

LES IST CHEZ LA FEMME EN 2014

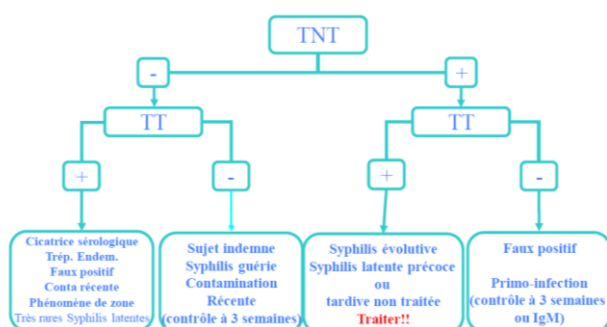
- ✓ Recrudescence des IST depuis les années 2000.
- ✓ Importance du dépistage pour prévenir la transmission (traitement, vaccination) et les conséquences à long terme.
- ✓ Le diagnostic direct doit être privilégié par rapport à la sérologie : importance de la qualité du prélèvement et du choix des techniques de dépistage en fonction du contexte.
- ✓ Il faut penser à dépister et à traiter le ou les partenaires.
- ✓ Une infection ne protège pas d'une re-contamination.

pathogène	Diagnostic direct	sérodiagnostic	complications	Atteintes néonatales
<i>T. pallidum</i>	+/-	+++	Neurosyphilis	Syphilis congénitale
VHB	PCR	Dépistage ++	Cancer du foie	Hépatite néonatale
<i>M. Genitalium</i>	PCR	-	Infertilités	Prématurité?
Mycoplasmes génitaux	Cult. quanti	+/-	RPM?	MAP? Infections?
HPV	PCR	-	Cancer du col	Condylome laryngé juvénile (rare)
<i>N. Gonorrhoeae</i>	Culture/PCR	+/-	Atteintes hautes	conjonctivites
<i>C. trachomatis</i>	PCR	+/-	Stérilité tubaire, GEU, salpingites	Pneumopathies
HSV 1 et 2	Culture/PCR	+/-	Neurologiques	Herpes néonatal

1- Syphilis

- Infection d'évolution lente, donne des complications tardives.
- Bactérie non cultivable in vitro, le diagnostic est essentiellement sérologique.
- Dépistage systématique chez la femme enceinte et chez les personnes à risque : signes cliniques évocateurs, comportement sexuel à risque.
- En France, il y a obligation de combiner :
 - un test non tréponémique (TNT) : VDRL
 - un test tréponémique (TT) : TPHA, TPPA, FTA Abs, Elisa, WB...
- Le WB est à réserver pour la confirmation d'un test tréponémique positif chez la femme enceinte.
- Le VDRL est le seul marqueur pour suivre l'efficacité thérapeutique.

Interprétation des tests de dépistage

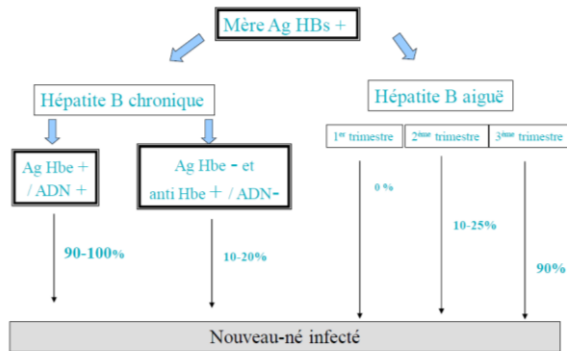


- En résumé : relation clinico-biologique +++
 - diagnostic sérologique.
 - en cas de doute, ne pas hésiter à traiter.
 - rechercher les autres IST associées (HIV).
 - dépister si possible le ou les partenaires.

2- Hépatite B

- Transmission sexuelle +++, mère/enfant, percutanée, contacts familiaux.
 - Dépistage AgHBs au 6ème mois de grossesse, obligatoire en France depuis 1992.
 - Sérovaccination à la naissance chez les mères Ag HBs +.
 - Couverture vaccinale des enfants et ados 50%.
 - 1,5% des femmes enceintes sont Ag HBs + : faire sérologies complètes avec marqueurs de réplication.

