

55<sup>e</sup> RENCONTRE DU CRIPS ÎLE-DE-FRANCE\*

## IST

QUELS RISQUES, QUELLE PRÉVENTION, QUELS TRAITEMENTS  
POUR LES CHLAMYDIAE, L'HERPÈS, LE PAPILOMAVIRUS  
ET LA SYPHILIS ?**ANIMATION : DANIELLE MESSAGER**

Cette 55<sup>e</sup> rencontre du Crips\*, organisée en partenariat avec la Cité de la santé\*\* de la Villette avait pour objectif de traiter des infections sexuellement transmissibles (IST). Pas toutes, et notamment pas les plus « médiatisées » – on n'évoquera pas le VIH, par exemple – mais de certaines, moins connues des patients comme des médecins, et qui pourtant connaissent une récente et alarmante recrudescence, en France comme dans le reste de l'Europe et des pays développés. Infections à *chlamydiae*, herpès, papillomavirus, syphilis... Quelles sont ces infections ? Comment les reconnaître et les traiter ? Comment s'en protéger ? Quels risques présentent-elles ?



Après avoir passé en revue les données épidémiologiques disponibles, nous nous concentrerons sur les techniques de prise en charge et de prévention – car nul n'ignore que le retour en force de ces infections traduit un recul du *safer sex*, peut-être trop souvent exclusivement associé au risque de sida.

**THIERRY TROUSSIER,  
CHARGÉ DE MISSION SUR LA PRÉVENTION DU VIH ET DES IST,  
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ**

La dernière fois qu'une rencontre équivalente sur les IST a été organisée, c'était en 1985. Depuis, les IST se sont presque fait oublier – sur le plan médiatique en tout cas. Vingt ans après, elles reviennent de manière fulgurante, jusqu'à inquiéter les plus hautes instances qui les inscrivent dans une loi de santé publique actuellement en discussion. La France – notamment les départements d'outre-mer – est indéniablement confrontée à un problème sanitaire majeur en forte croissance.



Contentons  
nous  
de faire  
réfléchir  
n'essayons pas  
de convaincre  
Georges Braque



Centre  
Régional  
d'Information  
et de Prévention  
du Sida

Ile-de-France

**Tour Maine-Montparnasse  
BP53 /  
75755 Paris cedex 15  
tél 01 56 80 33 33  
fax 01 56 80 33 00  
www.lecrrips.net  
e-mail : info @ lecrrips.net**

**ouvert au public**  
du **mardi**  
au **vendredi**  
de **13h à 19h**  
le **samedi**  
de **10h à 17h**

\* du 30 avril 2004

\*\* Cité des sciences et de l'industrie de la Villette

Les rencontres du Crips sont organisées avec le soutien de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France.

Les maladies vénériennes – méfaits attribués à Vénus dans l'Antiquité – sont entrées dans le *Code de la santé publique* en 1942, sous l'appellation officielle de « maladies sexuellement transmissibles ». Elles sont devenues « infections sexuellement transmissibles » en 2002, pour souligner leur aspect fréquemment asymptomatique : même si 10 à 80 % d'entre elles sont sans signes cliniques, ces infections, faute de traitement, sont susceptibles d'évoluer, avec parfois des conséquences graves (stérilité, cancer). On s'accorde aujourd'hui à définir les IST comme « des infections dont les agents responsables sont exclusivement ou préférentiellement transmis par voie sexuelle et qui justifient la prise en charge du ou des partenaires » (définition votée par le Conseil Supérieur d'hygiène publique de France en février 2002).

Les infections concernées par cette définition sont : l'infection par le VIH, les infections par les papillomavirus humains (PVH), par le *chlamydia trachomatis* (CT), par le virus de l'herpès, ainsi que la gonococcie, la syphilis, l'hépatite B (selon la définition vue plus haut, les hépatites C et A ne font pas partie des IST), l'infection à *trichomonas vaginalis*. Enfin, d'autres infections sont moins fréquentes : l'infection à *ureaplasma urealyticum*, le chancre mou, la donovanose et la lymphogranulomatose vénérienne (LGV).

