



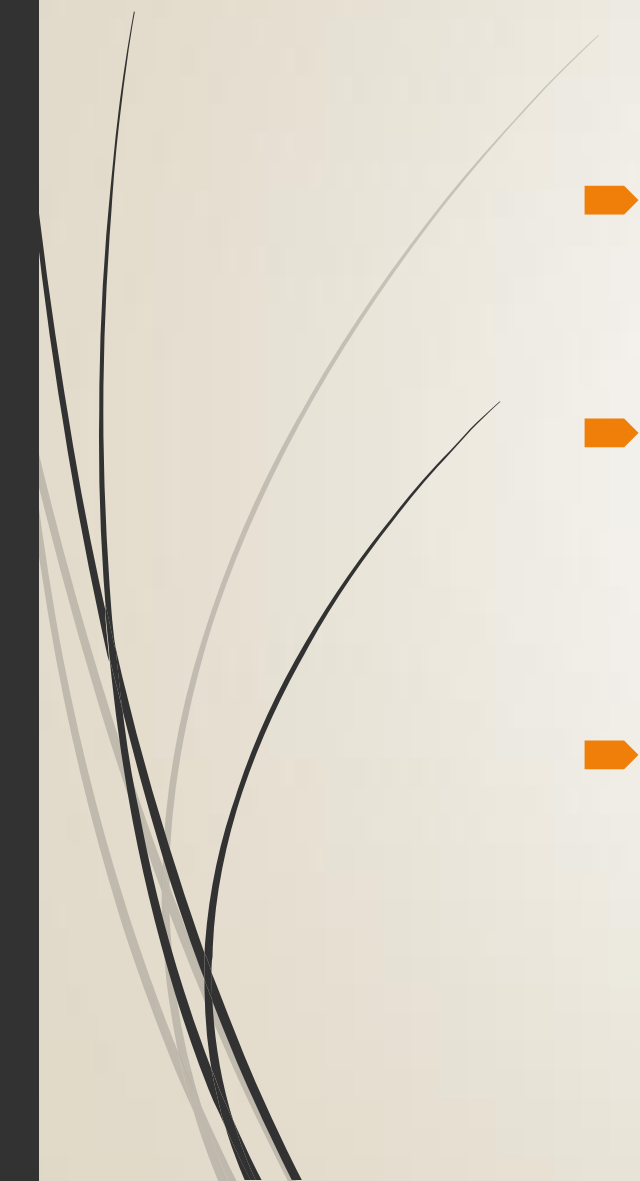
# Les IST chez l'enfant et l'adolescent

**Dresse Isabelle Navarria**

**Dresse Michal Yaron**

Département de gynécologie et obstétrique HUG

Unité santé jeunes, département de pédiatrie HUG

- 
- 
- Etes vous fréquemment confronté à une problématique d'IST dans votre pratique quotidienne?
  - Vous sentez-vous à l'aise pour en parler?
  - Quels sont vos impressions sur les me/connaissances; fausses idées, qu'ont les jeunes des IST?
  - Quels sont les moyens pour les jeunes de s'informer à ce jour sur les IST? (media, parents, amis, pédiatre, gynécologue, planning familial,....)

# Qu'est-ce qu'une IST?

## 30 différents types

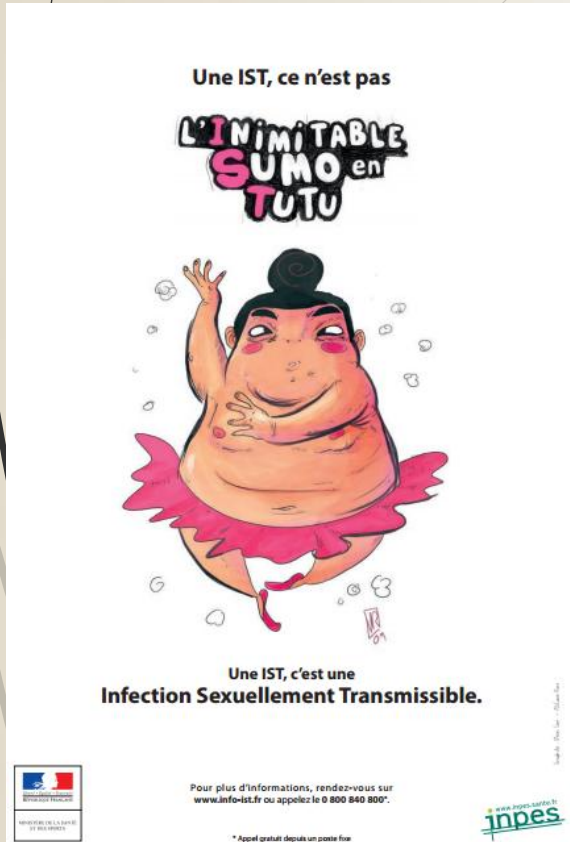
### Mode de contamination:

- Rapport vaginaux/anaux (via sperme ou par contact cutané)
- Contact main-organes génitaux/anus
- Contact oral-organes génitaux/anus
- Mère-enfant
- Liquide biologique (transfusion, injection, accidents, etc..)

