

Risque d'hypertension intracrânienne.

+ Vitamine A

En cas d'apport de 10000 UI/jour et plus : risque d'hypertension intracrânienne.

1. Associations faisant l'objet de précautions d'emploi

+ Antivitamines K

Augmentation de l'effet de l'antivitamine K et du risque hémorragique.

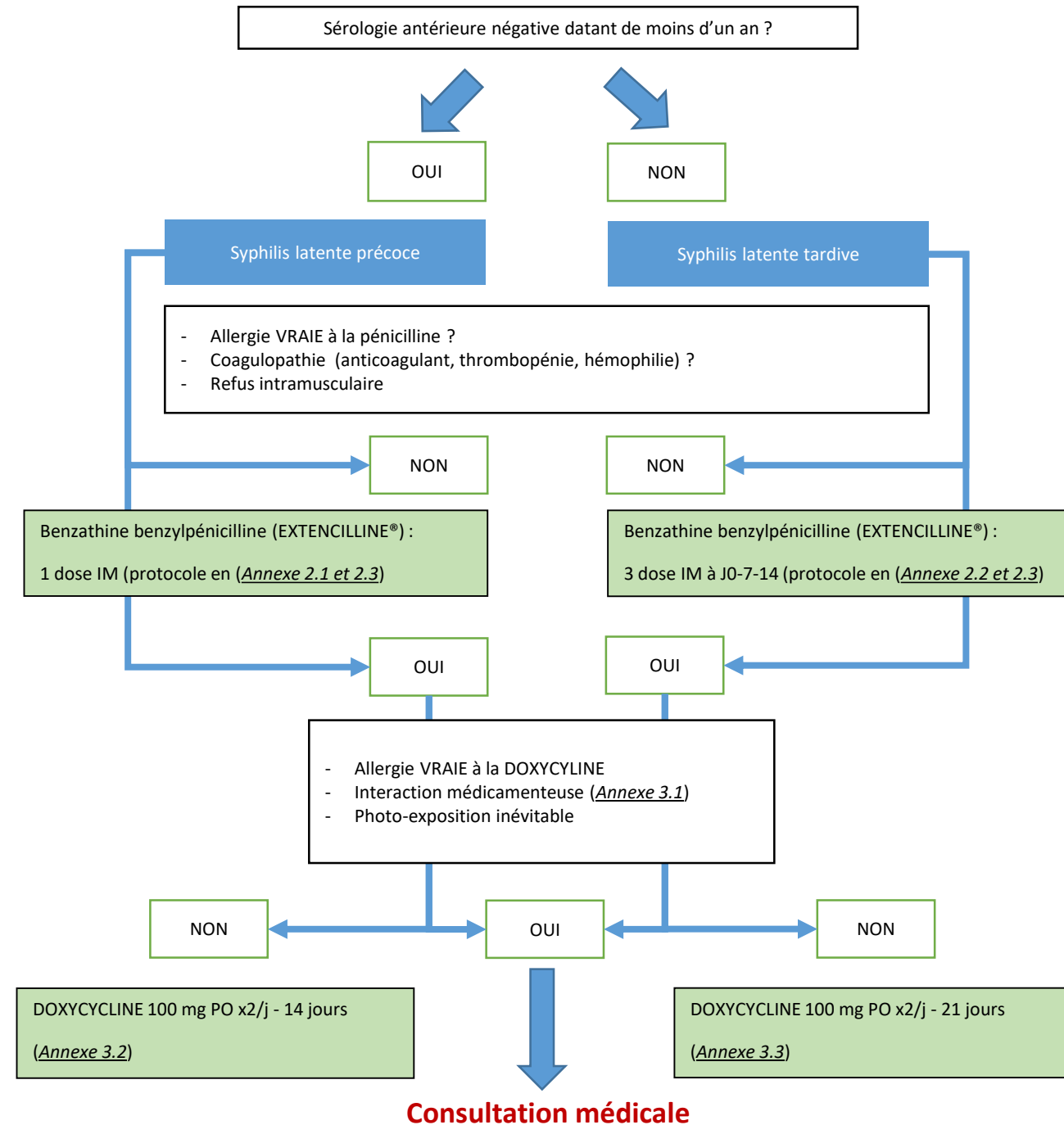
Contrôle plus fréquent de l'INR.

+ Anticonvulsivants inducteurs enzymatiques

Diminution des concentrations plasmatiques de la doxycycline par augmentation de son métabolisme hépatique (phénobarbital, primidone, carbamazépine, phénytoïne).

Surveillance clinique et adaptation éventuelle de la posologie de la doxycycline.

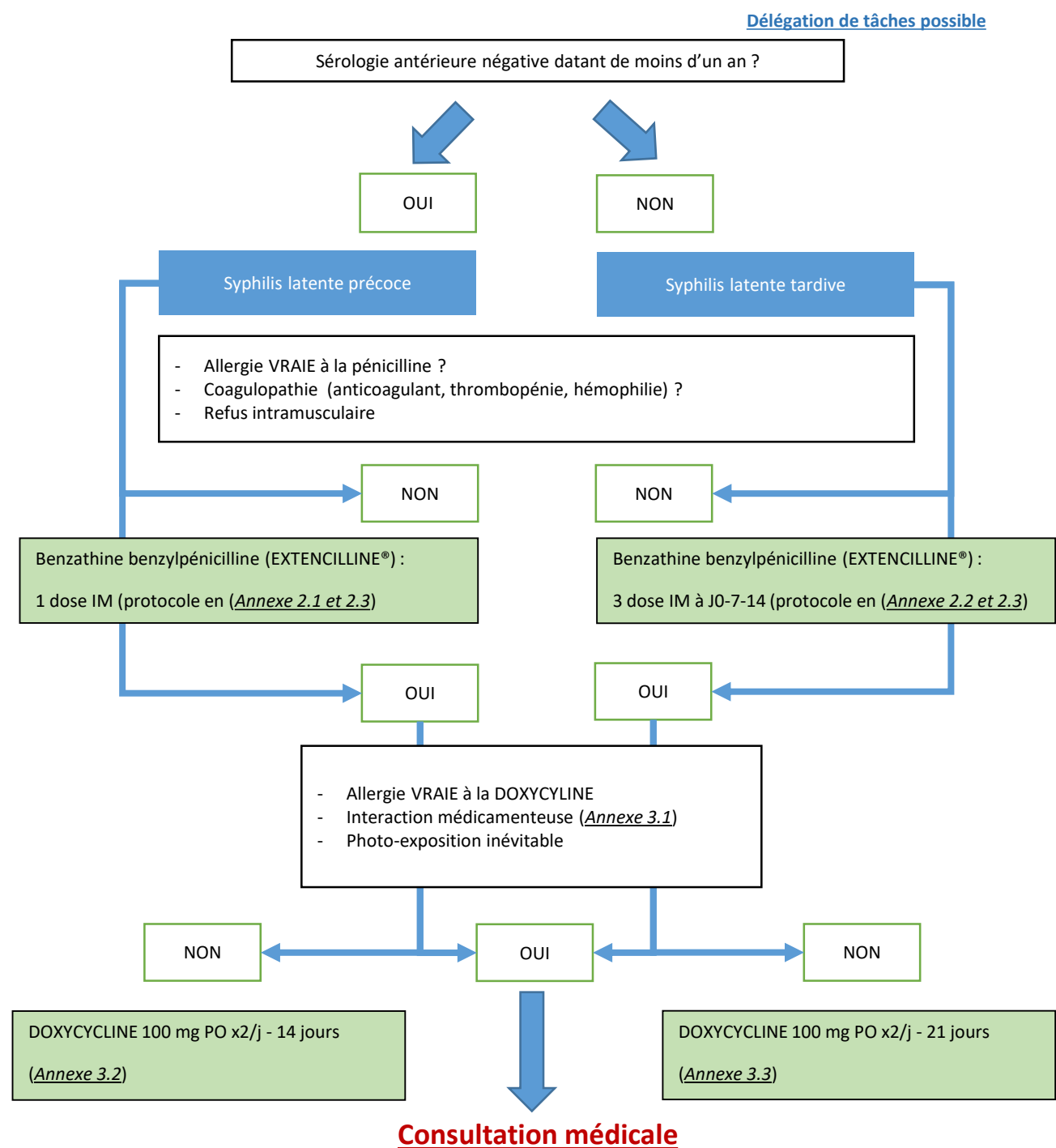
...



Syphilis :

Prévention de la réaction de Jarisch-Herxheimer :

- Pas de recommandation formelle,
- Rare (<10%) si syphilis latente,
- Prévenir les patients +++
- Ajustement protocole : à discuter en équipe ...



Syphilis :



CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS
Mail Pierre Charlot - 41016 BLOIS Cédex – Tél. : 02.54.55.66.33
N° FINESS : 410000087
**CENTRE GRATUIT D'INFORMATION, DEPISTAGE et
DIAGNOSTIC**

Tél. : 02.54.55.67.69 – Fax : 02.54.55.68.26

- Docteur François COUSTILLERES**
N° RPPS : 10101701562
- Docteur Valérie DESCARPENTRIES**
N° RPPS : 10002404969
- Docteur Sophie RIDEAU**
N° RPPS : 10101153889
- Christophe ALMEIDA, I.D.E.**
N° RPPS : 10103079660
- Camille GIRARD, I.D.E.**
N° RPPS : 10104515134

Identification du malade (obligatoire)
nom, prénom, âge, sexe et si nécessaire poids, taille

Les médicaments prescrits peuvent être substitués par un générique sauf si mention manuscrite « NS » = Non Substituable

1. EXTENCILLINE 2,4 Millions : 3 injections à réaliser en IM à

2. Xylocaïne 200mg/20mL : 3 flacons

- Diluer 7 mL de Xylocaïne avec la poudre d'Extencilline® (seringue de 20 mL).

- Injecter doucement en IM avec une aiguille IM (0,8 x 50mm) sur le quart supéro-externe de la hanche.

Rapports sexuels protégés pendant 8 jours

Dépistage du ou des partenaires

Contrôle à 3-6-12 mois

Eviter toute exposition solaire pendant la durée du traitement

Date de la prescription :

Nbre de prescriptions : 2

NB : "le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié"



CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS
Mail Pierre Charlot - 41016 BLOIS Cédex – Tél. : 02.54.55.66.33
N° FINESS : 410000087
**CENTRE GRATUIT D'INFORMATION, DEPISTAGE et
DIAGNOSTIC**

Tél. : 02.54.55.67.69 – Fax : 02.54.55.68.26

- Docteur François COUSTILLERES**
N° RPPS : 10101701562
- Docteur Valérie DESCARPENTRIES**
N° RPPS : 10002404969
- Docteur Sophie RIDEAU**
N° RPPS : 10101153889
- Christophe ALMEIDA, I.D.E.**
N° RPPS : 10103079660
- Camille GIRARD, I.D.E.**
N° RPPS : 10104515134

Identification du malade (obligatoire)
nom, prénom, âge, sexe et si nécessaire poids, taille

Les médicaments prescrits peuvent être substitués par un générique sauf si mention manuscrite « NS » = Non Substituable

**Faire faire par IDEL à domicile trois injections
d'Extencilline® 2,4 Millions en IM.**

1 dose le / / +/- 1 jour

1 dose le / / +/- 1 jour

1 dose le / / +/- 1 jour

Date de la prescription : 23 septembre 2024

Nbre de prescriptions : _____

NB : "le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié"

Syphilis :



CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS
Mail Pierre Charlot - 41016 BLOIS Cédex - Tél. : 02.54.55.66.33
N° FINESS : 410000087
**CENTRE GRATUIT D'INFORMATION, DEPISTAGE et
DIAGNOSTIC**

Tél. : 02.54.55.67.69 - Fax : 02.54.55.68.26

- Docteur Francois COUSTILLERES**
N° RPPS : 10101701562
- Docteur Valérie DESCARPENTRIES**
N° RPPS : 10002404969
- Docteur Sophie RIDEAU**
N° RPPS : 10101153889
- Christophe ALMEIDA, I.D.E.**
N° RPPS : 10103079660
- Camille GIRARD, I.D.E.**
N° RPPS : 10104515134

Identification du malade (obligatoire)
nom, prénom, âge, sexe et si nécessaire poids, taille

Les médicaments prescrits peuvent être substitués par un générique sauf si mention manuscrite « NS » = Non Substituable

**DOXYCYCLINE 100 mg : 1 cp matin et soir au milieu
du repas pendant 14 jours**

Rapports sexuels protégés pendant 8 jours

Dépistage du ou des partenaires

Contrôle à 3-6-12 mois

Eviter toute exposition solaire pendant la durée du traitement

Date de la prescription :

Nbre de prescriptions : 1

NE : "le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié"

Syphilis :

Annexe 7 : Dépistage et traitement des partenaires

Idéalement, un dépistage doit être proposé à l'ensemble des partenaires depuis le dernier test diagnostique négatif (TTA négatif ou nadir RPR), et à défaut :

- Des **24 derniers mois** pour une syphilis latente précoce,
- De **l'ensemble de la vie sexuelle** pour une syphilis latente tardive.