Parmi ces infections, certaines connaissent une résurgence épidémique depuis cinq ans, notamment chez les homosexuels masculins et les personnes vivant avec le VIH. Ces résurgences constituent un réel problème de santé publique compte tenu de la rapidité avec laquelle les IST se propagent hors des groupes vulnérables vers la population générale. Plusieurs alertes ont ainsi nécessité des mesures de santé publique : la gonococcie au cours de la période 1990-2000, la syphilis depuis 2000, et tout récemment la lymphogranulomatose vénérienne.

La résurgence des épidémies d'IST est tout particulièrement préoccupante chez les personnes séropositives pour le VIH. Ces infections ont en effet une action délétère sur le système immunitaire qui peut faciliter le passage au stade sida. Pour ces populations, de nouvelles recommandations de dépistage sont publiées dans l'édition 2004 du *Rapport sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH* dirigé par le Pr Delfraissy. Lors du bilan initial qui suit la découverte d'une séropositivité par le VIH, il est recommandé de procéder à :

- une recherche de syphilis et d'hépatite B et C, associée à une vaccination des sujets séronégatifs pour le VHB ;
- un examen gynécologique avec frottis vaginal ;
- un examen proctologique avec frottis et recherche de *chlamydiae trachomatis* (de type L en cas de rectite) pour les homosexuels masculins.

Ces recommandations sont complétées par des recommandations de suivi, relatives à l'examen clinique et au counseling ; frottis (col, rectum, pharynx) et colposcopie chez la femme ; chez l'homme, surveillance anale et dépistage de la gonococcie, de la syphilis et des *chlamydiae* (rectum, pharynx).

Les IST sont également préoccupantes au cours de la grossesse. Il existe donc des recommandations spécifiques pour la femme enceinte :

- en début de grossesse, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) recommande de proposer le dépistage de la syphilis, de l'hépatite B et des virus de l'herpès (HSV1 et HSV2) en l'absence d'antécédent connu d'infection herpétique ;
- au cours de la grossesse, en cas de risque élevé de contamination par le gonocoque ou le CT, un dépistage doit être effectué ;
- en cas d'antécédents d'herpès, du fait du risque important de contamination de l'enfant, les recommandations incluent information, éducation et surveillance, utilisation des préservatifs ou abstinence pendant le troisième trimestre de la grossesse et un traitement antiviral systématique en début de travail.

Il reste que la prévention totale des IST est illusoire. Aux attitudes moralisatrices d'hier ont succédé des stratégies basées sur le dialogue et le counseling. Pour répondre aux objectifs de la nouvelle loi de santé publique, il faut envisager une éventuelle extension des missions des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), cependant que des consultations de prévention et de sexologie pour les personnes vivant avec le VIH sont plus que jamais d'actualité.

## I. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES



**VÉRONIQUE GOULET,**  
ÉPIDÉMIOLISTE, INVS,  
LES INFECTIONS PAR  
*CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

L'infection par *chlamydia trachomatis* (CT) est l'IST bactérienne la plus fré-

quente dans les pays développés : son incidence est environ dix fois supérieure à celle de la gonococcie. L'épidémiologie des infections à CT n'est pas facile à décrire, en raison de leur caractère le plus souvent asymptomatique. Pourtant, le diagnostic de ces infections doit être réalisé ; car les traiter permet d'éviter la survenue de complications pouvant entraîner la stérilité des femmes. Les différents sérovars de l'infection à CT sont à l'origine de trois syndromes infectieux différents :

- trachome (sérovars A, B, Ba, C) ;
- infections génito-urinaires (sérovars D, Da, E, F, G, H, I, La, J K),
- lymphogranulomatose vénérienne (LGV) (sérovars L1, L2, L2a, L3).

Le diagnostic des infections à CT a longtemps été réalisé par cultures à partir de prélèvements urétraux chez l'homme et cervicaux chez la femme. Depuis les années 1995-2000, on bénéficie d'une technique de diagnostic beaucoup plus simple, par amplification génique sur des prélèvements urinaires et vaginaux qui peuvent être

réalisés par le patient lui-même. L'an prochain, on pourra recevoir un kit de prélèvement et procéder soi-même au dépistage de l'infection.