**>1 mio** de personnes s'infectent **chaque jour** avec une IST

500 mio nouveaux cas/an: Chlamydia, Gonorrhée, Syphilis et Trichomonas

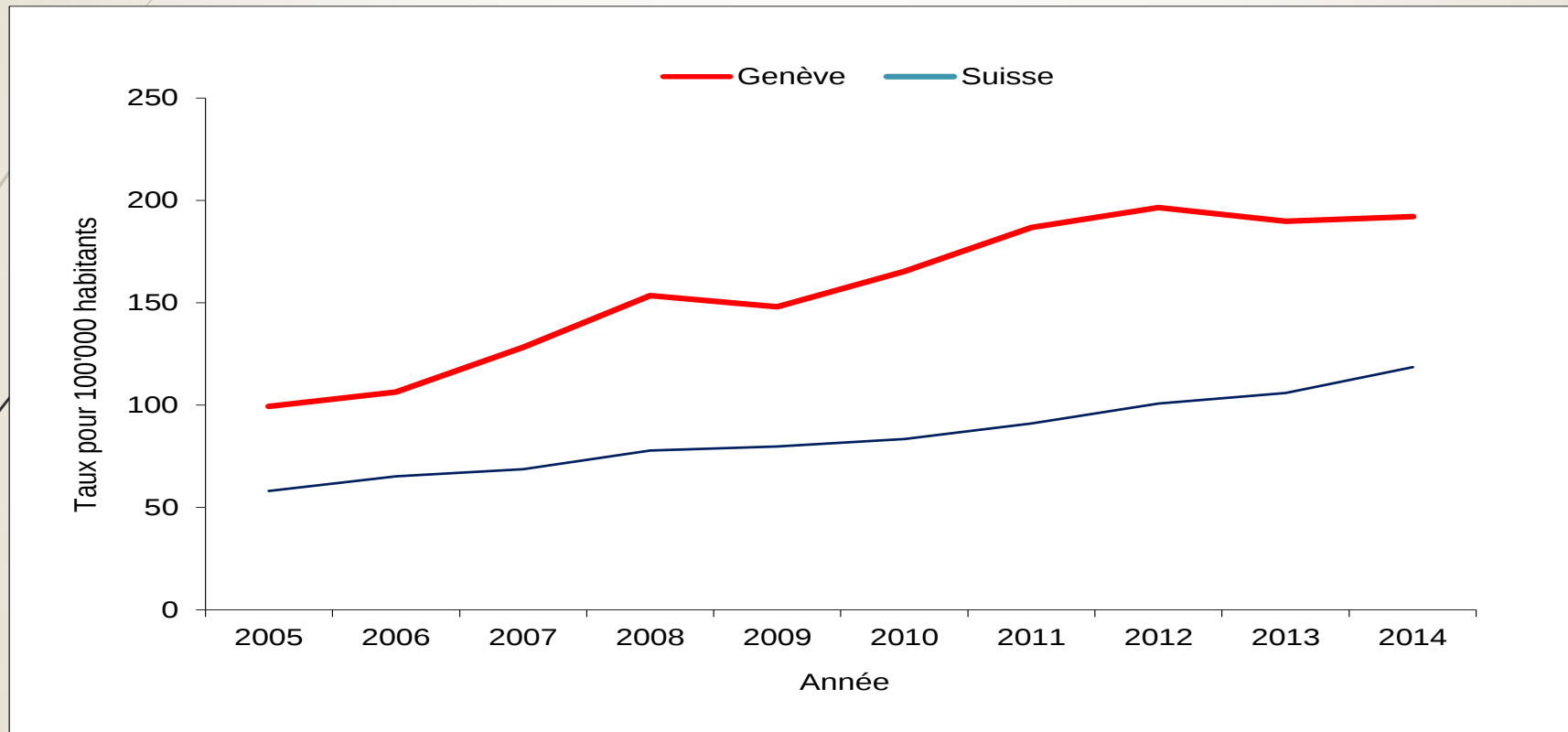
USA: 20 mio nouveaux cas/an; **50% 15-24 ans** coût direct annuel 16 milliards \$



|                    |                                                                   |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Viral diseases     | Hepatitis A virus (HAV)                                           |
|                    | Hepatitis B virus (HBV)                                           |
|                    | Hepatitis C virus (HCV)                                           |
|                    | Herpes viruses                                                    |
|                    | Herpes simplex virus types 1 & 2 (HSV-1, HSV-2)                   |
|                    | Cytomegalovirus (CMV)                                             |
|                    | Epstein–Barr virus (EBV)                                          |
|                    | Human lymphotropic virus (HTLV-1)                                 |
|                    | Human immunodeficiency virus (HIV-1, HIV-2)                       |
|                    | Human papillomavirus (HPV)                                        |
|                    | Molluscum contagiosum                                             |
| Bacterial diseases | Bacterial vaginosis                                               |
|                    | <i>Klebsiella granulomatis</i> (granuloma inguinale, donovanosis) |
|                    | <i>Chlamydia trachomatis</i>                                      |
|                    | Serovars A–K (urethritis, cervicitis, PID)                        |
|                    | Serovars L1, L2 or L3 (lymphogranuloma venereum (LGV))            |
|                    | <i>Haemophilus ducreyi</i> (chancroid)                            |
|                    | <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (GC)                                 |
| Fungal infections  | <i>Treponema pallidum</i> (syphilis)                              |
|                    | Candida species (vulvovaginal candidiasis)                        |
|                    | <i>Histoplasma capsulatum</i> (histoplasmosis)                    |
| Parasitic diseases | <i>Entamoeba histolytica</i>                                      |
|                    | <i>Trichomonas vaginalis</i> (trichomoniasis)                     |
|                    | <i>Phythrirus pubis</i> (pediculosis pubis, pubic lice)           |
|                    | <i>Sarcoptes scabiei</i> (scabies)                                |

# Chlamydia

Incidence annuelle pour 100'000 habitants  
Canton de Genève et Suisse, 2005-2014