Si délai depuis dernier rapport sexuel inférieur à la période d'incubation (**<90 jours**) :

Deux stratégies peuvent être proposées aux contacts : dépistage et traitement uniquement si test positif, ou dépistage et traitement dans le même temps.

Dépistage et traitement d'emblée des partenaires à privilégier si :

- Partenaire demandeur d'un traitement,
- Contact récent (<1 mois),
- Partenaire symptomatique,
- Difficultés de suivi attendues,
- Sexe en groupe, partenaire(s) déclarant peu de partenaires.

Conseils donnés :

Rapports sexuels protégés jusqu'à 7 jours après la dernière dose

Dépistage et traitement des partenaires (*Annexe 7*)

Test de guérison (*Annexe 8.1 et 8.2*)



Sérologie de contrôle M3-M6-M12

Syphilis :



CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS

Mail Pierre Charlot - 41016 BLOIS Cédex - Tél. : 02.54.55.66.33

N° FINESS : 410000087

**CENTRE GRATUIT D'INFORMATION, DEPISTAGE et
DIAGNOSTIC**

Tél. : 02.54.55.67.69 - Fax : 02.54.55.68.26

Docteur Francois COUSTILLERES

N° RPPS : 10101701562

Docteur Valérie DESCARPENTRIES

N° RPPS : 10002404969

Docteur Sophie RIDEAU

N° RPPS : 10101153889

Christophe ALMEIDA, I.D.E.

N° RPPS : 10103079660

Camille GIRARD, I.D.E.

N° RPPS : 10104515134

Identification du malade (obligatoire)

nom, prénom, âge, sexe et si nécessaire poids, taille

Les médicaments prescrits peuvent être substitués par un générique sauf si mention manuscrite « NS » = Non Substituable

Faire pratiquer en laboratoire une sérologie syphilis (RPR) à 3-6-12 mois.

Résultats à adresser sur messagerie sécurisée bluefiles : cegidd41@ch-blois.fr

Date de la prescription :

Nbre de prescriptions : _____

NS : "le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié"

A propos de l'interprétation de la sérologie syphilitique, quelles propositions sont exactes ?

- A. TTA-/RPR- à J10 d'un rapport à risque signe l'absence de transmission,
- B. TTA-/RPR+ signe une infection débutante,
- C. TTA+/RPR- signe une infection guérie,
- D. TTA+/RPR- signe une infection latente,
- E. Au moindre doute sur l'interprétation d'une sérologie, une PCR plasma peut être réalisée,
- F. Une tréponématose non vénérienne peut être TTA+/RPR- ou TTA+/RPR+.

M. C. 41 ans

Quels éléments, décrits ou non, nécessiteraient de prendre avis auprès du médecin délégué ?

- A. **Fou visuel,**
- B. **Plainte auditive récente,**
- C. **Antécédent d'urticaire à l'amoxicilline,**
- D. Pas de sérologie de référence,
- E. Antécédent de syphilis déjà traitée,
- F. Refus du traitement intramusculaire.

M. C. 41 ans

Le patient peut être prise en charge par vos soins, pas d'allergie, d'accord pour traitement IM. Sa dernière sérologie date d'il y a 2 ans (négative). Que préconisez-vous ?

- A. Extencilline[®] IM 2,4 MUI : 1 dose IM,
- B. Extencilline[®] IM 2,4 MUI : 3 doses IM à J0-J7-J14,
- C. RSP 7 jours,
- D. Dépistage des sujets contacts depuis la dernière sérologie négative,
- E. Suivi sérologique à 3 mois uniquement si pas de PrEP, tous les 3 mois si PrEP.

M. C. 41 ans

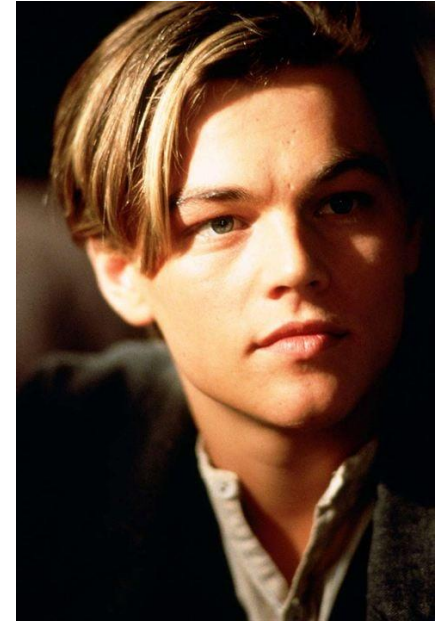
Le patient a transmis les informations à son dernier partenaire, qui vous contacte.

Quels éléments rechercher-vous pour discuter un traitement d'emblée chez cette personne ?

- A. **Date du dernier rapport sexuel entre les deux personnes,**
- B. **Type de rapport,**
- C. **Port du préservatif,**
- D. **Itinérant,**
- E. **Adhésion du partenaire à un traitement d'emblée.**

M. G. 21 ans

- Consulte au CeGIDD pour renouvellement PrEP,
- RSNP HSH multi il y a 12 jours à Shanghai (Chine),
- Bilan :
 - PCR 3 sites : NG+ 1^{er} jet et gorge, reste négatif,
 - Culture NG en cours.



A propos des examens complémentaires concernant *N. gonorrhoea*, quelles réponses vous paraissent exactes ?

- A. La PCR est un examen très sensible,
- B. La PCR est peu spécifique, il existe fréquemment des faux-positifs,
- C. La mise en culture n'est pas systématique devant une PCR positive,
- D. Une PCR positive avec culture négative témoigne d'une infection guérie,
- E. Les sites pharyngés et rectaux sont rarement symptomatiques,
- F. Il est possible d'approcher la sensibilités aux antibiotiques grâce à la PCR,

M. G. 21 ans

Quels éléments, décrits ou non, nécessiteraient de prendre avis auprès du médecin délégué ?

- A. Urétrite,
- B. Gonalgies,
- C. Voyage récent en Asie,
- D. Prise de céphalosporines de 3^{ème} génération orales il y a 3 semaines,
- E. Culture positive avec antibiogramme à disposition,
- F. PCR 1^{er} jet déjà positive il y a 2 mois.

M. G. 21 ans

Le patient peut être prise en charge par vos soins, pas d'allergie, d'accord pour traitement IM.
Quelle prise en charge proposez-vous ?

- A. Ceftriaxone 500 mg IM DU,
- B. Ceftriaxone 1g IM DU,
- C. Ceftriaxone 1g IM DU + azithromycine PO 2g DU,
- D. Ceftriaxone 1g IM DU + azithromycine PO 2g espacées d'une heure,
- E. Gentamicine 240 mg IM DU,
- F. Rien, le patient n'est pas symptomatique.

M. G. 21 ans

Le patient reçoit le traitement.

Quelle mesure(s) associée(s) proposez-vous ?

- A. Contrôle PCR à J7,
- B. Contrôle PCR à 1 mois,
- C. Contrôle PCR à 3-6 mois,
- D. Pas de contrôle PCR systématique,
- E. RSP 7 jours (ou jusqu'à contrôle PCR négatif).

Gonococque : tests diagnostiques

- NAAT (PCR) : très sensible (peu/pas de faux-négatifs) et très spécifique.
- Culture :
 - Fréquemment positive pour urétrite, plus rarement pour autres localisations,
 - Possible sur tout prélèvement (milieu spécifique) sauf écouvillon urine ou vaginal,
 - Réalisation d'un antibiogramme.

Gonorrhée : signes cliniques

Taux symptomatique

- | | |
|--------------|------------|
| - Urétrale ♂ | 90% |
| - Génitale ♀ | <50% |
| - Pharynx | <10-20% |
| - Rectum | <10-20% |