La prévalence des CT est connue principalement pour des populations fréquentant, par exemple, les dispensaires antivenériens (DAV) ou les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), ou encore présentant une symptomatologie. Peu d'études de prévalence ont été réalisées chez des sujets asymptomatiques en population générale. Citons l'étude Gynéchla, réalisée en 1993 auprès de 46 gynécologues libéraux sur 1 893 femmes. On y relevait une prévalence beaucoup plus élevée chez les jeunes filles de moins de 21 ans (5,5 %) et une décroissance constante avec l'âge (1,1 % chez les 21-29 ans, 0,5 % chez les 30-44 ans, et nulle après 44 ans). La même évolution de la prévalence, en fonction de l'âge, a été confirmée par une étude réalisée en 2001 auprès d'un échantillon de biologistes sur une population à risque et symptomatique. Il faut toutefois noter que la réduction de la prévalence avec l'âge est moindre chez les hommes que chez les femmes. Le réseau Renachla, qui fonctionne depuis 1990, permet de compléter ces données de prévalence par une étude longitudinale des nouveaux cas. Les données recueillies auprès de 100 correspondants (83 % de biologistes privés et 17 % de laboratoires hospitaliers) montrent que le nombre de recherches de CT est aujourd'hui stable chez les femmes, alors qu'il a beaucoup augmenté chez les hommes. Si le taux de tests positifs était en baisse pour les hommes comme pour les femmes sur la période 1990-2002, on relève, en revanche, une légère hausse chez les femmes entre 2000 et 2002.

L'Anaes considère en conséquence que le dépistage est justifié même en l'absence de signes cliniques dans les CPEF, CDAG, DAV et centres d'IVG pour les femmes de moins de 25 ans. Ses dernières recommandations proposent d'élargir le dépistage aux hommes de moins de 30 ans et aux sujets qui déclarent plus d'un partenaire sexuel dans l'année. Ces recommandations datent de plus d'un an mais ne sont pas encore mises en application...

Par ailleurs, parmi les infections à CT, la LGV fait l'objet d'une attention toute particulière. L'alerte européenne a été donnée en janvier 2004 lorsque 15 cas de LGV ont été rapportés à Rotterdam, dont 13 chez des homosexuels séropositifs pour le VIH. En France, grâce à l'Institut Fournier et au CHU de Bordeaux 11 cas de LGV ont été identifiés. Les informations sur cette IST dont on dispose actuellement concernent 11 cas diagnostiqués à Paris, et sont les suivantes :

- il s'agit de 9 homosexuels, dont 4 séropositifs pour le VIH ;
- 5 ont été vus par un gastroentérologue ;
- aucun sujet n'a voyagé en zone d'endémie ;
- l'âge moyen est de 40 ans ;
- signes cliniques d'anorectites ;
- 8 cas sont associés à d'autres IST.

Le problème majeur que pose aujourd'hui la LGV est le retard au diagnostic : comme avec la syphilis il y a deux

ans, la difficulté de reconnaissance des symptômes implique de mettre en place une politique d'information des cliniciens ayant une clientèle homosexuelle, notamment les gastro-entérologues.



**ALICE MICHEL,**  
**ÉPIDÉMIOLOGISTE, INVS,**  
**LA SYPHILIS**

La syphilis n'est plus une maladie à déclaration obligatoire depuis 2000. Néanmoins l'InVS, en s'appuyant sur un

réseau de cliniciens volontaires et sur les ventes mensuelles d'extencilline, a recueilli entre 2000 et 2003 des données de surveillance qui permettent de connaître les tendances générales de cette épidémie résurgente. Le nombre de cas a doublé entre 2001 et 2002, puis l'augmentation a été bien moindre en 2003. 70 % des cas déclarés l'ont été à Paris. L'impact de la campagne de prévention et d'incitation au dépistage de 2002 est net, avec la moindre augmentation des cas, voire leur diminution en Île-de-France, observées en 2003.

Sur 772 cas déclarés à Paris entre 2000 et 2003, 97,5 % sont des hommes, dont 89,4 % sont homo/bisexuels.

Parmi les homo/bisexuels, 73 % sont nés en France, 50 % sont séronégatifs pour le VIH au moment du diagnostic de syphilis, 43 % connaissent leur séropositivité et 7 % découvrent leur séropositivité à cette occasion. On relève que le diagnostic de syphilis est tardif, puisqu'elle a atteint un stade secondaire dans 39 % des cas. Pour la syphilis primaire, le chancre est génital dans 73 % des cas, bucco-pharyngé dans 13 % des cas. De fait, les résultats de l'autoquestionnaire montrent que 66 % des personnes déclarent la fellation exclusive comme pratique non protégée susceptible d'être à l'origine de leur contamination.