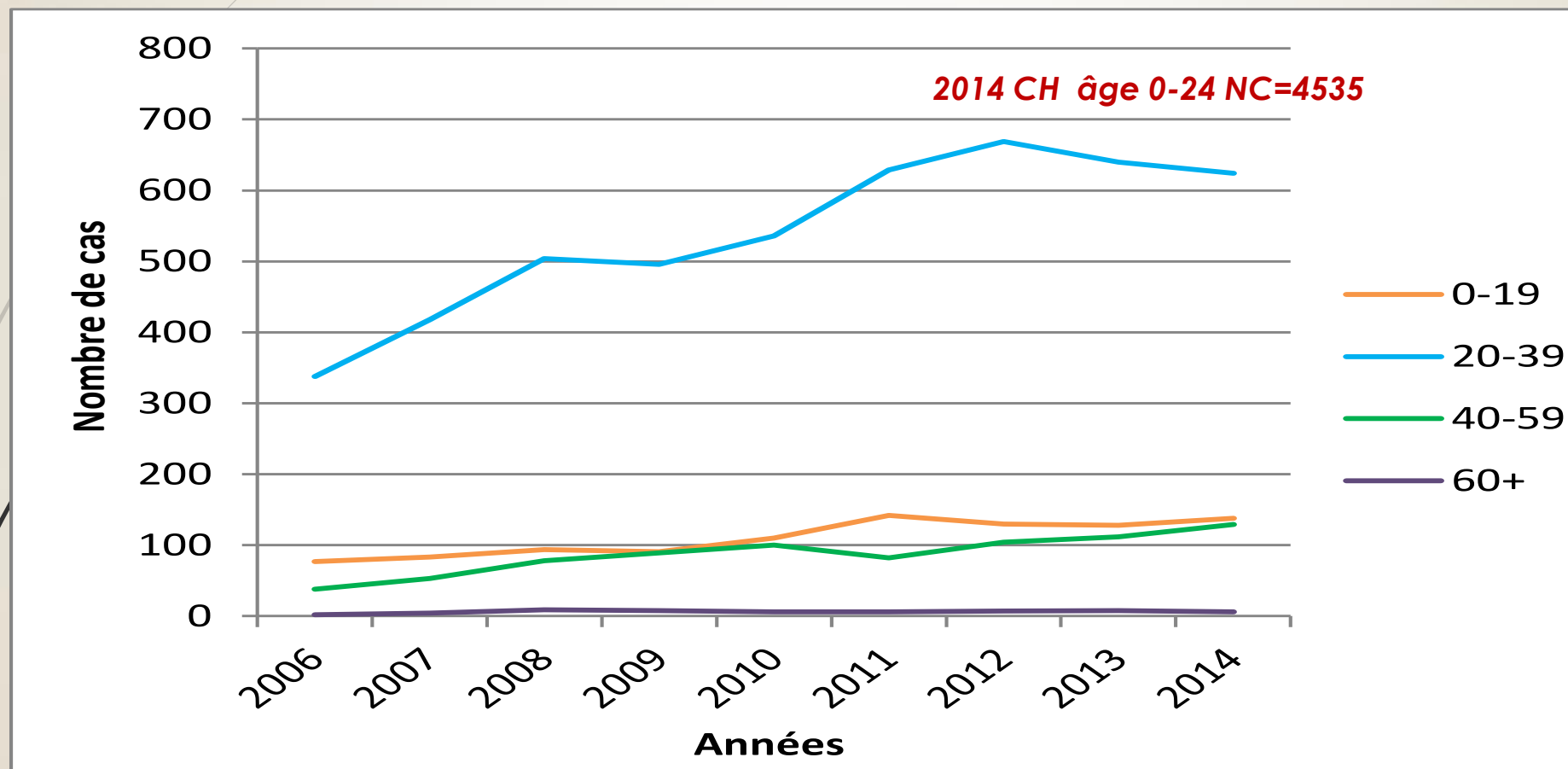


Département de l'emploi des affaires sociales et de la santé

Source OFSP; 30.04.2015

# Chlamydia

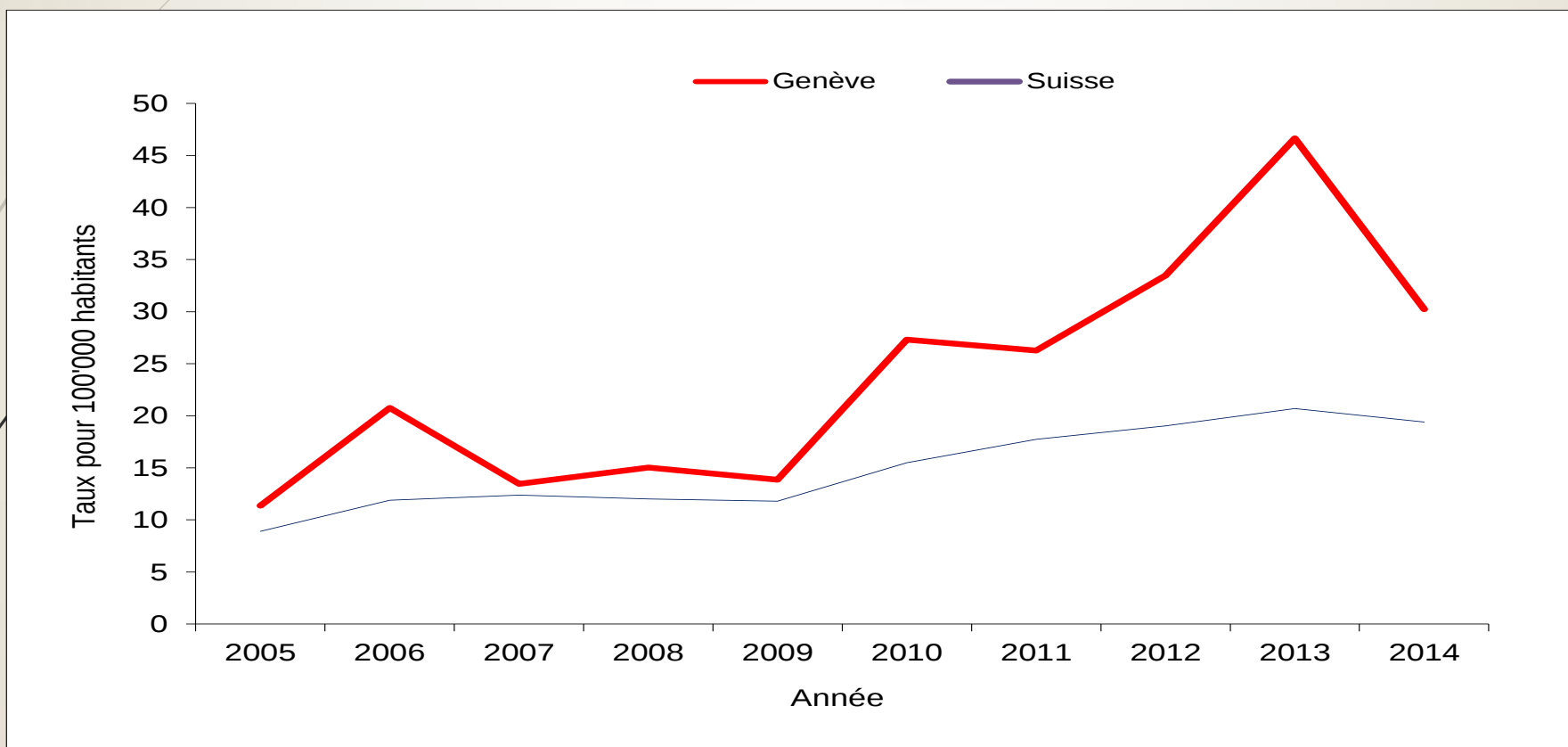
Déclarations de cas selon les classes d'âge,  
Canton de Genève, 2006-2014



Département de l'emploi des affaires sociales et de la santé  
Source OFSP; 30.04.2015

# Gonorrhée

Incidence annuelle pour 100'000 habitants  
Canton de Genève et Suisse, 2005-2014