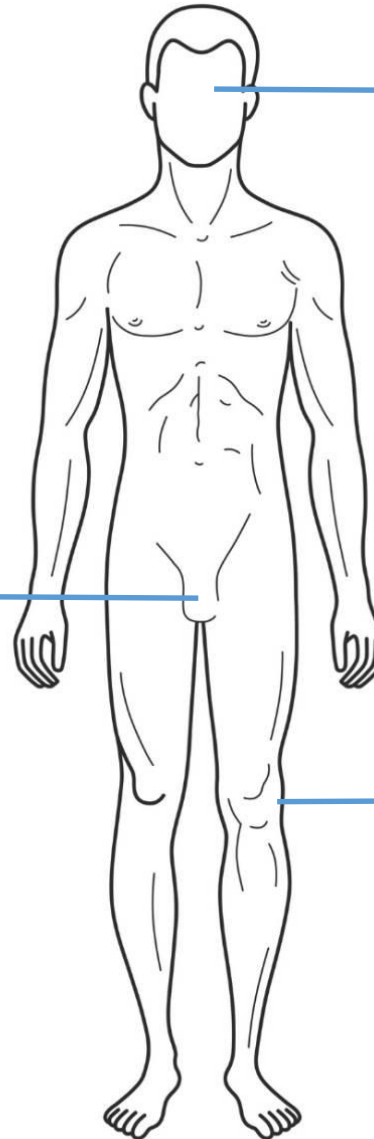
Conjonctivite mucopurulente



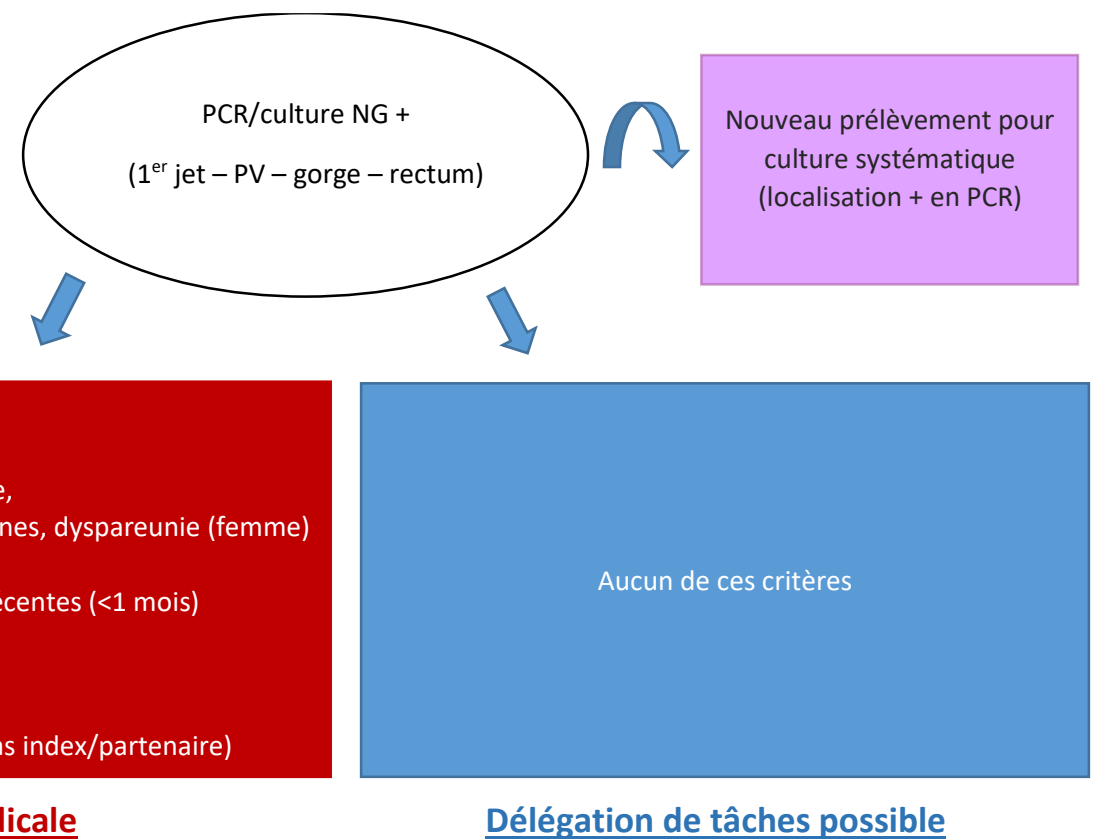
Urétrite



Arthrite avec pustulose

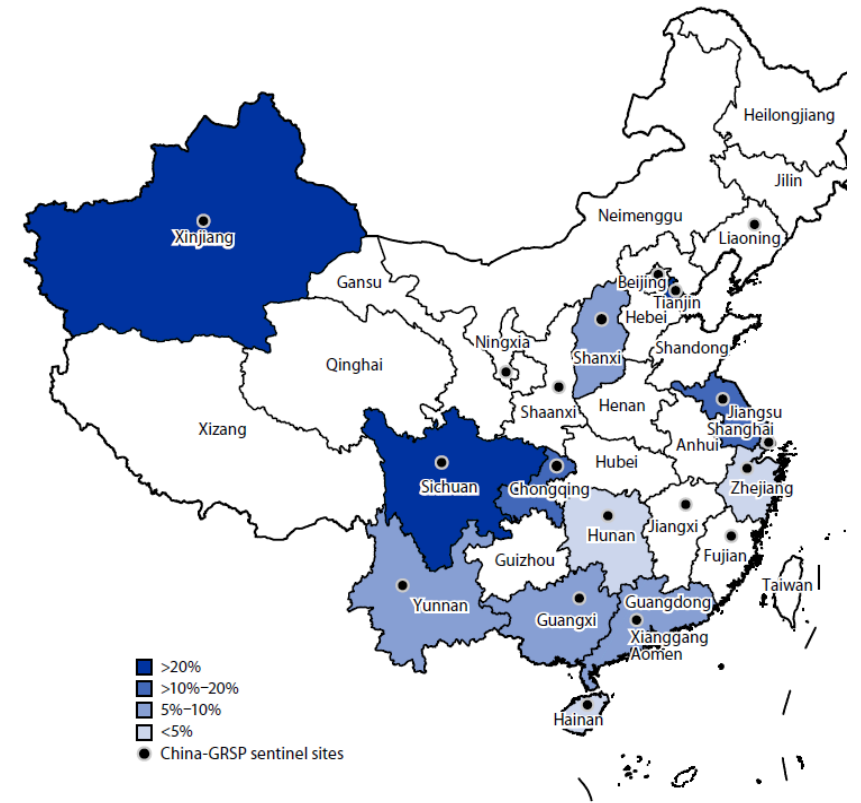
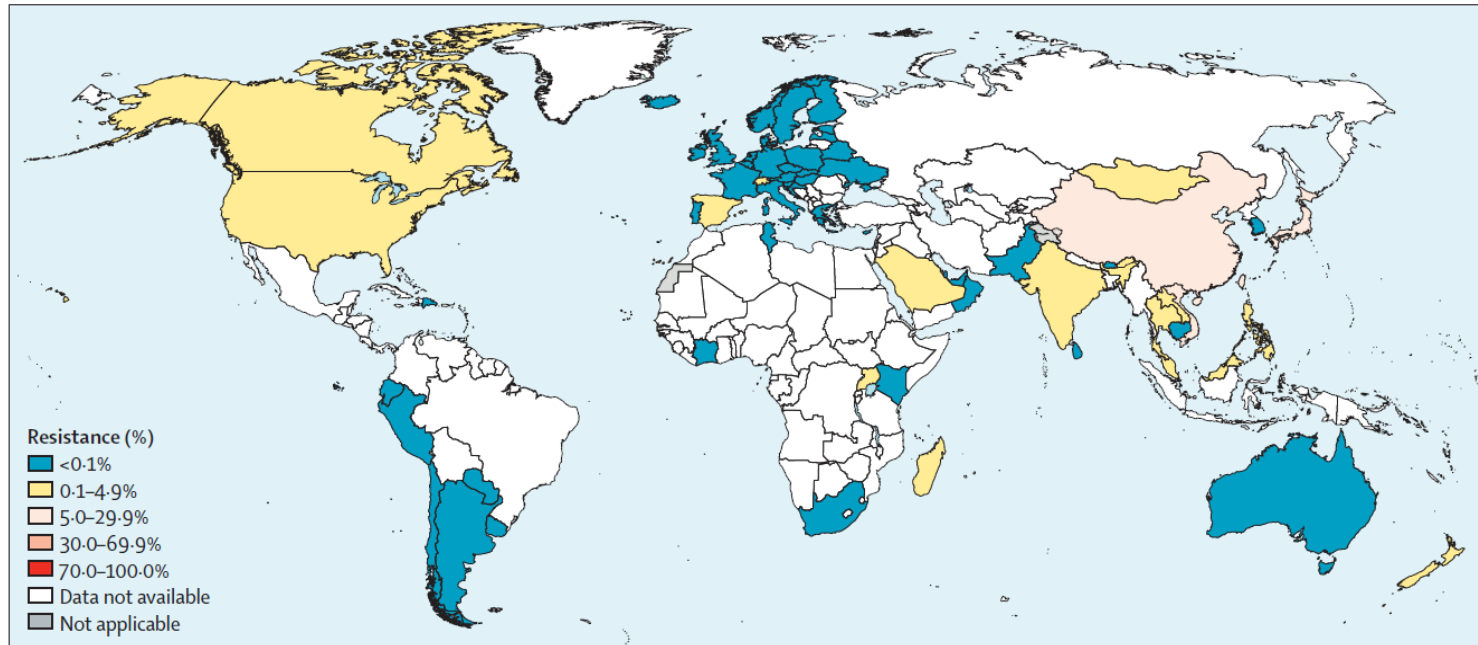


Gonocoque :



Gonocoque :

Epidémiologie de la résistance

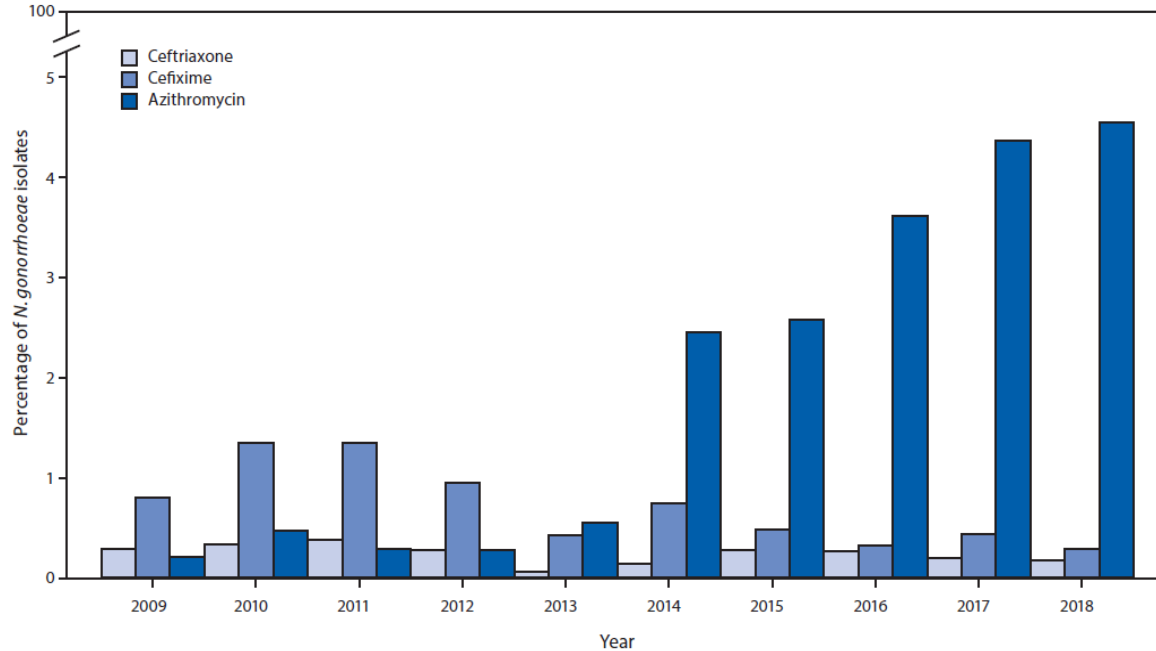


Gonocoque :

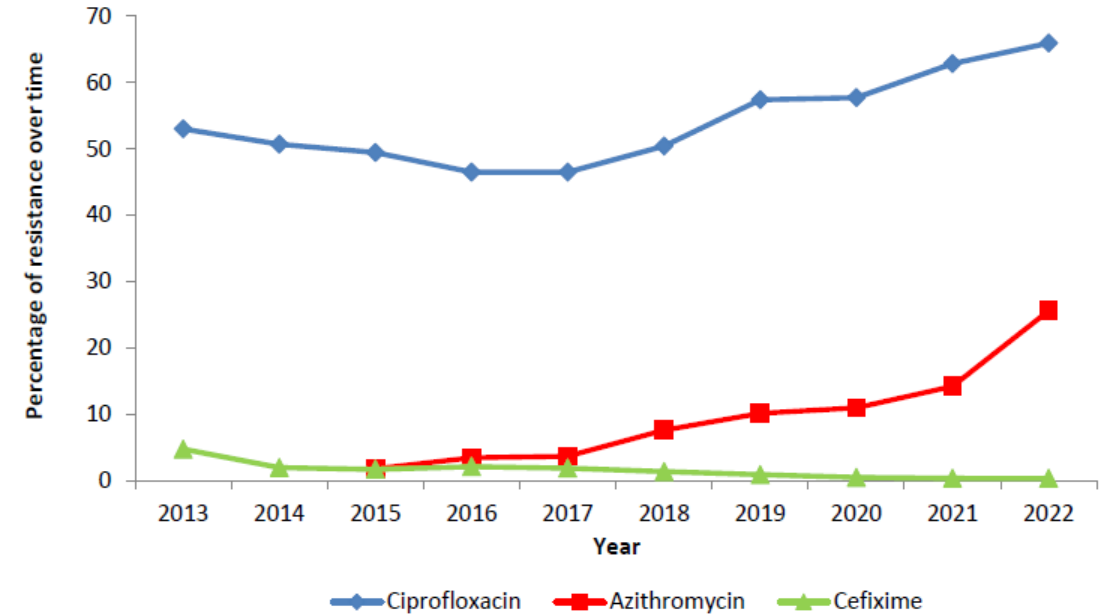
Epidémiologie de la résistance



FIGURE. Percentage of *Neisseria gonorrhoeae* isolates with elevated minimum inhibitory concentrations (MICs)* to ceftriaxone, cefixime, and azithromycin — Gonococcal Isolate Surveillance Project, United States, 2009–2018



Source: CDC. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2018. <https://www.cdc.gov/std/stats18/default.htm>.
 * Elevated MIC = ceftriaxone $\geq 0.125 \mu\text{g/mL}$; cefixime $\geq 0.25 \mu\text{g/mL}$; azithromycin $\geq 2.0 \mu\text{g/mL}$.



CDC's Treatment Guidelines for Gonococcal Infection, 2021
 Euro GASP 2022

Antibiotique :	Taux de sensibilité (%) :
Ceftriaxone	100
Gentamicine	100
Cefixime	99,8
Azithromycine	90
Ciprofloxacine	40
Tétracycline	10

Ceftriaxone : 5 cas NG avec souche résistantes entre 2019 et 2023...

