

Commission des anti-infectieux		Procédure n° : CAI AB 000
<u>Rédaction</u> : E. D'ANGLEJAN, A. THERBY, <u>Fonction</u> : infectiologue, Présidente de la Commission des anti-infectieux	<u>Approbation</u> : M. AMARA <u>Fonction</u> : microbiologiste, Vice présidente de la Commission des anti-infectieux	<u>Version</u> : 3 <u>Mise à jour</u> : 14/10/2019 <u>Date de création</u> : 2013 <u>Prochaine mise à jour prévue</u> : 2022
<u>Signatures</u> :	<u>Signatures</u> :	<u>Liste de diffusion</u> : CeGIDD, CLIN, COMEDIMS, SPRI, Pharmacie. Quaris, Intranet
PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES NON COMPLIQUEES DE L'ADULTE		

Les modalités de prélèvement de dépistage et diagnostic des IST sont disponibles dans le « manuel de prélèvement » sur intranet.

Ne pas oublier :

- Dépistage (+/- traitement) systématique des partenaires
- Mise en place des mesures de prévention et dépistage des autres IST
- Suivi et contrôle après traitement

1) Infections à *Chlamydia trachomatis* (asymptomatiques, urétrites et cervicites)

- **Azithromycine (Zithromax monodose®) : 1 gramme en dose unique PO**
 - o Alternative : Doxycycline 100 mg x 2/j per os pendant 7 jours
- Traitement des partenaires et abstinence / rapports protégés jusqu'à guérison (ou min 7 jours)
- Pas d'indication à réaliser une sérologie *Chlamydiae*
- Revoir les patients à J7. **Contrôle systématique par PCR 6 semaines après traitement**

Lymphogranulomatose vénérienne (LGV ou maladie de Nicolas Favre, liée au sérovar L, régions tropicales et HSH surtout) :

- **Doxycycline 100 mg x 2/j per os pendant 21 jours**

En cas d'ano-rectite chez HSH (non LGV souche non L, souvent associée au VIH) :

- **Doxycycline 100 mg x 2/j per os pendant 7 jours**
 - o + **Ceftriaxone 500 mg IM** (pour le gonocoque).
- Si *Chlamydia* confirmé : poursuivre Doxycycline pour 21 jours au total.

Pour les infections profondes (salpingites, épидидymites, prostatites) : voir protocoles correspondants et orientation vers infectiologue ou spécialiste (gynécologue, urologue)

2) Infections à *Neisseria gonorrhoeae*

- **Ceftriaxone (Rocéphine®) 500 mg en IM en dose unique** pour toutes les infections basses et hautes non compliquées (pas de fluoroquinolone ni Cefixime).
 - o Si allergie aux bêta-lactamines : azithromycine (Zithromax®) 1g en dose unique.
 - o Traitement systématique de *Chlamydia trachomatis* (cf + haut)
- **Contrôle par PCR à J7 en cas d'échec clinique, sinon à 6 semaines**
- Traitement des partenaires, abstinence / rapports protégés jusqu'à guérison (ou min 7 jours).

**PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES INFECTIONS
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

3) Infections à Mycoplasmes génitaux

Mycoplasma genitalium (2^{ème} cause d'urétrite non gonococcique) :

RECHERCHE SUR PRESCRIPTION EXPLICITE, EN SECONDE INTENTION

- **Azithromycine (Zithromax monodose®) : 500 mg à J1 puis 250 mg J2 à J5.** Pas de dose unique (doxycycline inefficace en général)
- Si échec : **Moxifloxacin (Izilox ®) 400 mg/j** pendant 10 jours

Ureaplasma urealyticum et Mycoplasma hominis : pathogénicité à discuter si pas de signe clinique et pas d'autre agent pathogène identifié (à prendre en compte chez la femme enceinte).