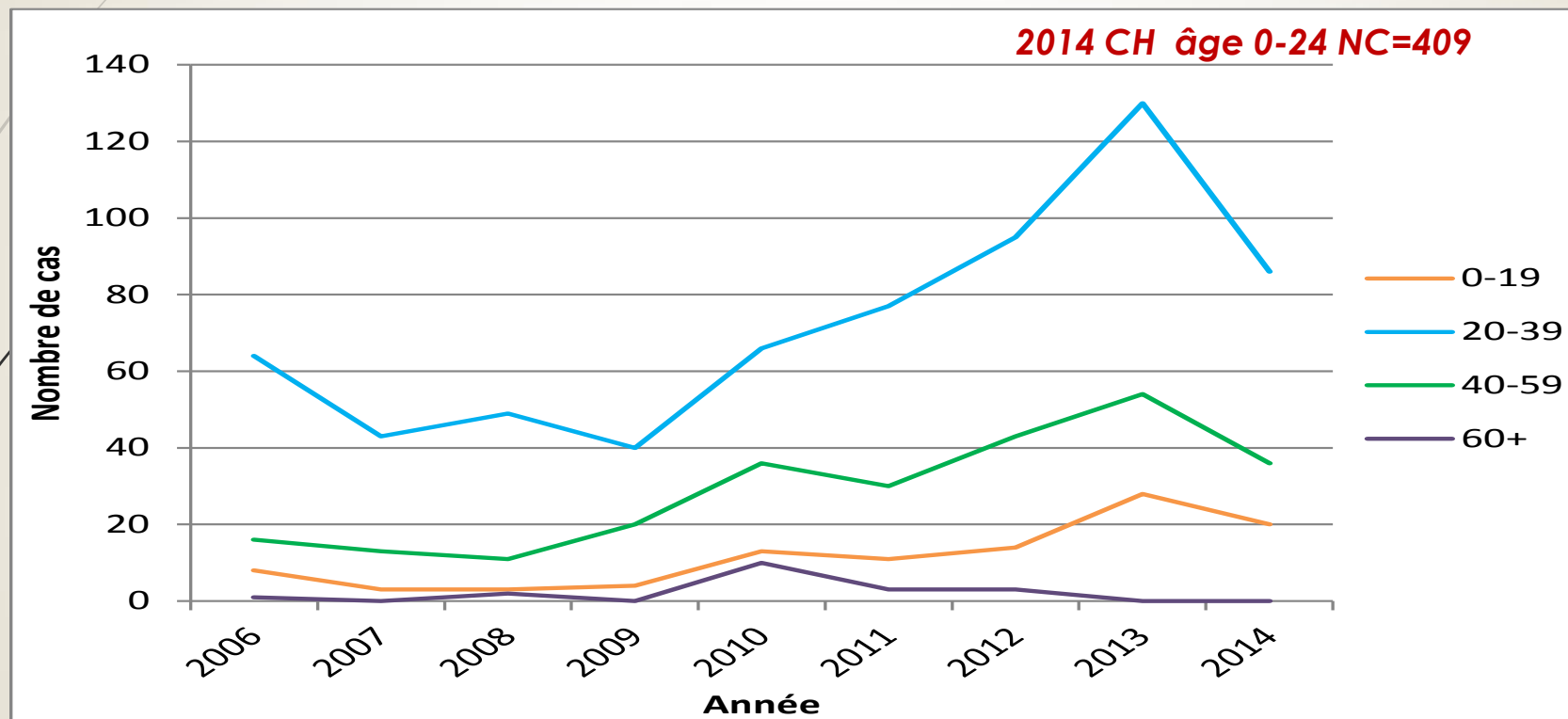
Département de l'emploi des affaires sociales et de la santé