Gonocoque :

Les recommandations - cas général :

IUSTI 2020 :

- Ceftriaxone 1g IM + azithromycine 2g DU,
- **Ceftriaxone 1g IM DU (alternative).**

CNR – SPILF – SFD 2021 (en attendant les recommandations 2024) :

- **Ceftriaxone 1g IM DU si profil résistance inconnu/CMI $\leq 0,5\text{mg/L}$ (+ azithromycine si retour d'Asie Pacifique).**

SFNCP 2023 :

- **Ceftriaxone 1g IM DU.**

Gonocoque :

Dose C3Gi/mono ou bithérapie

Passage de 500 mg à 1g ceftriaxone IM DU :

- Eradication des souches avec CMI comprises entre 0,125 et 0,5mg/L.

Bithérapie :

- Traitement efficace même en cas de résistance à l'un ou l'autre des deux agents.

Gonocoque :

Alternatives – Hors pharynx :

IUSTI 2020 :

- **Gentamicine 250 mg IM + azithromycine 2g DU,**
- Ciprofloxacin 500 mg DU (sur CMI),
- Cefixime 400 mg + azithromycine 2g DU (protocole COREVIH CVL).

Ex : allergie Béta-lactamines

CNR – SPILF – SFD 2021 (en attendant les recommandations 2024) :

- **Gentamicine 250 mg IM + azithromycine 2g DU,**
- Ciprofloxacin 500 mg DU (sur CMI).

SFNCP 2023:

- **Gentamicine 250 mg IM DU.**

Gonocoque :

Alternatives – pharynx :

IUSTI 2020 :

- **Gentamicine 250 mg IM + azithromycine 2g DU,**
- Ciprofloxacin 500 mg DU (sur CMI).

Ex : allergie Béta-lactamines

CNR – SPILF – SFD 2021 (en attendant les recommandations 2024) :

- **Gentamicine 250 mg IM + azithromycine 2g DU,**
- Ciprofloxacin 500 mg DU (sur CMI).

Gonocoque :

Azithromycine :

- Efficace (>95%) sur souche sensible.

Table 2. Side-effect profile of different azithromycin dosing

Side effect	1 g single dose (N=271) % (95% CI)	2 g single dose (N=218) % (95% CI)	2 g split dose (N=105) % (95% CI)
Vomiting	1.1 (0.2–3.2)	3.7 (1.6–7.1)	0.9 (0.0–5.0)
Nausea	13.7 (9.8–18.3)	43.1 (36.4–50.0)	16.4 (10.0–24.6)
Diarrhoea	25.5 (20.4–31.1)	50.9 (44.1–57.7)	30.9 (22.4–40.4)

2 g split (i.e. 1 g plus 1 g 6–12 h later) dosing

En dehors des C3Gi :

MAIS :

- Taux de résistance NG : 10% en France, en augmentation,
- Utilisation 1g DU favorise la résistance de *M. genitalium*,
- Pression de sélection sur le microbiote digestif,
- **Mauvaise tolérance digestive de la posologie 2g.**

Hansfield *et al.* Sex Transm Dis 1994
Doan *et al.* N Engl J Med 2020
Ong *et al.*, J Antimicrob Chemther 2022

Gonocoque :

En dehors des C3Gi :

Cefixime :

- Efficacité : 70-80% seulement pour pharyngé en monothérapie ?
- Biodisponibilité : 40-50% ;
 - Concentrations tissulaires moins bonne que C3Gi; sélection résistance C3Go/i sur NG,
 - Impactant pour le microbiote +++.

Handsfield *et al.* N Engl J Med 1995
Sathia *et al.* Int J STD AIDS 2007
Barbee *et al.* Clin Infect Dis 2013

Ciprofloxacinine :

- Taux de résistance NG : 40% en France, uniquement sur antibiogramme,
- Sélectionnant pour NG et impactant pour le microbiote +++.

Echols *et al.* Sex Transm Dis 1994

Tous les ATB ont une diffusion moins bonne au niveau pharyngé...
 Reste bonne pour les C3Gi, **mais que faire si non-utilisable ?**

Barbee *et al.* Sex Transm Dis 2018

Ex : gentamicine 240mg vers ceftriaxone 500mg IM DU :

Essai randomisé/14 cliniques de santé sexuelle anglaises :

- Gonococcie tout site, symptomatique ou non, non compliquée,
- Tous les participants ont reçus en plus 1g d'azithromycine ...
- Critère de jugement : clairance (PCR négative à J15).

	Ceftriaxone group (n=362)	Gentamicin group (n=358)	Adjusted risk difference for clearance* (95% CI)
Participants cleared at all sites	299/306 (98%, 95 to 99)	267/292 (91%, 88 to 94)	-6.4% (-10.4 to -2.4%)
Participants with genital gonorrhoea cleared	151/154 (98%, 96 to 100)	163/174 (94%, 90 to 97)	-4.4% (-8.7 to 0)
Participants with pharyngeal gonorrhoea cleared	108/113 (96%, 92 to 99)	82/102 (80%, 72 to 88)	-15.3% (-24.0 to -6.5)
Participants with rectal gonorrhoea cleared	134/137 (98%, 95 to 100)	107/119 (90%, 84 to 95)	-7.8% (-13.6 to -2.0)

Data are n/N (% , 95% CI) unless otherwise specified. *Adjusted by recruiting site (for gentamicin group vs ceftriaxone group).

Table 2: Clearance of *Neisseria gonorrhoeae* at infected sites at 2 weeks

Alternative aux C3Gi : association ATB à bonne dose ?

Ex : gentamicine vers ceftriaxone IM DU :

Essai randomisé/Prague:

- Gonococcie pharynx/rectum ou les deux, symptomatique ou non (>70%),
- Tous les participants ont reçus en plus **2g** d'azithromycine ...,
- Critère de jugement : clairance (PCR négative à J21).

Table 2

Comparison of treatment in gentamicin plus azithromycin and ceftriaxone plus azithromycin arms

Characteristic	Gentamicin + azithromycin (n = 72)	95%CI	Ceftriaxone + azithromycin (n = 71)	95%CI	p
Treatment results, n (%)					
Withdrawal of symptoms	72 (100.0)	0.95–1.00	71 (100.0)	0.95–1.00	
Negative NAAT	72 (100.0)	0.95–1.00	71 (100.0)	0.95–1.00	
Negative culture	72 (100.0)	0.95–1.00	71 (100.0)	0.95–1.00	

Alternative aux C3Gi : **association ATB à bonne dose ?**

Association cefixime + azithromycine ?

Semble très efficace y compris pour site pharyngé, même avec azithromycine **1g**.

Table 1 Pharyngeal clearance rates and linear regression analysis with cefixime and ceftriaxone

Antibiotic used	No. of patients with TOC	No. with negative TOC result (%)	<i>P</i> value (95% confidence intervals)
Cefixime alone	16	14 (87.6)	0.61 (−0.148 to 0.087)
Cefixime+doxycycline	15	11 (73.3)	0.015 (−0.397 to −0.044)
Cefixime+azithromycin	24	24 (100)	0.030 (0.018–0.335)
Ceftriaxone alone	17	15 (88.2)	1.0 (−0.123 to 0.123)
Ceftriaxone+doxycycline	11	10 (90.9)	1.0 (−0.223 to 0.223)
Ceftriaxone+azithromycin	5	5 (100)	0.458 (−0.184 to 0.398)

TOC=test of cure; Bold values indicate statistical significance

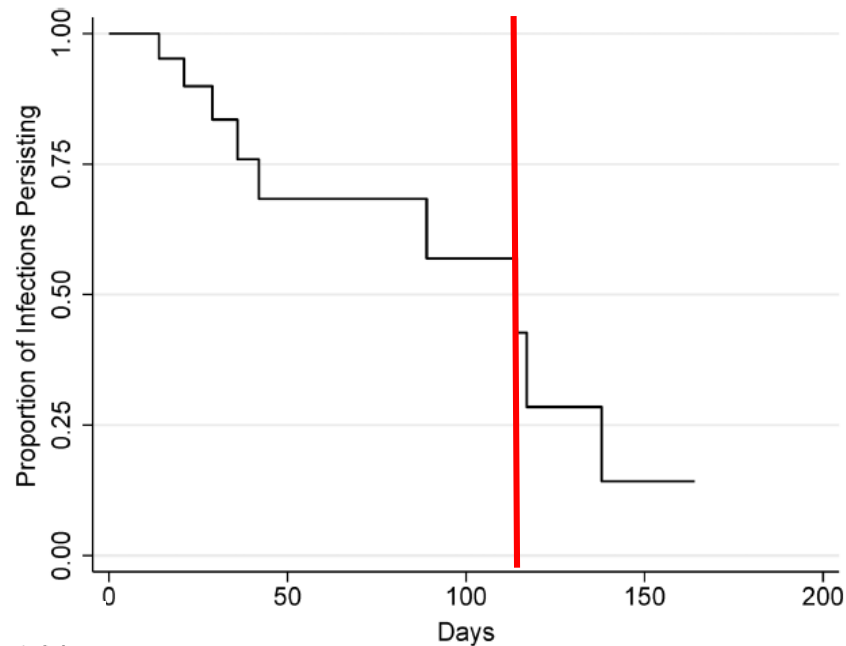
Faut-il vraiment dépister et traiter les patients asymptomatiques ?

Site fréquent (pharynx + anal : 80% des localisations chez HSH),

Rarement symptomatique (<10%) ...

Clairance pharyngée spontanée : 27% à 10 sem ; délai médiane : 16 [5,1–19,7] semaines (\approx autres sites)

... Une étude ne montrant pas de bénéfice au dépistage systématiques/taux symptomatique



van Liere *et al.* Sex Transm Infect 2019

Barbee *et al.* Clin Infect Dis 2021

Barbee *et al.* Clin Infect Dis 2022

Krygier, JSS 2024

Gonocoque :

Les recommandations - cas général :

IUSTI 2020 :

- Ceftriaxone 1g IM + azithromycine 2g DU,
- **Ceftriaxone 1g IM DU (alternative).**

CNR – SPILF – SFD 2021 (en attendant les recommandations 2024) :

- **Ceftriaxone 1g IM DU si profil résistance inconnu/CMI $\leq 0,5\text{mg/L}$ (+ azithromycine si retour d'Asie Pacifique).**

SFNCP 2023 :

- **Ceftriaxone 1g IM DU.**

- Ceftriaxone 1g IM DU,
- Si voie IM impossible : envisager ceftriaxone IV.

Gonocoque :

Alternatives – Hors pharynx :

IUSTI 2020 :

- **Gentamicine 250 mg IM + azithromycine 2g DU,**
- Ciprofloxacin 500 mg DU (sur CMI),
- Cefixime 400 mg + azithromycine 2g DU (protocole COREVIH CVL).

Ex : allergie Béta-lactamines

CNR – SPILF – SFD 2021 (en attendant les recommandations 2024) :

- **Gentamicine 250 mg IM + azithromycine 2g DU,**
- Ciprofloxacin 500 mg DU (sur CMI).

SFNCP 2023:

- **Gentamicine 250 mg IM DU.**

Hors pharynx :

- Si voie IM possible : gentamicine IM seul DU,
- Si voie IM impossible = consultation médicale : évaluer risque allergique/ceftriaxone – cipro ?

Gonocoque :

Alternatives – pharynx :

IUSTI 2020 :

- **Gentamicine 250 mg IM + azithromycine 2g DU,**
- Ciprofloxacin 500 mg DU (sur CMI) .

Ex : allergie Béta-lactamines

CNR – SPILF – SFD 2021 (en attendant les recommandations 2024) :

- **Gentamicine 250 mg IM + azithromycine 2g DU,**
- Ciprofloxacin 500 mg DU (sur CMI).