Les cas d'hommes hétérosexuels (n=79) et de femmes (n=18) contrastent avec les cas homosexuels notamment pour le pays d'origine : seuls 25 hommes et 4 femmes sont nés en France ; les femmes sont plus jeunes, dépistées plus tardivement et toutes séronégatives ; les hommes hétérosexuels sont également plus souvent séronégatifs.

Une action ponctuelle d'incitation au dépistage de la syphilis a été menée à Paris entre mai et octobre 2002, avec 23 750 consultants au total. La prévalence parmi les consultants en CDAG était de 2,62 % pour les homo/bisexuels et de 0,29 % pour les hétérosexuels multipartenaires, soit huit fois plus élevée chez les homo/bisexuels. Les facteurs associés à un test en faveur d'une syphilis infectieuse étaient d'être âgé de plus de 30 ans (x 1,5), d'être homo/bisexual (x 4) et d'être séropositif pour le VIH (x 8). Reste que cette campagne de 2002 a eu un impact réel. Les propositions de dépistage doivent aujourd'hui être complétées par une information renforcée sur la syphilis auprès des populations à risque (homosexuels et personnes vivant avec le VIH). Il faut rappeler encore que la fellation est une pratique à risque.

## QUESTIONS DE LA SALLE

**DANIELLE MESSENGER** — Pouvez-vous expliquer ce qu'est la LGV ?

**THIERRY TROUSSIER** — Ce n'est pas une infection mais une maladie sexuellement transmissible. Elle touche les muqueuses anales des hommes homosexuels. Le traitement est simple si elle est diagnostiquée tôt. Elle peut sinon évoluer vers une maladie de Crohn. De plus, elle accroît le risque de transmission du VIH. L'utilisation systématique du préservatif permet de l'éviter. Elle est difficile à repérer parce qu'on n'en avait pas vu depuis longtemps.

**VÉRONIQUE GOULET** — Pourquoi le ministère ne permet pas aux CPEF de proposer un dépistage de syphilis ?

**THIERRY TROUSSIER** — On a préparé des directives pour les CPEF qui demandent un budget important ; les décrets sont écrits mais pas signés. Mais ne désespérons pas !

**DANIELLE MESSENGER** — Les recommandations de l'Anaes pour le dépistage des infections à CT ont plus d'un an et sont restées lettre morte ?

**THIERRY TROUSSIER** — Oui, on attend. Là aussi, le travail a été fait, les décrets écrits.

**LISE GRIVOIS, SIDA INFO SERVICE** — Est-ce que l'InVS a des compétences pour la surveillance des IST au niveau européen ?

**VÉRONIQUE GOULET** — Non, les pilotes des projets de surveillance des IST en Europe sont les Anglais, alors qu'en effet, c'est l'InVS qui est coordonnateur pour le VIH et la tuberculose.

CRIPS

## II. PRÉVENTION, DÉPISTAGE, ET PRISE EN CHARGE

**BRUNO HALIOUA, MÉDECIN, INSTITUT FOURNIER**



### PAPILLOMAVIRUS HUMAIN (PVH)

L'infection par le papillomavirus humain (PVH) est l'IST la plus fréquente dans le monde : 3 à 5 % des individus d'une population donnée présenteront un jour une infection. Cela pose donc un problème de santé publique, d'autant que certains types de PVH font le lit de certains cancers, du col utérin ou du canal anal. Le mode de transmission le plus fréquent est la transmission sexuelle, mais il faut dire que des cas de transmission par partage d'objets de toilette, bains, ou saunas, ont été rapportés.

Le dépistage est difficile car les lésions ou condylomes, qui sont l'expression clinique du virus PVH, ne sont pas toujours visibles. De plus, le portage latent est fréquent. Pour faire un diagnostic, il faut garder présent à

l'esprit que les condylomatoses liées au PVH sont multifocales, et qu'un condylome vaginal pourrait bien en cacher un autre au niveau de l'anus par exemple.