HBV transmission mère enfant en l'absence de prophylaxie

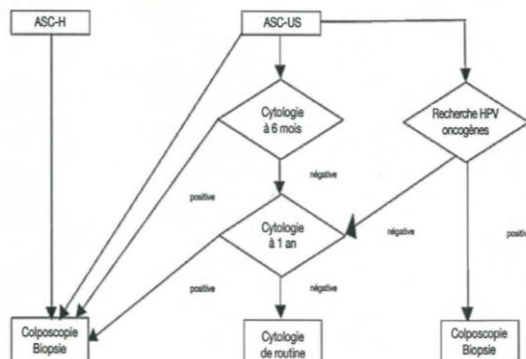


3- Infections à Papillomavirus

- Virus non cultivable à tropisme cutané (verrues) et muqueux (génital, ORL...).
- Contagiosité +++ dès les 1ers rapports sexuels mais infection le plus souvent transitoire (élimination du virus en 1 an). Plus de 80% des lésions disparaissent spontanément, c'est pour cette raison que l'on ne doit pas débiter le dépistage avant 25 ans car tous les FCV reviennent positifs au HPV.
- Cancer évitable par le frottis et la vaccination : 2 vaccins le GARDASIL et le CERVARIX .
- Le test HPV ne doit être effectué que suite à un frottis ASCUS (frottis avec atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée) après 30 ans : très bonne valeur prédictive négative. Si test +, cela nécessite des frottis plus rapprochés ou une colposcopie.
- Détection du génome viral en général réalisable sur les milieux liquides ayant servi au frottis.

Algorithme : recommandations ANAES 2002

B. Cellules atypiques (ASC-US et ASC-H).



4- Mycoplasmes urogénitaux

- Il s'agit de commensaux de la flore vaginale qui peuvent être pathogènes dans certaines situations :
 - *Mycoplasma hominis* peut être associé à une vaginose ;
 - *Mycoplasma genitalium* sexuellement transmissible, toujours pathogène serait responsable de 15 à 25% des urétrites non gonococciques, responsable aussi d'urétrites chroniques ou récidivantes. On le retrouve chez 15 % des femmes avec infection génitale haute.
 - *Ureaplasma urealyticum* pourrait provoquer des RPM (rupture prématurée des membranes) et des MAP (menace d'accouchement prématuré).
- Bactérie difficilement cultivable, pas de test sérologique mais PCR+++, trousse souvent associées à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*.
- Chez l'homme, le 1er jet d'urines est le prélèvement à privilégier, plus sensible que le prélèvement urétral ; chez la femme un écouvillon vaginal est plus performant qu'un écouvillon au niveau du col de l'utérus ou qu'un 1er jet d'urines.
- Traitement : Azithromycine et contrôle un mois après arrêt du traitement.

5- Neisseria gonorrhoeae

- Recrudescence en France et dans le monde : patients le plus souvent asymptomatiques.
- Emergence de souches résistantes aux antibiotiques.
- Urétrites chez l'homme (70% symptomatiques), cervicites chez la femme (30% symptomatiques).
- Culture : bactérie fragile, diagnostic sur l'examen direct avec mise en évidence des diplocoques gram négatif.
 - patients symptomatiques ;
 - étude de la résistance aux antibiotiques et identification d'espèce : spécificité 100% mais sensibilité faible.
- PCR :
 - sensibilité++ ;
 - dépistage chez des patients asymptomatiques ;
 - détection simultanée d'autres pathogènes ;
 - ne permet pas la réalisation de l'antibiogramme ;
 - non remboursé actuellement.

6- Chlamydia trachomatis

- La plus fréquente des IST en France, touche la femme jeune.
- 1ère cause de stérilité par obstruction tubaire, d'où l'importance du dépistage.
- Diagnostic direct ++, infections basses : cervicites, urétrites, dépistage systématique chez asymptomatiques.
 - Les tests d'amplification génique sont rapides et sensibles.
 - Le dépistage est facilité par le prélèvement sur le 1er jet d'urines (homme) et par l'auto-prélèvement (femme : sécrétions vaginales).
 - La plupart des tests sont couplés avec *Neisseria gonorrhoeae* et/ou *Mycoplasma genitalium* (trousses validées pour PV,PU, urines).
- Place de la sérologie : bactérie à multiplication intra-cellulaire, variabilité individuelle importante de la réponse immunitaire à l'infection. La sérologie peut rester longtemps positive en cicatrice sérologique, donc pas d'intérêt en suivi thérapeutique.
- Un titre élevé des IgG sur un sérum est évocateur d'une infection haute, pas d'intérêt des IgA dans le diagnostic des infections hautes « actives ». Une sérologie négative n'exclut pas une infection basse (cervicite, urétrite).

7- HSV1 et 2

- Virus à ADN, 2 sérotypes proches Herpès virus 1 et 2, responsables d'infections génitales, labiales, oculaires, neurologiques.
- Infection grave en fin de grossesse avec risque de contamination du nouveau-né au moment du passage.
- Diagnostic direct+++ : examen direct peu sensible, positif que si vésicules, la culture virale est remboursée par NABM.
- PCR+++ : résultats rapides, technique très sensible, adaptée aux diagnostics d'urgence mais non remboursée par NABM.
- Tests sérologiques : techniques basées sur gG1 et gG2 (glycoprotéines d'enveloppe), peu sensibles en primo-infection. Pas de test spécifique de type 1 et 2 pour les IgM : IgM inconstants dans les récurrences et nombreuses réactions croisées avec les IgM d'autres *Herpes viridae*.