Pharynx : consultation médicale

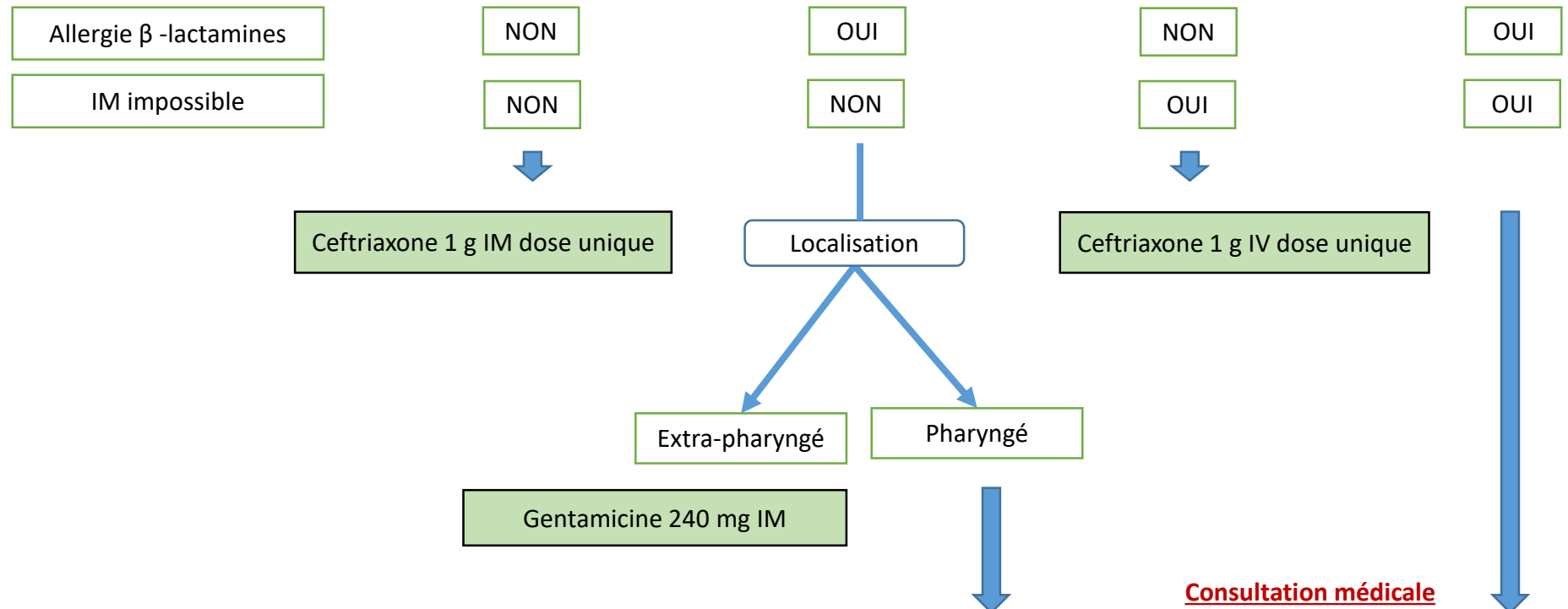
- Si voie IM possible : gentamicine IM + azithromycine 2g PO DU, mais alternatives ?
- Si voie IM impossible : évaluer risque allergique/ceftriaxone – cipro ?

Gonocoque :

Délégation de tâches possible



- Allergie VRAIE aux β -lactamines ?
- Coagulopathie (TP bas, thrombopénie, hémophilie), anticoagulation curative ?
- Refus intramusculaire ?



Evaluer risque allergique C3G (allergie avéré ou non) :
GENTAMICINE 240 mg IM + AZITHROMYCINE 2 prises d'1g espacées d'une heure si localisation pharyngée et IM possible
CIPROFLOXACINE 500 mg PO monodose (sur ATBgramme uniquement),
Autres alternatives au cas par cas...

Gonocoque :

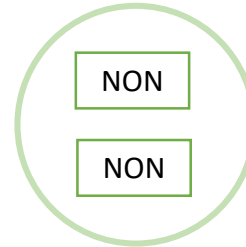
1. Situations simples :

Délégation de tâches possible



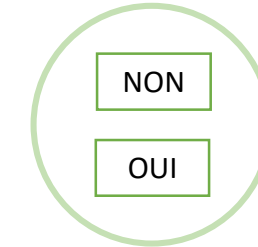
- Allergie VRAIE aux β -lactamines ?
- Coagulopathie (TP bas, thrombopénie, hémophilie), anticoagulation curative ?
- Refus intramusculaire ?

Allergie β -lactamines
IM impossible



Ceftriaxone 1 g IM dose unique

OUI
NON



Ceftriaxone 1 g IV dose unique

OUI
OUI

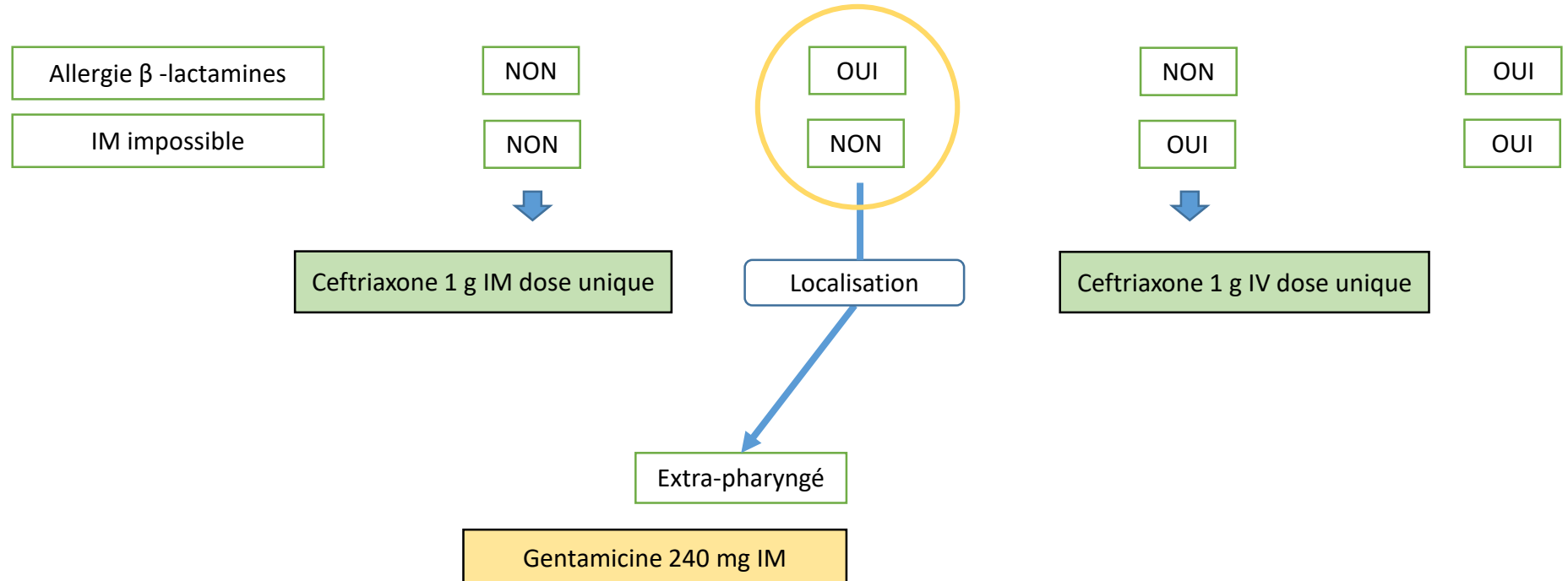
Gonocoque :

Délégation de tâches possible



- Allergie VRAIE aux β -lactamines ?
- Coagulopathie (TP bas, thrombopénie, hémophilie), anticoagulation curative ?
- Refus intramusculaire ?

2. Situations un peu compliquées :



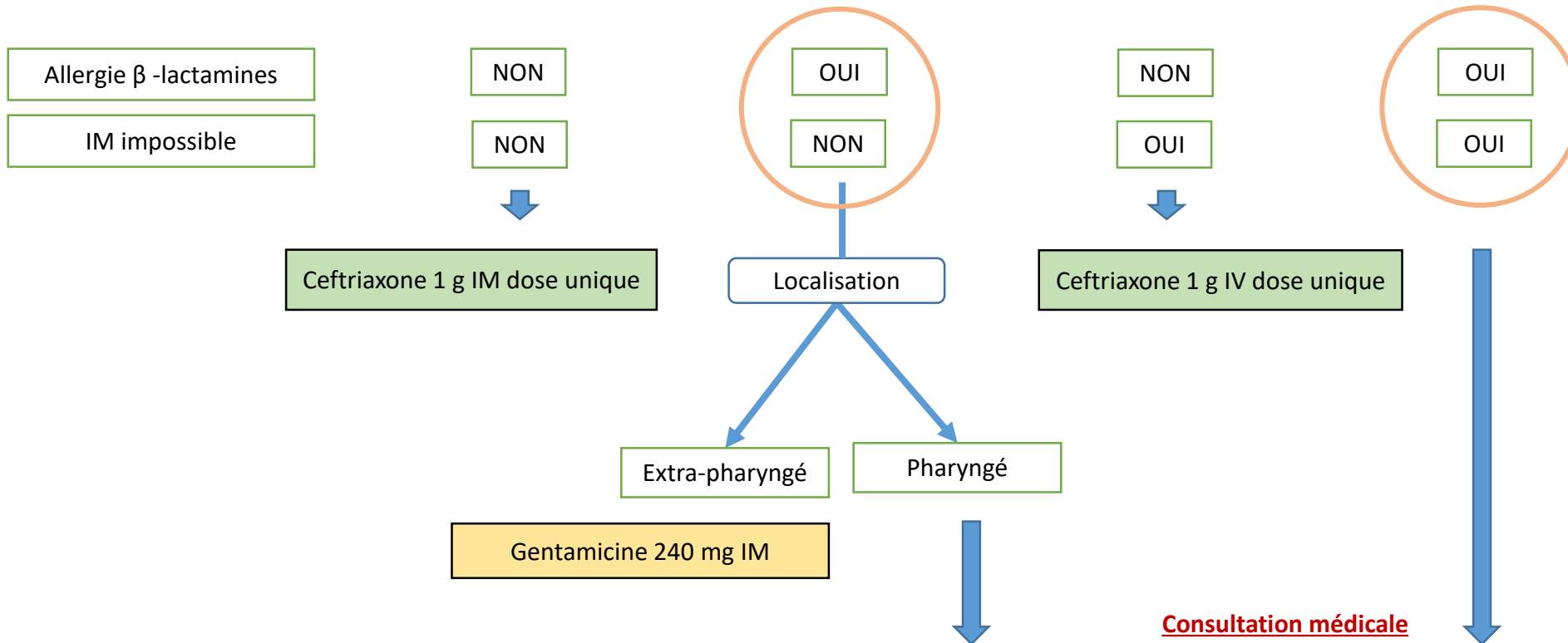
Gonocoque :

3. Situations trop compliquées :

Délégation de tâches possible



- Allergie VRAIE aux β -lactamines ?
- Coagulopathie (TP bas, thrombopénie, hémophilie), anticoagulation curative ?
- Refus intramusculaire ?



Evaluer risque allergique C3G (allergie avéré ou non) :

GENTAMICINE 240 mg IM + AZITHROMYCINE 2 prises d'1g espacées d'une heure si localisation pharyngée et IM possible

CIPROFLOXACINE 500 mg PO monodose (sur ATBgramme uniquement),

Autres alternatives au cas par cas...

Gonocoque :



CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS
Mail Pierre Charlot - 41016 BLOIS Cédex - Tél. : 02.54.55.66.33
N° FINESS : 410000087
**CENTRE GRATUIT D'INFORMATION, DEPISTAGE et
DIAGNOSTIC**

Tél. : 02.54.55.67.69 - Fax : 02.54.55.68.26

- Docteur Francois COUSTILLERES**
N° RPPS : 10101701562
- Docteur Valérie DESCARPENTRIES**
N° RPPS : 10002404969
- Docteur Sophie RIDEAU**
N° RPPS : 10101153889
- Christophe ALMEIDA, I.D.E.**
N° RPPS : 10103079660
- Camille GIRARD, I.D.E.**
N° RPPS : 10104515134

Identification du malade (obligatoire)
nom, prénom, âge, sexe et si nécessaire poids, taille

Les médicaments prescrits peuvent être substitués par un générique sauf si mention manuscrite « NS » = Non Substituable

CEFTRIAXONE 1 g :

1 injection à faire en IM

Rapports sexuels protégés pendant 8 jours

Dépistage du ou des partenaires

Contrôle à 7 jours

Date de la prescription :

Nbre de prescriptions : 1

NB : "le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié"



CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS
Mail Pierre Charlot - 41016 BLOIS Cédex - Tél. : 02.54.55.66.33
N° FINESS : 410000087
**CENTRE GRATUIT D'INFORMATION, DEPISTAGE et
DIAGNOSTIC**

Tél. : 02.54.55.67.69 - Fax : 02.54.55.68.26

- Docteur Francois COUSTILLERES**
N° RPPS : 10101701562
- Docteur Valérie DESCARPENTRIES**
N° RPPS : 10002404969
- Docteur Sophie RIDEAU**
N° RPPS : 10101153889
- Christophe ALMEIDA, I.D.E.**
N° RPPS : 10103079660
- Camille GIRARD, I.D.E.**
N° RPPS : 10104515134

Identification du malade (obligatoire)
nom, prénom, âge, sexe et si nécessaire poids, taille

Les médicaments prescrits peuvent être substitués par un générique sauf si mention manuscrite « NS » = Non Substituable

Faire faire par IDEL à domicile une injection de ceftriaxone 1g en IM.