Il faut savoir qu'il n'y a pas de consensus en matière de traitement du PVH, en France. La régression des lésions est spontanée dans 20 à 30 % des cas en six mois, mais la récurrence après un traitement existe dans 30 % des cas. Il faut savoir qu'aucun traitement n'est efficace à 100 %. On peut se soigner chez soi avec de l'Imiquimod® ou de la podophylline. La podophylline est pratique et peu coûteuse, l'Imiquimod® très onéreux. Le traitement à la maison est pratique, mais nécessite une bonne explication au patient, car il peut y avoir des effets secondaires et une mauvaise compliance. En règle générale, on prescrira un traitement à la maison pour des lésions dont la base d'implantation est inférieure à 4 mm<sup>2</sup>. Sinon, au cabinet médical, on pratiquera la cryothérapie, ou l'électrocoagulation. Enfin, en cas de lésion étendue (4 mm<sup>2</sup>), de récurrence ou de persistance, l'ablation se fait par le laser CO<sub>2</sub>. Précisons qu'en cas de séropositivité pour le VIH, l'amélioration de l'état immunologique de l'individu peut entraîner une amélioration très nette.

Enfin, en matière de prévention, il faut rappeler combien la prudence est de mise dans les discours que nous délivrons aux patients. Ils lisent pour la plupart des messages effrayants sur Internet, sur toutes les IST mais particulièrement sur les condylomes. Pour prévenir la transmission au partenaire, nous recommandons le port du préservatif pendant toute la durée d'un traitement. Il faut toujours rappeler que le préservatif n'évite pas la transmission car l'incubation est très longue : en fait, deux examens normaux à deux mois d'intervalle sont nécessaires avant de donner le feu vert à des relations sans préservatif.

### HERPÈS

L'herpès génital, infection par l'herpès *simplex* virus (HSV), est la maladie sexuellement transmissible qui a fait couler le plus d'encre ; il ne se passe pas un an sans que les médias ne s'emparent du dossier. C'est une maladie vieille comme l'humanité. Les Romains cautérisaient au fer rouge. Autrefois, on disait que l'HSV1 infectait le visage, l'HSV2 le prépuce ; mais aujourd'hui, notamment avec la multiplication des rapports oro-génitaux, cette distinction est dépassée.

Parmi les porteurs du virus HSV2, on peut distinguer 3 groupes : les personnes symptomatiques mais non diagnostiquées (60 %), les personnes symptomatiques et diagnostiquées (20 %), et 20 % d'excréteurs asymptomatiques. Dans certaines situations, la symptomatologie est claire : un tableau de récurrence herpétique consistera en une légère démangeaison sur une petite vésicule herpétique qui se résorbera en érosion puis en croûte. Mais 20 % des personnes affectées sont des excréteurs asymptomatiques ; ils sont contagieux malgré l'absence de crise herpétique visible, car leurs sécrétions génitales contiennent une expression du virus. Il y a aussi des présentations atypiques difficiles à diagnostiquer ; une simple vulvo-

vaginite candidosique par exemple. Notons que, comme l'herpès est contaminant même quand il est asymptomatique, il est nécessaire de le rechercher dès lors qu'une autre IST est diagnostiquée. Quand un diagnostic est douteux, on pourra procéder à un prélèvement, analysé par culture ou par PCR. La sérologie reste réservée à des cas très spécifiques.

En France, l'étude Herpimax a évalué la séroprévalence de l'HSV2 à 17,2 %, avec pour facteurs de risque d'être une femme, d'avoir un nombre de partenaires élevé, et d'habiter en Île-de-France ou en PACA. L'étude montrait que la prévalence s'élevait jusqu'à 80 % chez les personnes déclarant plus de 10 partenaires au cours des deux dernières années.

Le traitement antiviral de référence est le valaciclovir, commercialisé sous le nom de Zelitrex®, en 2 comprimés par jour pendant 5 jours à commencer dès les premiers signes. Le traitement local, lui, ne présente qu'un intérêt limité. Pour les personnes qui souffrent de plus de 6 crises par an, on peut prescrire du Zelitrex®, 1 comprimé par jour pendant 6 à 12 mois. Il faut ne jamais perdre de vue le retentissement psychologique que peut avoir l'infection par l'HSV.