Source OFSP; 30.04.2015

Service du  
médecin  
cantonal

# Gonorrhée

## Déclarations de cas selon les classes d'âge Canton de Genève, 2006-2014

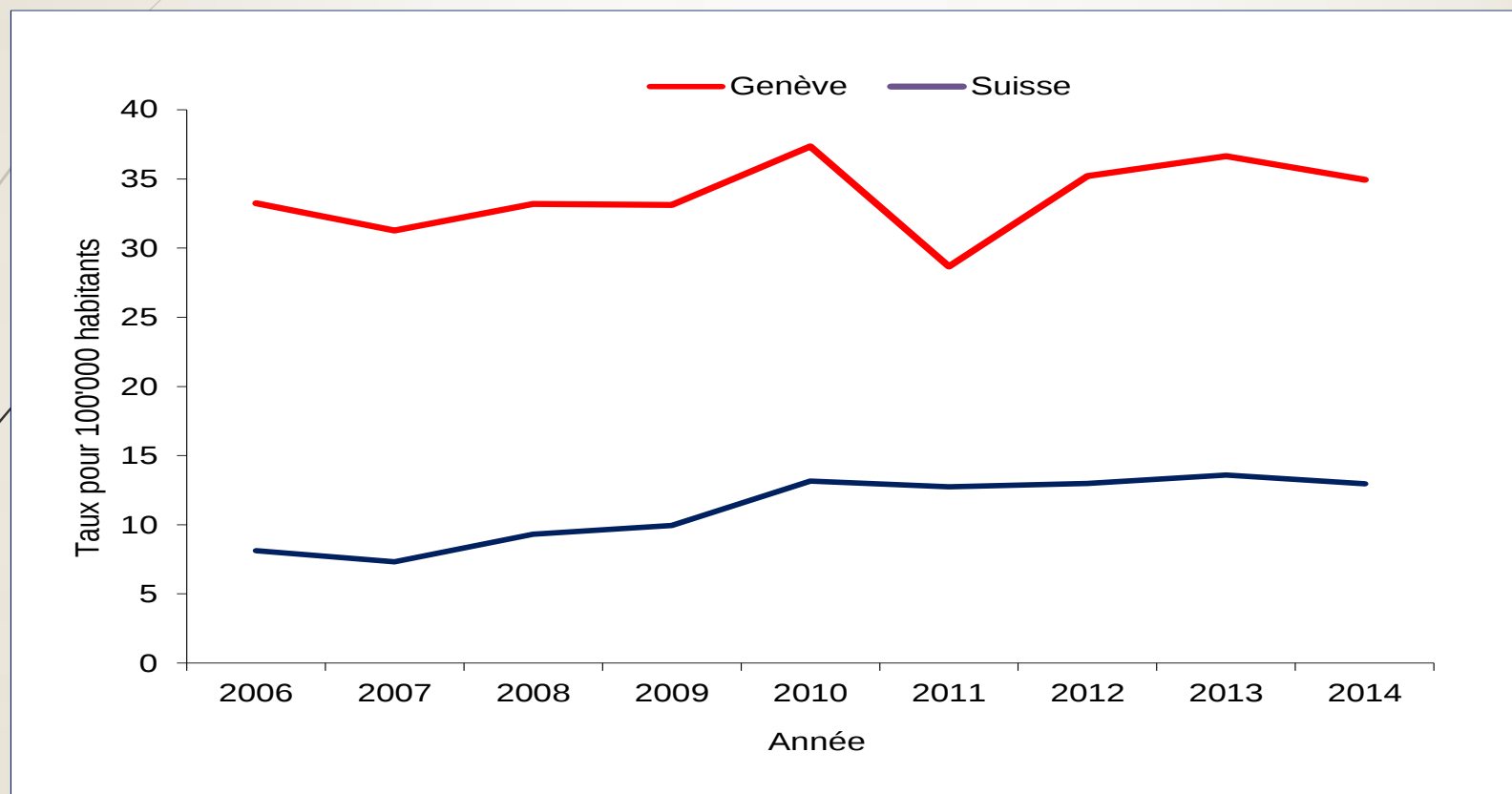


Département de l'emploi des affaires sociales et de la santé

Source OFSP; 30.04.2015

# Syphilis

Incidence annuelle pour 100'000 habitants  
Canton de Genève et Suisse, 2006-2014

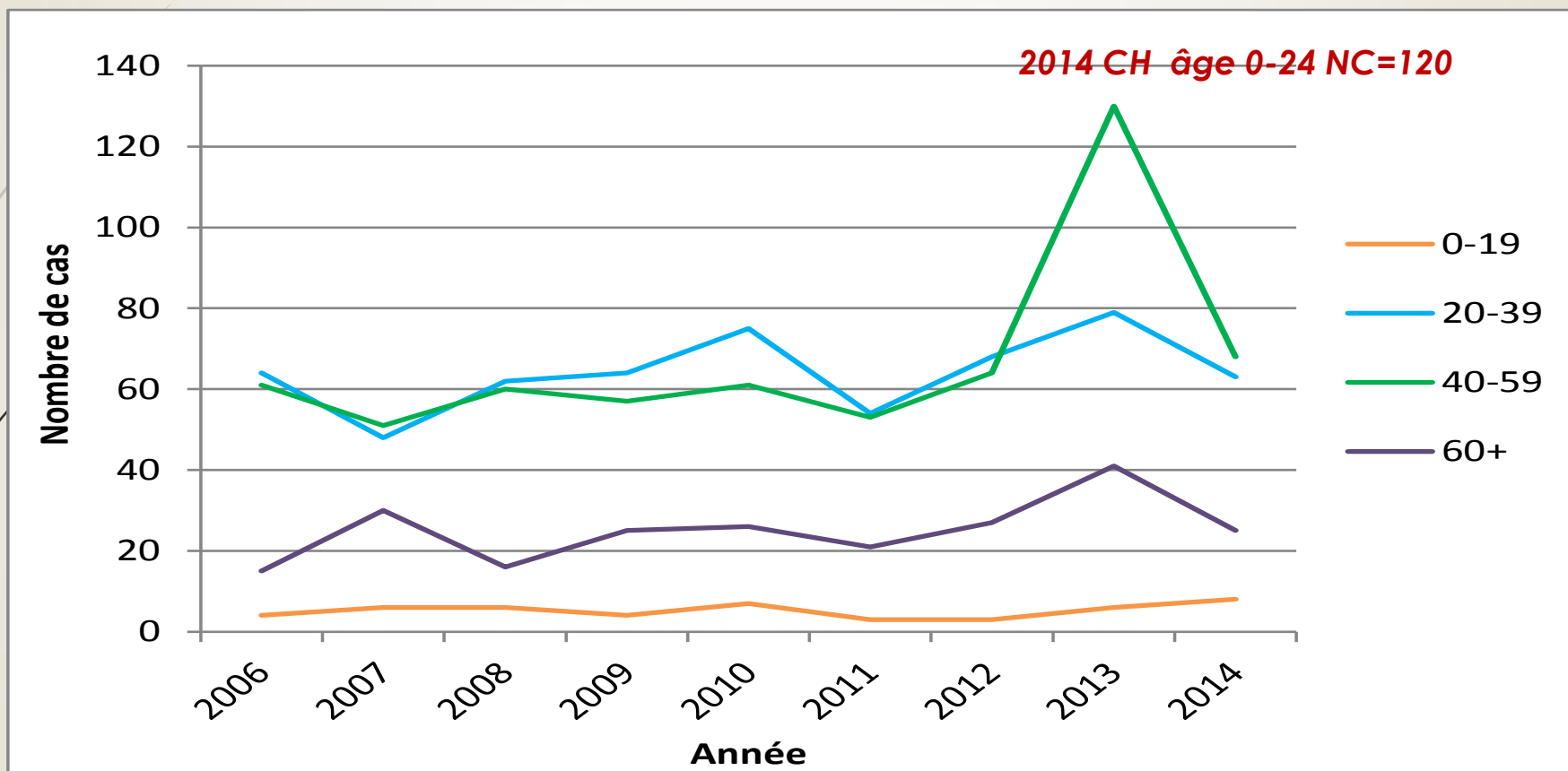


Département de l'emploi des affaires sociales et de la santé

Source OFSP; 30.04.2015

# Syphilis

## Déclarations de cas selon les classes d'âge Canton de Genève, 2006-2014



Département de l'emploi des affaires sociales et de la santé

Source OFSP; 30.04.2015

# Adolescents: Population à Risque

- Prévalence élevée rapidement après début RS (26% à 1 an)
- Jusqu'à 36 % récidives dans l'année avec le même agent
- 4 ans après 1ère IST > 90% à nouveau IST

## FACTEURS COMPORTEMENTAUX

Multiplications des partenaires, utilisation irrégulière du préservatif, peu anticipation de l'avenir/conséquences

**Haut risque:** début RS précoce, nouveau partenaire, multiples partenaire, partenaire plus âgé, abus substance, abus sexuel, homo/bi-sexualité (RS plus précoce, + parten.)