Date de la prescription :

Nbre de prescriptions : _____

NB : "le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié"

Gonocoque :



CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS
Mail Pierre Charlot - 41016 BLOIS Cédex – Tél. : 02.54.55.66.33
N° FINESS : 410000087
**CENTRE GRATUIT D'INFORMATION, DEPISTAGE et
DIAGNOSTIC**

Tél. : 02.54.55.67.69 – Fax : 02.54.55.68.26

- Docteur Francois COUSTILLERES**
N° RPPS : 10101701562
- Docteur Valérie DESCARPENTRIES**
N° RPPS : 10002404969
- Docteur Sophie RIDEAU**
N° RPPS : 10101153889
- Christophe ALMEIDA, I.D.E.**
N° RPPS : 10103079660
- Camille GIRARD, I.D.E.**
N° RPPS : 10104515134

Identification du malade (obligatoire)
nom, prénom, âge, sexe et si nécessaire poids, taille

Les médicaments prescrits peuvent être substitués par un générique sauf si mention manuscrite « NS » = Non Substituable

GENTAMICINE 240 mg (3 ampoules de 80mg/2mL)

1 injection à faire en IM

Rapports sexuels protégés pendant 8 jours

Dépistage du ou des partenaires

Contrôle à 7 jours

Date de la prescription :

Nbre de prescriptions : 1

NB : "le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié"



CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS
Mail Pierre Charlot - 41016 BLOIS Cédex – Tél. : 02.54.55.66.33
N° FINESS : 410000087
**CENTRE GRATUIT D'INFORMATION, DEPISTAGE et
DIAGNOSTIC**

Tél. : 02.54.55.67.69 – Fax : 02.54.55.68.26

- Docteur Francois COUSTILLERES**
N° RPPS : 10101701562
- Docteur Valérie DESCARPENTRIES**
N° RPPS : 10002404969
- Docteur Sophie RIDEAU**
N° RPPS : 10101153889
- Christophe ALMEIDA, I.D.E.**
N° RPPS : 10103079660
- Camille GIRARD, I.D.E.**
N° RPPS : 10104515134

Identification du malade (obligatoire)
nom, prénom, âge, sexe et si nécessaire poids, taille

Les médicaments prescrits peuvent être substitués par un générique sauf si mention manuscrite « NS » = Non Substituable

**Faire faire par IDEL à domicile une injection de gentamicine en IM
(3 ampoules de 80mg/2mL pures)**

Date de la prescription :

Nbre de prescriptions : _____

NB : "le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié"

Gonocoque :

Annexe 7 : Dépistage et traitement des partenaires

Idéalement, un dépistage doit être proposé à l'ensemble des partenaires depuis le dernier test diagnostique négatif (TTA négatif ou nadir RPR), et à défaut :

- Des **3 derniers mois** pour une infection à NG,

Si délai depuis dernier rapport sexuel inférieur à la période d'incubation (< 7 jours) :

Deux stratégies peuvent être proposées aux contacts : dépistage et traitement uniquement si test positif, ou dépistage et traitement dans le même temps.

Dépistage et traitement uniquement si résultats positifs à privilégier si :

- Partenaire réticent à l'initiation d'un traitement,
- Partenaire asymptomatique,
- Pas de difficultés de suivi attendues,
- Pas de sexe en groupe, partenaire(s) déclarant peu de partenaires.

Conseils donnés :

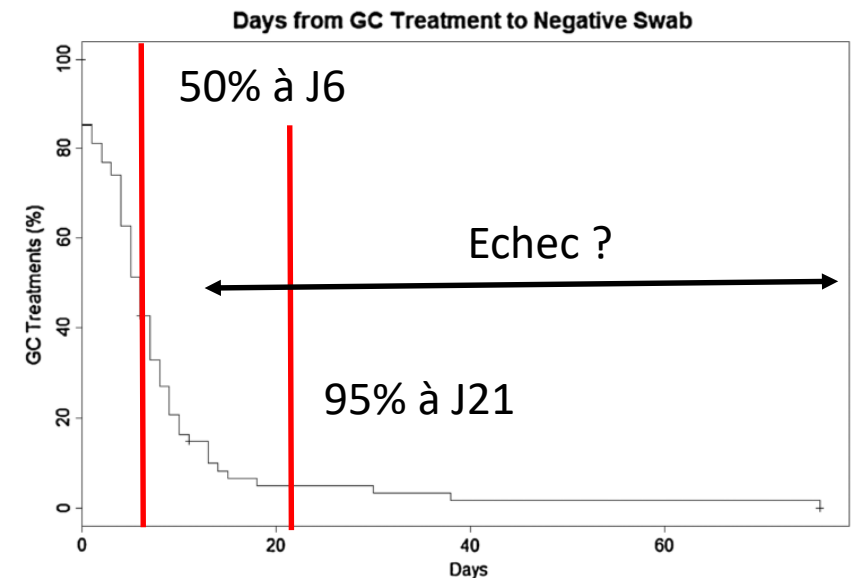
Rapports sexuels protégés jusqu'à 7 jours après la dernière dose

Dépistage et traitement des partenaires (*Annexe 7*)

Test de guérison (*Annexe 8.1 et 8.2*)

... ou contrôle PCR négatif

Négativation PCR après traitement :



Gonocoque :



CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS

Mail Pierre Charlot - 41016 BLOIS Cédex - Tél. : 02.54.55.66.33

N° FINESS : 410000087

**CENTRE GRATUIT D'INFORMATION, DEPISTAGE et
DIAGNOSTIC**

Tél. : 02.54.55.67.69 - Fax : 02.54.55.68.26

- Docteur Francois COUSTILLERES**
N° RPPS : 10101701562
- Docteur Valérie DESCARPENTRIES**
N° RPPS : 10002404969
- Docteur Sophie RIDEAU**
N° RPPS : 10101153889
- Christophe ALMEIDA, I.D.E.**
N° RPPS : 10103079660
- Camille GIRARD, I.D.E.**
N° RPPS : 10104515134

Identification du malade (obligatoire)
nom, prénom, âge, sexe et si nécessaire poids, taille

Les médicaments prescrits peuvent être substitués par un générique sauf si mention manuscrite « NS » = Non Substituable

Faire pratiquer en laboratoire une PCR *Neisseria gonorrhoea* dans 7 jours :

- 1^{er} jet d'urine
- Pharyngé
- Rectal en auto-prélèvement
- Vaginal

Résultats à adresser sur messagerie sécurisée bluefiles : cegidd41@ch-blois.fr

Date de la prescription :

Nbre de prescriptions : ____

NB : *le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié*

A propos des examens complémentaires concernant *N. gonorrhoea*, quelles réponses vous paraissent exactes ?

- A. La PCR est un examen très sensible,
- B. La PCR est peu spécifique, il existe fréquemment des faux-positifs,
- C. La mise en culture n'est pas systématique devant une PCR positive,
- D. Une PCR positive avec culture négative témoigne d'une infection guérie,
- E. Les sites pharyngés et rectaux sont rarement symptomatiques,
- F. Il est possible d'approcher la sensibilités aux antibiotiques grâce à la PCR.

M. G. 21 ans

Quels éléments, décrits ou non, nécessiteraient de prendre avis auprès du médecin délégué ?

A. **Urétrite,**

B. **Gonalgies,**

C. **Voyage récent en Asie,**

D. **Prise de céphalosporines de 3^{ème} génération orales il y a 3 semaines,**

E. **Culture positive avec antibiogramme à disposition,**

F. **PCR 1^{er} jet déjà positive il y a 2 mois.**

M. G. 21 ans

Le patient peut être prise en charge par vos soins, pas d'allergie, d'accord pour traitement IM.
Quelle prise en charge proposez-vous ?

- A. Ceftriaxone 500 mg IM DU,
- B. Ceftriaxone 1g IM DU,**
- C. Ceftriaxone 1g IM DU + azithromycine PO 2g DU,
- D. Ceftriaxone 1g IM DU + azithromycine PO 2g espacées d'une heure,
- E. Gentamicine 240 mg IM DU,
- F. Rien, le patient n'est pas symptomatique.

M. G. 21 ans

Le patient reçoit le traitement.

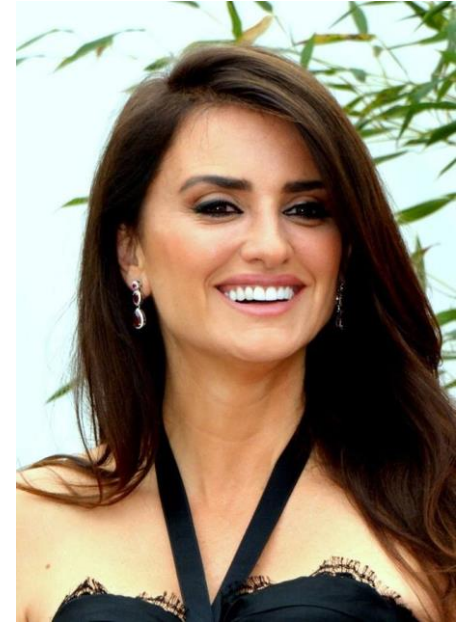
Quelle mesure(s) associée(s) proposez-vous ?

- A. **Contrôle PCR à J7,**
- B. Contrôle PCR à 1 mois,
- C. Contrôle PCR à 3-6 mois,
- D. Pas de contrôle PCR systématique,
- E. **RSP 7 jours (ou jusqu'à contrôle PCR négatif).**

Mme. S. 31 ans

- Consulte au CeGIDD pour bilan systématique,
- Célibataire, 3 partenaires sur les 12 derniers mois,
- Surveillante baignade pour l'été,

- Bilan :
 - Sérologies VIH, VHC et syphilis négatives, immunisée VHB,
 - PCR auto prélèvement : CT+



A propos des examens complémentaires concernant *C. trachomatis*, quelles réponses vous paraissent exactes ?

- A. En cas d'urétrite masculine, mieux vaut privilégier l'écouvillon endo-urétral,
- B. L'écouvillon rectal doit être superficiel pour éviter la présence d'inhibiteur PCR,
- C. Chez la femme, la PCR réalisée sur endocol est plus sensible qu'en auto-prélèvement,
- D. Une clairance spontanée est possible pour tous les sites,
- E. Devant une PCR positive, une mise en culture et un antibiogramme sont recommandés,
- F. La recherche de sérovar L doit être réalisée devant une rectite symptomatique.

Mme. S. 31 ans

Quels éléments, décrits ou non, nécessiteraient de prendre avis auprès du médecin délégué ?

- A. Dyspareunie,
- B. Doute sur grossesse,
- C. Observance attendue douteuse,
- D. Recherche de sérovar LGV+,
- E. Prise d'un traitement anti-acnéique,
- F. PCR CT déjà positive il y a 6 mois.

Mme. S. 31 ans

La patiente peut être prise en charge par vos soins, pas d'allergie, ni autre médication.
Quelle prise en charge allez-vous proposer ?

- A. Doxycycline 100 mg matin et soir pendant 7 jours,
- B. Doxycycline 100 mg matin et soir pendant 14 jours,
- C. Azithromycine 1g DU,
- D. Azithromycine 500mg J1 puis 250 mg J2-J5,
- E. Pas de traitement.

Mme. S. 31 ans

La patiente reçoit le traitement.

Quelles mesures associées allez-vous proposer ?