La grossesse des femmes ayant un antécédent d'herpès nécessite un suivi particulier en raison du risque de contamination néonatale. Que la femme présente ou non une manifestation herpétique au moment de l'accouchement, le risque de transmission est évalué à 3 %. La césarienne est préconisée en cas de risque évident. Un nouveau-né sur deux qui présente un herpès néonatal en meurt, et un sur deux parmi ceux qui survivent aura des séquelles neurologiques en cas de primo-infection herpétique survenant chez la mère en période d'accouchement.

La prévention nécessite un effort particulier, notamment auprès des jeunes, et des campagnes d'information spécifiques. Des études ont montré que l'herpès pouvait faciliter la contamination par le VIH. Le virus HSV pourrait également être un cocarcinogène lorsqu'il est associé à une infection par le PVH. Le préservatif protège complètement la femme, mais pas l'homme. Quant au dernier essai vaccinal, les résultats en ont été assez décevants.



**NICOLE ATHÉA, GYNÉCOLOGUE,  
CRIPS / HÔPITAL NECKER,  
INFECTIONS À *CHLAMYDIA*  
*TRACHOMATIS***

La primo-infection génito-urinaire par *chlamydia trachomatis* siège au niveau de la muqueuse du col de l'utérus chez les femmes, elle est plus fréquente chez les jeunes filles dont la physiologie spécifique au niveau de l'endocol est propice à l'infection. Chez l'homme, l'infection siège au niveau du méat urinaire.

Le diagnostic est complexe. L'infection est souvent asymptomatique et se résorbe spontanément dans 25 % des cas. Les symptômes ne sont souvent pas spécifiques :

ils vont de la dysménorrhée au prurit vulvaire, en passant par des saignements, des douleurs au bas ventre, des cystites récidivantes malgré un examen cyto bactériologique négatif des urines (ECBU). Chez l'homme, les signes cliniques seront une urétrite, des démangeaisons, un écoulement matinal clair. Il y a aussi des infections anales, plus fréquentes chez les homosexuels.

À l'examen clinique, 50 % des femmes infectées n'ont aucun signe ou des signes non spécifiques. Pourtant, les complications sont graves, notamment la salpingite qui elle-même est difficile à diagnostiquer. La coelioscopie est nécessaire pour permettre de l'affirmer. Si une infection cervicale est susceptible de donner des lésions tubaires, le risque est cependant suffisamment faible pour qu'il ne faille pas parler de salpingite et de stérilité à toutes les femmes présentant une infection basse.

Alors que la libération sexuelle et la diffusion de la pilule avaient entraîné une explosion des infections à CT dans les années 80, la diffusion du préservatif depuis l'arrivée du sida a constitué une stratégie primaire efficace de prévention. Par ailleurs, l'extension du dépistage et la diffusion massive du traitement de l'acné par cyclines chez les adolescentes et les jeunes adultes ont certainement joué un rôle dans la baisse de la prévalence. En France, on est passé d'une prévalence autour de 15 % au milieu des années 1980 à une prévalence autour de 3 % aujourd'hui. Il y a une petite augmentation récente que l'on peut sans doute expliquer par l'augmentation de sensibilité des techniques de biologie moléculaire. Les prévalences des salpingites et des hospitalisations diminuent aussi, confirmant la baisse de la prévalence de cette infection.

Le traitement a été simplifié par l'azitromicine monodose. Il implique un effort accru de diagnostic des infections cliniques et de dépistage des infections asymptomatiques. La baisse de la prévalence ne plaide pas pour un dépistage systématique ; mais un effort doit être fait pour les femmes les plus jeunes, repérées comme les plus à risque.



**NICOLAS DUPIN,  
RESPONSABLE DU CDAG / DAV,  
HÔPITAL TARNIER,  
SYPHILIS**

La recrudescence de la syphilis en France depuis 1999 n'est pas un cas isolé. La situation est identique dans d'autres pays européens et aux USA. On distingue les syphilis précoces (syphilis primaires, secondaires ou latentes précoces depuis moins d'un an) et les syphilis tardives (depuis plus d'un an). Le diagnostic de syphilis doit être évoqué devant toute ulcération génitale, buccale ou anale, quel que soit le type. La syphilis doit également être systématiquement évoquée devant une éruption maculo papuleuse, une éruption avec éléments palmo-plantaire, un syndrome gripal, une uvéite ou rétinite, une méningite ou méningo-radculite ou une paralysie des nerfs crâniens.