## FACTEURS BIOLOGIQUES

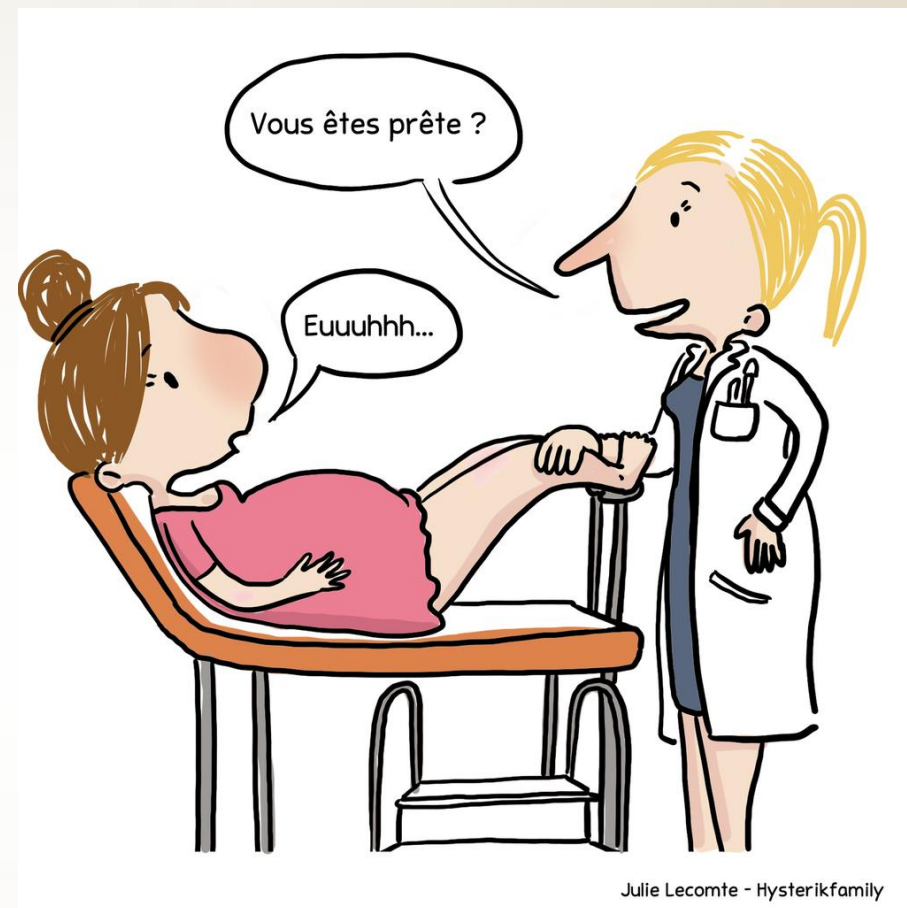
Ectropie cervicale?, taux plus bas IgA mucus cervical? RS plus «traumatiques» (introitus de petite taille, mauvaise lubrification)

# Conséquences des IST

- Augmentation morbidité/mortalité sur le long terme
- Détresse psychologique
- Augmentation du risque d'avoir d'autres IST notamment HIV (x 2.6 pour tout type IST et x 3 chez les jeunes porteurs gonorrhée)

Newbern et al., Am J Public Health 2013

| Pathogen       | Health consequences                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chlamydia      | If untreated, 30–40% of women will develop pelvic inflammatory disease (PID)<br>If PID develops, ~20% risk of infertility and ~20% with chronic pelvic pain<br>If untreated and exposed to HIV, 5 times more likely to become HIV infected<br>If pregnant, increased risk of ectopic pregnancy<br>If untreated and pregnant, high risk for delayed postpartum endometritis<br>If untreated and pregnant, newborn at risk for conjunctivitis and pneumonia                                                                                                                                                                                                                     |
| Gonorrhea (GC) | If untreated, majority of women will develop PID<br>If PID develops, ~20% risk of infertility and ~20% with chronic pelvic pain<br>If untreated and exposed to HIV, 3–5 times more likely to become infected<br>If pregnant, increased risk of ectopic pregnancy<br>If untreated and pregnant, increased risk for disseminated GC (an acute dermatitis/tenosynovitis syndrome, which can be complicated by arthritis, meningitis or endocarditis)<br>If untreated and pregnant, risk of premature delivery<br>If pregnant and untreated, newborn at risk for severe sight-threatening conjunctivitis and rarely, sepsis with associated meningitis, endocarditis or arthritis |
| Syphilis       | If early syphilis is untreated, risk of latent syphilis<br>If untreated and pregnant, risk of intrauterine fetal demise<br>If untreated and pregnant, risk of premature delivery<br>If untreated and pregnant, newborn at risk for congenital syphilis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |



Quand le pédiatre se transforme en gynécologue.....

# Points importants de la prise en charge

**TOP  
SECRET**

**CONFIDENTIALITE!!!**

- Importance de l'anamnèse sexuelle
- Pas de nécessité examen clinique selon anamnèse
- Prévention

## Mlle A.P. 16 ans.....

Vient pour une demande de contraception

Nouveau copain depuis 3 mois

Début activité sexuelle il y a 1 mois

Utilisation préservatifs 7/10

Asymptomatique



**To screen or not to  
screen ?  
.....And How?**

| Pathogène                    | Dépistage                                                          | Remarque                                                                                                                                         |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Chlamydia trachomatis</b> | 1x/an <25 ans<br>si symptômes ou autre IST                         | Dépistage plus fréquent si ATCD IST,<br>grossesse, nouveau partenaire sexuel,<br>travailleur du sexe, toxicomanie ou milieu<br>social défavorisé |
| <b>Nesseria gonorrhoeae</b>  | 1x/an <25 ans<br>pas de dépistage                                  |                                                                                                                                                  |
| <b>Trichomonas vaginalis</b> | si à risque                                                        |                                                                                                                                                  |
| <b>Syphilis</b>              | A la demande<br>Femme enceinte                                     | Proposer 1x/an si RS à risque, MSM, RS<br>anaux, milieu carcéral<br>Tester si autre IST                                                          |
| <b>HSV</b>                   | Pas de dépistage                                                   |                                                                                                                                                  |
| <b>HIV</b>                   | A la demande<br>A faire au moins 1x dans sa vie<br>Femme enceinte  | Proposer 1x/an si RS à risque<br>Tester si autre IST, symptômes suggestifs,<br>pays endémique                                                    |
| <b>HBV</b>                   | A la demande<br>Femme enceinte                                     | Proposer si RS à risque, origine pays<br>endémique ou RS avec personne originaire<br>pays endémique                                              |
| <b>HCV</b>                   | A la demande                                                       | Proposer si RS à risque ou milieu<br>toxicomanie                                                                                                 |
| <b>HPV</b>                   | Pas de dépistage HPV avant 30 ans<br>Cytologie 1x/2 ans dès 21 ans |                                                                                                                                                  |