- **Doxycycline 100mgx2/j pendant 7 jours**
 - Alternative : Azithromycine (Zithromax monodose®) 1 gramme en dose unique PO
 - Femme enceinte : Rovamycine

4) Urétrite non documentée

- Traitement présomptif : **Doxycycline 100mg x2/jr** pendant 7 jours

5) Syphilis, infections à *Treponema pallidum*

Réactions	Interprétation
Test tréponémique (Elisa) –	- Absence de tréponématose - Syphilis dans les 5 à 10 premiers jours du chancre > En cas de forte suspicion clinique, contrôler la sérologie sur un 2^{ème} prélèvement 7 à 15 jours après le premier
Test tréponémique (Elisa) + VDRL – (ou très faible)	- Tréponématose (dont syphilis) guérie - Séquelle sérologique d'une tréponématose non vénérienne - Syphilis latente ou débutante (Rarissime: syphilis tardive non traitée)
Test tréponémique (Elisa) + VDRL + à +++	- Syphilis (précoce ou tardive) après J15 du chancre - Tréponématose non vénérienne (en zone d'endémie)

Syphilis précoce (primaire, secondaire, latente précoce) ou contamination < 1 an :

- **Benzathine benzylpénicilline (Extenciline®) : 2,4 millions UI en IM (1 injection)**
 - Si allergie : Doxycycline 100 mg x 2/j per os pendant 14 jours (CI chez la femme enceinte)
- En dernier recours uniquement (allergie vraie à la pénicilline et doxycycline indisponible) :
Azithromycine 2g en prise unique (risque de résistance).

Commission des anti-infectieux	Procédure n° : CAI AB 000 Version : 3
PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES	

Syphilis tardive (tertiaire, latence tardive), ou contamination > 1 an ou impossible à dater :

- **Benzathine benzylpénicilline (Extenciline®) : 2,4 millions UI en IM : 3 injections à une semaine d'intervalle (J1, J8 et J15).**
- Si allergie : Doxycycline 100 mg x 2/j per os pendant 28 jours (CI chez la femme enceinte)

Pour les femmes enceintes : aucune alternative que la Pénicilline G n'est acceptable (après désensibilisation si nécessaire). Prévenir infectiologue de liaison (9170)

Neurosyphilis : Prévenir liaison infectiologie (9170) et hospitalisation (Pénicilline G : 18-24 M UI/24h en 6 perfusions pendant 14 à 21 jours).

Surveillance :

Après traitement d'une syphilis précoce : contrôle à **M3, M6 et M12**

Après traitement d'une syphilis tardive : contrôle à **M6, M12, M24**

Si VIH et femme enceinte : contrôles plus fréquents.

Le **VDRL doit diminuer de 2 titres en 3 à 6 mois**

Traitement du partenaire :

- **Si patient avec sérologie positive et rapport il y a plus de 6 semaines :** faire une sérologie syphilis au partenaire. Si positive, traiter par une injection. Si négative, contrôler la sérologie à M3.
 - Si rapport il y a **moins de 6 semaines**, traiter d'emblée par une injection et prélever la sérologie.
- **Si patient avec une sérologie douteuse :** examiner le partenaire et lui prélever une sérologie
 - Si positive, traiter par une injection
 - Si négative, faire un contrôle sérologique à M3

6) Herpès génital

- Primo-infection : **Valaciclovir (Zélitrex®) 500 mg x 2/j PO pendant 10 jours**
- Récurrence : **Valaciclovir (Zélitrex®) 500 mg x 2/j PO pendant 5 jours**
- Si plus de 6 récurrences annuelles, consultation infectiologie pour un éventuel traitement prolongé continu

7) Infections à Trichomonas vaginalis

- **Métronidazole (Flagyl®) : 2g PO en dose unique**
- En cas d'échec : Métronidazole (Flagyl®) : 500 mg x 2/j pendant 7 jours
- Femme enceinte symptomatique : Métronidazole ovule matin et soir pendant 14 jours
- en cas d'échec : dose unique de 2g PO

Commission des anti-infectieux	Procédure n° : CAI AB 000 Version : 3
PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES	

Références :

- Pilly, CMIT, Alinéa Plus Ed ; 2014, 24^{ème} édition
- Alternatives pour le traitement des syphilis non neurologiques dans un contexte de rupture de stock de benzathine pénicilline +/- doxycycline. Communiqué commun de la SPILF, SFD, CMIT et SFLS (P. Tattevin, M. Janier, E. Caumes, Y. Poinssignon, C. Arvieux, N. Dupin). Le 10/02/2014.
- Numéro thématique « infections sexuellement transmissibles », La lettre de l'infectiologue, tome XXVIII – N°3, mai-juin 2013.
- Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées. Actualisation octobre 2008. AFSSAPS
- Recommandations HAS 2010 « Diagnostic biologique de l'infection à *Chlamydia trachomatis* », « Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* »
- « Evaluation des TAAN recherchant *Neisseria gonorrhoeae* », HAS novembre 2015
- Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles. Section MST/SIDA de la société française de dermatologie. Février 2016.