David Heard  
Bénédicte Astier  
Antonio Ugidos

ISSN 1242-1693

Les manifestations cliniques sont identiques chez les personnes séropositives pour le VIH. Le seul examen direct en routine pour le diagnostic est le fond noir sur un chancre ou une syphilide érosive. Le fond noir n'a aucune valeur au niveau buccal, le *treponema pallidum* haemagglutination (TPHA) et le Veneral Disease Research Laboratory (VDRL) sont les deux tests à demander en routine. Ils peuvent être négatifs au tout début du chancre, mais ils sont toujours positifs au stade secondaire. Le seul test pour la surveillance est le VDRL quantitatif, à répéter au troisième, sixième, douzième, et vingt-quatrième mois.

Les stratégies de traitement sont différenciées en fonction du stade de la maladie : pour la syphilis précoce, et y compris en cas de séropositivité pour le VIH, c'est l'injection de benzathine-pénicilline qui est recommandée, avec une surveillance clinique et biologique (VDRL à 3, 6, 12 et 24 mois). Chez la femme enceinte, le traitement est le même, on renforcera la surveillance échographique et on traitera par la pénicilline-G le nourrisson à la naissance. Trois injections de benzathine-pénicilline sont nécessaires en cas de syphilis tardive. Attention toutefois au diagnostic de neurosyphilis qui justifie un traitement plus puissant et plus long.

Au total, la syphilis est une IST hautement contagieuse qui peut se contracter après tout rapport dès lors qu'il y a pénétration. La prévention repose sur le port du préservatif. Le seul examen direct est le fond noir. Le VDRL et le TPHA sont les deux tests qui permettent le diagnostic indirect en routine. Le traitement de la syphilis précoce repose sur l'extencilline et celui de la neuro-syphilis sur la péni-G par voie intraveineuse.

## QUESTIONS DE LA SALLE

**CDAG DU VAL D'OISE** — Le Zélitrex® n'est pas remboursé, nous utilisons le Zovirax®.

**BRUNO HALIOUA** — Non, les deux sont remboursés par la sécurité sociale. Le Zélitrex®, ou valaciclovir, se prend en 2 comprimés par jour, alors qu'il en faut 5 par jour avec le Zovirax®, ou acyclovir. En revanche, l'avantage du Zovirax®, c'est qu'il en existe des génériques moins coûteux.

**GENEVIÈVE RETORNAZ, PRÉSIDENTE DE L'ALS** — Est-il exact que récemment, on a remboursé le test de dépistage du PVH ?

**BRUNO HALIOUA** — En effet, sous certaines conditions, notamment pour les femmes séropositives.

**NICOLE ATHÉA** — Oui, mais le frottis et la colposcopie restent évidemment les examens privilégiés de diagnostic d'une atteinte du col.

**NICOLAS DUPIN** — Où en est-on du vaccin anti PVH ?

**BRUNO HALIOUA** — Les résultats sont effectivement plus intéressants que ceux du vaccin anti-HSV. En France, des essais sont en cours, il faut voir dans cinq ans.

**DANIELLE MESSEGER** — La syphilis ayant disparu puis réapparu, les médecins sont-ils suffisamment formés ?

**NICOLAS DUPIN** — L'InVS communique quand même depuis trois ou quatre ans maintenant. En revanche, le fait que l'infection soit très sensible aux antibiotiques masque un peu le danger.

**DANIELLE MESSEGER** — Serait-ce plus facile de la suivre si la déclaration était obligatoire ?

**NICOLAS DUPIN** — Ce n'est pas sûr. En Grande-Bretagne, où la déclaration est obligatoire, le problème est le même. Peut-être n'est-il pas nécessaire que ce soit obligatoire pour qu'un médecin alerte l'InVS ?

**DANIELLE MESSEGER** — Un patient déjà traité peut-il être réinfecté ?

**NICOLAS DUPIN** — Oui, bien sûr, ce n'est pas une maladie immunisante.

**DANIELLE MESSEGER** — Est-ce qu'une infection par CT peut entraîner la stérilité aussi chez l'homme ?

**NICOLE ATHÉA** — Oui, mais cela est beaucoup plus rare.

**DANIELLE MESSEGER** — Peut-être peut-on conclure sur les LGV ?

**THIERRY TROUSSIER** — Depuis trois mois, la veille indique que les cas ont doublé. Les opérations de communication sont en route...