# Moyen Dépistage Chlamydia/Gonorrhée et Traitement

| PCR CHLAMYDIA | Col   | Urine |
|---------------|-------|-------|
| Sensibilité   | 86%   | 83%   |
| Spécificité   | 99.6% | 99.5% |

| PCR GONORRHEE | Col   | Urine |
|---------------|-------|-------|
| Sensibilité   | 94.2% | 55.6% |
| Spécificité   | 99.2% | 98.7% |

- Premier jet, si possible pas plus de 20 ml
- Au minimum 1-2 h après dernière miction

## CHEZ PATIENTE ASYMPTOMATIQUE:

- Chlamydia: traitement par Azithromycine 1g d.u. + le(les) partenaires
- Gonorrhée: traitement par Ceftriaxone 500mg i.m. après culture et Azithromycine 1g d.u. + le(les) partenaires
- Pas de contrôle avant 6 semaines

*Cook RL et al., Systematic review: noninvasive testing for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae. Ann Intern Med. 2005.*

*Toutous Trellu et al., Gonorrhée: nouvelles recommandations en matière de diagnostic et de traitement. Forum Med Suisse 2014*

## Mlle E.G. 4,5 ans.....

Pertes vaginales avec rougeur au niveau vulvaire

Mauvaise odeur

Début école il y a 3 mois



**To worry or not to worry.....**

# Vulvo-vaginite chez les jeunes filles pré-pubères

- Symptômes le plus fréquent en gynécologie pédiatrique
- Anamnèse et examen clinique suffit normalement pour le diagnostic
- Pas de prélèvement nécessaire  
**hormis** suspicion abus sexuel, pertes vaginales persistantes après mesure d'hygiène, saignement
- Etiologies:
  - Germes respiratoires et digestifs: streptococcus B hémolytique groupe A, S. aureus, H. Influenza, S. pneumoniae, E. Coli, proteus vulgaris, Shigelle
  - Oxyures (prurit!)
  - Corps étrangers
  - Tumeurs gynéco: polype, sarcomes botryoïde
  - Pathologie urinaire: uretère ectopique, prolapsus urétral
  - Maladies systémiques: varicelle, rougeole, EBV, Crohn, Kawasaki, Behçet,...
  - Maladies dermatologiques: dermatite atopique, lichen scléreux, psoriasis
  - IST: HSV, C. trachomatis, N.gonorrhoeae, T. vaginalis

# Vulvo-vaginite chez les jeunes filles pré-pubères

- Symptômes le plus fréquent en gynécologie pédiatrique
- Anamnèse et examen clinique suffit normalement pour le diagnostic.
- **Pas de prélèvement nécessaire** HORMIS: suspicion abus sexuel, pertes vaginales persistantes après mesure d'hygiène, saignement

**Pas de vaginite à Candida chez la jeune fille avant la puberté!!!  
(hormis diabète/immunosuppression/ATB et couches)**

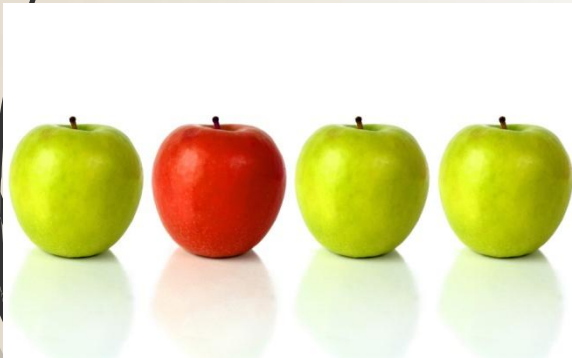
*Banerjee et al., Low prevalence of Candidiasis in children, Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2004*

# Traitement

- Nettoyer « avant vers arrière »
- Mesure hygiène régulière: 2x/j, bain de siège, uniquement à l'eau
- Eviter savon, bain moussant, bien sécher après le lavage
- Nettoyer les sous-vêtement, sans adoucissant
- Eviter le port de maillot de bain humide, le port de collants
- Sous-vêtement blanc en coton. Eviter le port de culotte la nuit
- Favoriser l'utilisation du papier de toilettes blanc et non parfumé
- TTT ATB seulement si croissance d'un germe spécifique après échec mesure hygiène

## Mlles O.S. et D.R. 16 ans.....

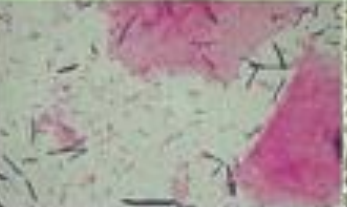
- O.S.: Irritations vaginales depuis qq mois, occasionnellement mauvaise odeur, pas d'activité sexuelle
- D.R.: Gêne lors des RS, pertes relativement abondantes, partenaire depuis 1 an, utilisation de préservatifs



**Same same....but different**

# Vulvo-vaginite

- ▶ Pertes vaginales augmentées
- ▶ Irritation/prurit vulvaire/ rougeur
- ▶ +/- odeur
- ▶ DD: vaginose bactérienne, mycose, **Trichomonas vaginalis**
- ▶ Diagnostic: examen direct des sécrétions vaginales au microscope et détermination du pH

|                             | Vaginose bactérienne                                                               | Vaginite aérobie                                                                    | Infection mixte                                                                     | Candidose vulvovaginale                                                             | Trichomoniose vulvovaginale                                                         |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Image schématique           |  |  |  |  |  |
| Symptômes                   | Ecoulement gris-blanchâtre très fluide, homogène, odeur de poisson                 | Ecoulement vert-jaunâtre persistant                                                 | Ecoulement jaune-blanchâtre très fluide, parfois brûlures, prurit                   | Prurit, brûlures, écoulement jaune-blanchâtre grumeleux, dyspareunie                | Ecoulement jaune-vert homogène, très fluide, mousseux, dysurie, prurit, brûlures    |
| Observations                | Aucune rougeur, aucune inflammation                                                | Forte inflammation, taches de rougeur                                               | Event, inflammation, rougeur                                                        | Rougeur, érosion                                                                    | Tâches rouges irrégulières, saignements par contact                                 |
| pH                          | > 4.5                                                                              | > 4.5                                                                               | > 4.5                                                                               | < 4.5                                                                               | ≥ 5.0                                                                               |
| Test au KOH pour les amines | Positif                                                                            | Négatif                                                                             | Possible                                                                            | Négatif                                                                             | Possible                                                                            |
| Microscopie                 | Lactobacilles                                                                      | Lactobacilles fortement diminués ou absents                                         | Lactobacilles fortement diminués ou absents                                         | Lactobacilles normaux ou diminués                                                   | Lactobacilles normaux ou diminués                                                   |
|                             | Cellules épithéliales recouvertes de bacilles (clue cells)                         | Visibles au microscope                                                              | Pas présentes                                                                       | Pas présentes                                                                       | Pas présentes                                                                       |
|                             | Leucocytes                                                                         | Normaux                                                                             | Fortement augmentés                                                                 | Event, augmentés                                                                    | Normaux                                                                             |
|                             | Pathogènes                                                                         | Bactéries coccoïdes adhérentes                                                      | Bactéries coliformes, coques ou chaînes                                             | Divers                                                                              | Hyphes et spores de Candida                                                         |