- A. PCR de contrôle à J7,
- B. PCR de contrôle à 1 mois,
- C. PCR de contrôle à 3-6 mois,
- D. Pas de PCR systématique,
- E. L'objectif d'un contrôle PCR est d'identifier un échec lié à l'antibiorésistance,
- F. L'objectif d'un contrôle PCR est d'identifier une recontamination.

Chlamydia : tests diagnostiques

- NAAT (PCR) : très sensible (peu/pas de faux-négatifs) et très spécifique.
- Culture :
 - Fastidieuse, non faite en routine,
 - Donc pas d'antibiogramme (mais pas de résistance en pratique).

Chlamydia : signes cliniques

Taux symptomatique

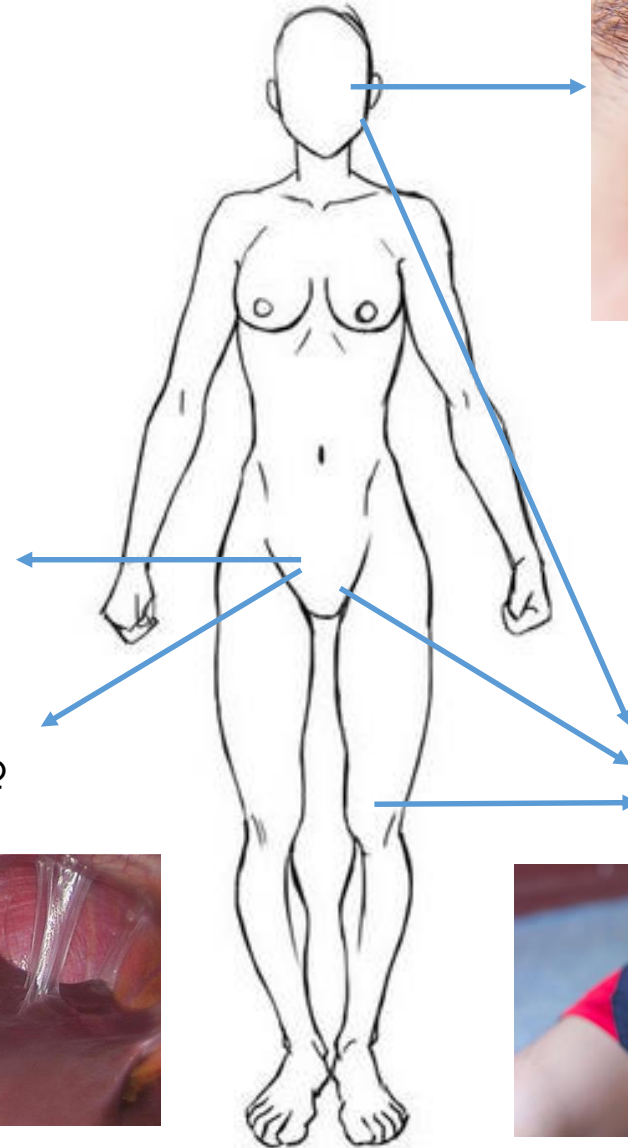
- | | |
|-------------------|--------|
| - Urétrale ♂ | <50% |
| - Génitale ♀ | <30% |
| - Pharynx | <5% |
| - Rectum (LGV+/-) | 15/75% |

- Urétrite ♂
- Cervicite → Salpingite → Périhépatite ♀

Conjonctivite à inclusions



Rectite



Arthrite réactionnelle

Triade oculo-uréthro-synoviale



Chlamydia

Efficacité clinique :

	Azithromycine	Doxycycline
Urétral	95%	97%
Vaginal	≥92%	≥92%
Rectum	74-94%	98%
Pharynx	90-94%	≥98%

Clairance spontanée		
J7-J10	1 an	4 ans
10%	30-50%	
5-10%	50%	94%
10-15%		
30-50%		

Kong *et al.* Clin Infect Dis 2014
Lau *et al.* N Engl J Med 2021
Peuchant *et al.* 2022
Manavi *et al.* Int J STD AIDS 2015

Lewis *et al.* JID 2017
Dukers-Muijers *et al.* Sex Transm Infect 2020
Van Liere *et al.* Sex Transm Infect 2019

Chlamydia

PCR CT +
(1^{er} jet – PV – gorge – rectum)

- Symptômes :
 - Fièvre,
 - Urérite, pharyngite, rectite,
 - Douleurs abdominopelviennes, dyspareunie (femme)
 - Conjonctivite
 - Arthralgies/arthrites récentes (<1 mois)
- PVVIH
- Age < 18 ans
- Grossesse en cours
- Information judiciaire en cours (cas index/partenaire)

Consultation médicale

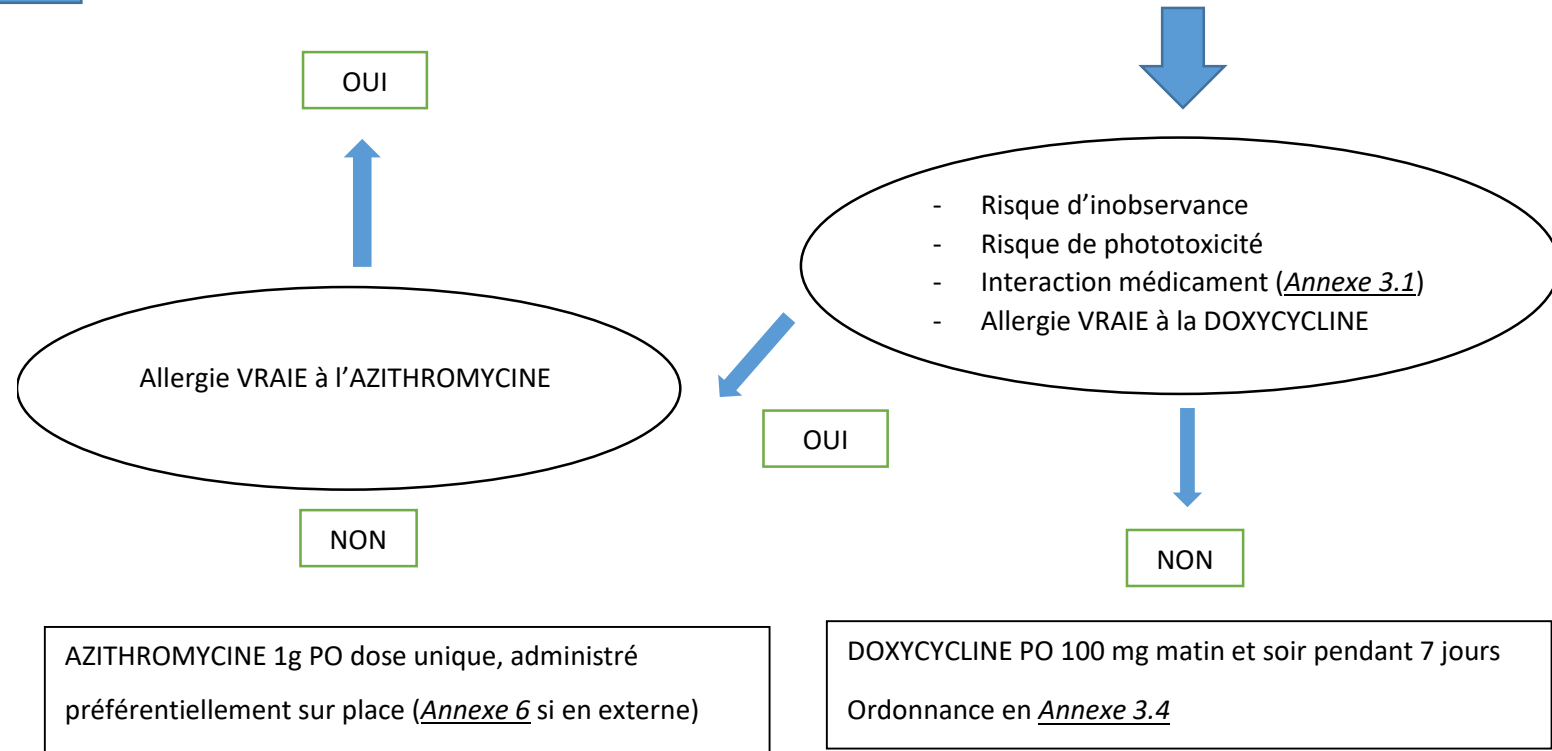
Aucun de ces critères

Délégation de tâches possible

Chlamydia

Consultation médicale

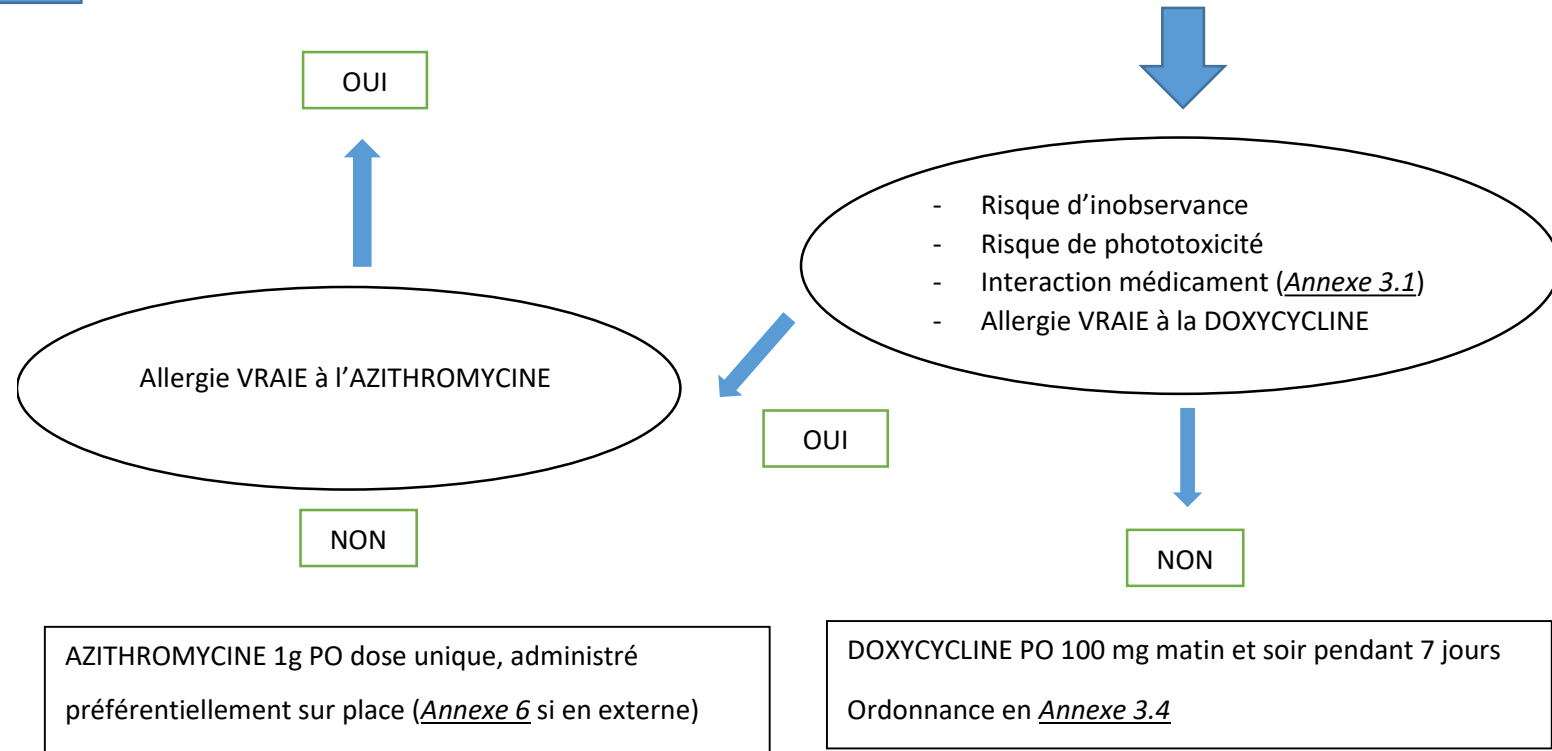
Délégation de tâches possible



Chlamydia

Consultation médicale

Délégation de tâches possible



Pour rappel, tout prélèvement rectal positif chez un PVVIH ou HSH symptomatique doit s'accompagner d'une recherche de sérovar L (LGV) sur prélèvement spécifique.

Chlamydia

INTERNATIONAL JOURNAL OF
STD & AIDS

International Journal of STD & AIDS
0(0) 1–16
© The Author(s) 2015
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0956462415618837
std.sagepub.com
SAGE

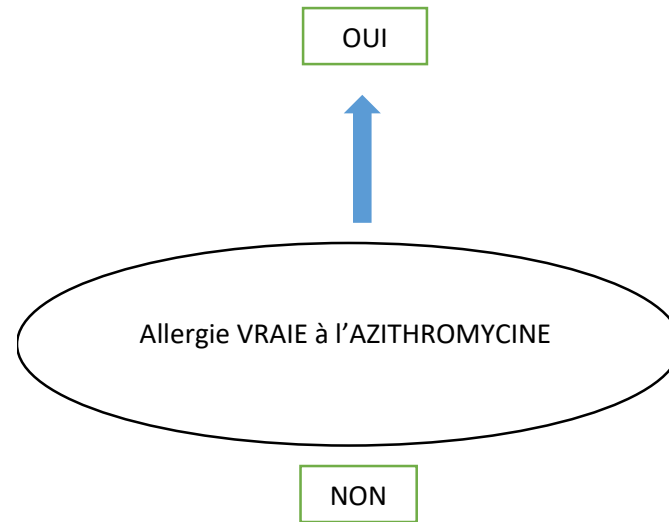
Guidelines

2015 European guideline on the management of *Chlamydia trachomatis* infections

E Lanjouw¹, S Ouburg², HJ de Vries^{3,4,5}, A Stary⁶, K Radcliffe⁷ and M Unemo⁸

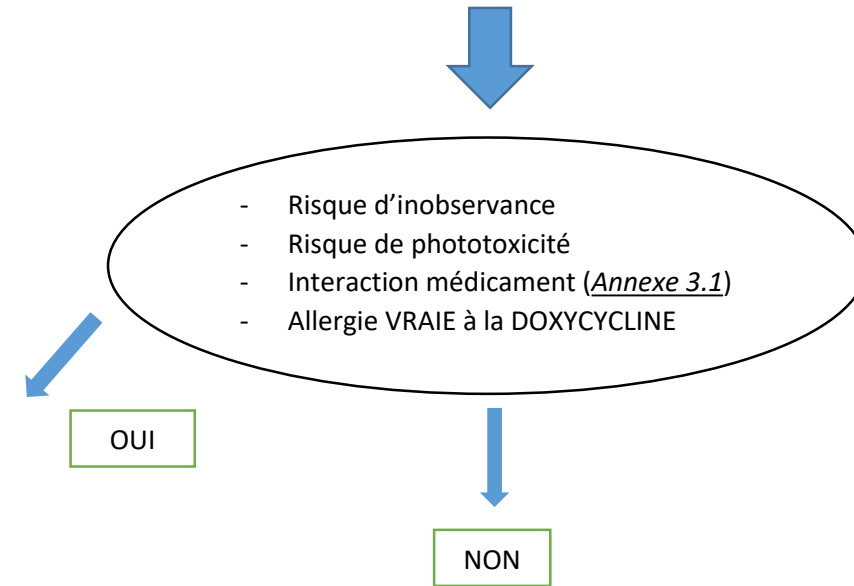
Accordingly, when a concomitant *M. genitalium* infection has been verified or can be suspected, treatment with azithromycin 500 mg day 1, followed by azithromycin 250 mg once a day for four days,^{174–178} should be considered [III; C].]

Consultation médicale



AZITHROMYCINE 1g PO dose unique, administré préférentiellement sur place (Annexe 6 si en externe)

Délégation de tâches possible



DOXYCYCLINE PO 100 mg matin et soir pendant 7 jours
Ordonnance en Annexe 3.4

Pour rappel, tout prélèvement rectal positif chez un PVVIH ou HSH symptomatique doit s'accompagner d'une recherche de sérovar L (LGV) sur prélèvement spécifique.

→ À discuter en équipe.

Chlamydia



CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS

Mail Pierre Charlot - 41016 BLOIS Cédex – Tél. : 02.54.55.66.33

N° FINESS : 410000087

**CENTRE GRATUIT D'INFORMATION, DEPISTAGE et
DIAGNOSTIC**

Tél. : 02.54.55.67.69 – Fax : 02.54.55.68.26

- Docteur Francois COUSTILLERES**
N° RPPS : 10101701562
- Docteur Valérie DESCARPENTRIES**
N° RPPS : 10002404969
- Docteur Sophie RIDEAU**
N° RPPS : 10101153889
- Christophe ALMEIDA, I.D.E.**
N° RPPS : 10103079660
- Camille GIRARD, I.D.E.**
N° RPPS : 10104515134

Identification du malade (obligatoire)

nom, prénom, âge, sexe et si nécessaire poids, taille

Les médicaments prescrits peuvent être substitués par un générique sauf si mention manuscrite « NS » = Non Substituable

**AZITHROMYCINE 250 mg : 4 cp soit 1 gramme en
une prise unique.**

Rapports sexuels protégés pendant 8 jours

Dépistage du ou des partenaires

Contrôle à 3 mois

Date de la prescription :

Nbre de prescriptions : 1

NB : *le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié*

Chlamydia

Annexe 7 : Dépistage et traitement des partenaires

Idéalement, un dépistage doit être proposé à l'ensemble des partenaires depuis le dernier test diagnostique négatif (TTA négatif ou nadir RPR), et à défaut :

- Des **6 derniers mois** pour une infection à CT,

Si délai depuis dernier rapport sexuel inférieur à la période d'incubation (<J30) :

Deux stratégies peuvent être proposées aux contacts : dépistage et traitement uniquement si test positif, ou dépistage et traitement dans le même temps.

Dépistage et traitement uniquement si résultats positifs à privilégier si :

- Partenaire réticent à l'initiation d'un traitement,
- Partenaire asymptomatique,
- Pas de difficultés de suivi attendues,
- Pas de sexe en groupe, partenaire(s) déclarant peu de partenaires.

Conseils donnés :

Rapports sexuels protégés jusqu'à 7 jours après la dernière dose

Dépistage et traitement des partenaires (*Annexe 7*)

Test de guérison (*Annexe 8.1 et 8.2*)

Chlamydia

Annexe 8.1 : Test de guérison (test of cure) - Indications

Pour CT, le test de guérison n'est pas systématique, la plupart des indications s'inscrivant dans le cadre d'une consultation médicale. Dans le cadre de la délégation de tâches, un test de guérison peut néanmoins être proposé 4 semaines après la fin du traitement selon les critères suivants :

- Patient toujours symptomatique,
- Défaut de compliance attendu,
- Traitement par AZITHROMYCINE pour une infection rectale à CT.

Dans tous les cas, un nouveau test diagnostique peut être proposé 3 à 6 mois après le traitement, pour vérifier l'absence de réinfection.

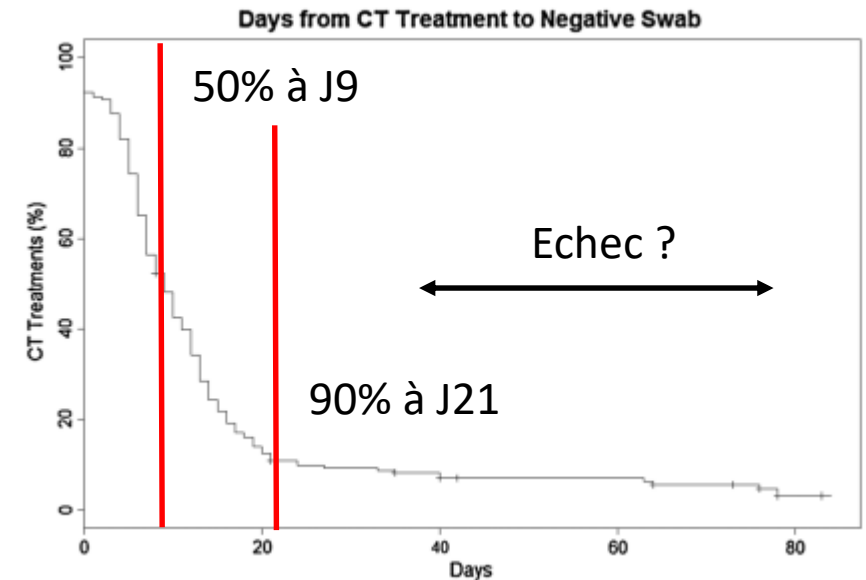
Conseils donnés :

Rapports sexuels protégés jusqu'à 7 jours après la dernière dose

Dépistage et traitement des partenaires (*Annexe 7*)

Test de guérison (*Annexe 8.1 et 8.2*)

Négativation PCR après traitement :



Chlamydia



CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS
Mail Pierre Charlot - 41016 BLOIS Cédex - Tél : 02.54.55.66.33
N° FINESS : 410000087
**CENTRE GRATUIT D'INFORMATION, DEPISTAGE et
DIAGNOSTIC**

Tél : 02.54.55.67.69 - Fax : 02.54.55.68.26

- Docteur Francois COUSTILLERES**
N° RPPS : 10101701562
- Docteur Valérie DESCARPENTRIES**
N° RPPS : 10002404969
- Docteur Sophie RIDEAU**
N° RPPS : 10101153889
- Christophe ALMEIDA, I.D.E.**
N° RPPS : 10103079660
- Camille GIRARD, I.D.E.**
N° RPPS : 10104515134

Identification du malade (obligatoire)
nom, prénom, âge, sexe et si nécessaire poids, taille

Les médicaments prescrits peuvent être substitués par un générique sauf si mention manuscrite « NS » = Non Substituible

Faire pratiquer en laboratoire une PCR *Chlamydia trachomatis*/dans 3

mois :

- 1^{er} jet d'urine
- Pharyngé
- Rectal en auto-prélèvement
- Vaginal

Résultats à adresser sur messagerie sécurisée bluefiles : cegidd41@ch-blois.fr

Date de la prescription :

Nbre de prescriptions : _____

NB : *le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissé libre entre cette dernière ligne et sa signature par tout moyen approprié*

A propos des examens complémentaires concernant *C. trachomatis*, quelles réponses vous paraissent exactes ?

- A. En cas d'urétrite masculine, mieux vaut privilégier l'écouvillon endo-urétral,
- B. L'écouvillon rectal doit être superficiel pour éviter la présence d'inhibiteur PCR,
- C. Chez la femme, la PCR réalisée sur endocol est plus sensible qu'en auto-prélèvement,
- D. Une clairance spontanée est possible pour tous les sites,
- E. Devant une PCR positive, une mise en culture et un antibiogramme sont recommandés,
- F. La recherche de sérovar L doit être réalisée devant une rectite symptomatique.

Mme. S. 31 ans

Quels éléments, décrits ou non, nécessiteraient de prendre avis auprès du médecin délégué ?

- A. **Dyspareunie,**
- B. Doute sur grossesse,
- C. Observance attendue douteuse,
- D. Recherche de sérovar LGV+,
- E. Prise d'un traitement anti-acnéique,
- F. PCR CT déjà positive il y a 6 mois.

Mme. S. 31 ans

La patiente peut être prise en charge par vos soins, pas d'allergie, ni autre médication.
Quelle prise en charge allez-vous proposer ?

- A. Doxycycline 100 mg matin et soir pendant 7 jours,
- B. Doxycycline 100 mg matin et soir pendant 14 jours,
- C. Azithromycine 1g DU,**
- D. Azithromycine 500mg J1 puis 250 mg J2-J5,
- E. Pas de traitement.

Mme. S. 31 ans

La patiente reçoit le traitement.

Quelles mesures associées allez-vous proposer ?

- A. PCR de contrôle à J7,
- B. PCR de contrôle à 1 mois,
- C. PCR de contrôle à 3-6 mois,**
- D. Pas de PCR systématique,
- E. L'objectif d'un contrôle PCR est d'identifier un échec lié à l'antibiorésistance,
- F. L'objectif d'un contrôle PCR est d'identifier une recontamination.**

obrigado

Dank U

Merci

mahalo

Köszí

спасибо

Grazie

Thank
you

mawuuru

Takk

Gracias

Dziękuję

Děkuju

danke

Kiitos