### Dx vaginose: Critères d'Amsel

#### 3 des 4 critères suivants

1. Pertes vaginales fluides homogènes
2. pH>4.5
3. Test KOH +
4. >20% clue cells à la microscopie

Medinova AG

O.S.

## Vaginose Bactérienne

- Cause la plus fréquente de vaginite: 4 - 61% des consultations (pratique privée, clinique IST)
- **FR:** activité sexuelle, tabagisme, autre IST, douche vaginale
- **Perturbation de la flore** (diminution lactobacilles) avec croissance de bactéries anaérobies: **Gardnerella vaginalis**, Mobiluncus, Bacteroides, Prevotella, Atopobium, Fusobacterium, Mycoplasma,...
- Lactobacilles: normalement 95% flore vaginale bactérienne, “**protection immunitaire**” grâce à pH acide et production peroxide hydrogène

O.S.

## Vaginose Bactérienne

- ➡ diminution peroxyde hydrogène des lactobacilles et augmentation production cytokines locales
- ➡ Augmentation contamination par d'autres IST (HIV, chlamydia, gonorrhea, HSV, trichomonas)
- ➡ Obstétricales: accouchement prématuré, chorioamnionite, endométrite du post partum
- ➡ Augmentation taux de complication post chirurgie (infection dôme vaginal, endométrite post CTT/DIU)

*Cohen et al., Bacterial vaginosis associated with increased risk of female-to-male HIV-1 transmission: a prospective cohort analysis among African couples. PLoS Med 2012*  
*Cherpes et al., Association between acquisition of herpes simplex virus type 2 in women and bacterial vaginosis. Clin Infect Dis 2003*  
*Wiesenfeld et al., Bacterial vaginosis is a strong predictor of Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis infection, Clin Infect Dis 2003*  
*Balkus et al., Bacterial vaginosis and the risk of trichomonas vaginalis acquisition among HIV-1-negative women, Sex Transm Dis 2014*  
*Yudin MH, Money DM: Infectious Diseases Committee: Screening and management of bacterial vaginosis in pregnancy. Obstet Gynaecol Can 2008; 30:702*

D.R.

# Trichomonas Vaginalis

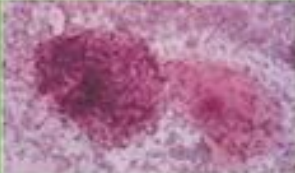
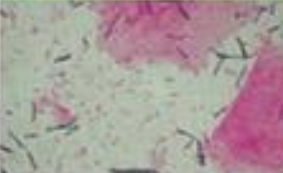
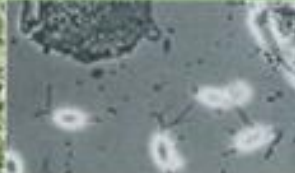
- Asymptomatique chez 50-80% des femmes et chez quasiment tous les hommes
- Période incubation 3-28 jours
- Pertes jaunes-verdâtres malodorantes avec prurit, dysurie, dyspareunie, sgt post coïtaux
- Chez les hommes, dysurie et écoulement clair
- Conséquences
  - Accouchement prématuré, RPM
  - Augmentation susceptibilité infection HIV

*Kissinger, Trichomonas vaginalis: a review of epidemiologic, clinical and treatment issues. BMC Infect Dis 2015*

*McClelland et al., Infection with Trichomonas vaginalis increases the risk of HIV-1 acquisition Infect Dis 2007*

# Traitement

Medinova AG

|                        | Vaginose bactérienne                                                                                                          | Vaginite aérobie                                                                                                                                          | Infection mixte                                                                                                            | Candidose vulvovaginale                                                                                             | Trichomoniose vulvovaginale                                                                                        |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Image schématique      |                                             |                                                                        |                                         |                                  |                                 |
| Options thérapeutiques | Anti-infectieux oraux ou vaginaux (Fluomizin®, métronidazole, clindamycine), restauration de la flore vaginale avec Gynoflor® | Pas de traitement standard; anti-infectieux à large spectre d'action (Fluomizin®), pas de métronidazole, restauration de la flore vaginale avec Gynoflor® | Traitement avec un anti-infectieux à large spectre d'action (Fluomizin®), restauration de la flore vaginale avec Gynoflor® | Antifongiques locaux ou oraux ou traitement local avec Fluomizin®, restauration de la flore vaginale avec Gynoflor® | Anti-infectieux oraux, traitement simultané du partenaire sexuel, restauration de la flore vaginale avec Gynoflor® |



Traitement uniquement si symptômes

**Pas de traitement du partenaire**

**Fluomizin® intra-vaginal 1cp/j 6 jours**

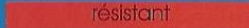
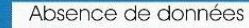
**Ou Metronidazole 500mg 2x/j 7 jours**

**Metronidazole 2g en d.u.**

**Ttt idem pour le partenaire**

## Spectre d'activité antimicrobienne in vitro<sup>1,2,3</sup>

| Substances        |                                                  | Chlorure de déqualinium<br><i>Fluomizin®</i>                                          | Clindamycine                                                                          | Métronidazole                                                                         | Hexétidine                                                                            | Povidone<br>iodée                                                                     | Clotrimazole                                                                          | Fluconazole                                                                           |
|-------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Agents pathogènes |                                                  |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                       |
| Bactéries         | Anaérobies                                       |    |    |    |    |    |    |    |
|                   | Aérobies à Gram positif                          |    |    |    |    |    |    |    |
|                   | Aérobies à Gram négatif                          |    |    |    |    |    |    |    |
| Mycoses           | <i>Candida albicans</i>                          |    |    |    |    |    |    |    |
|                   | <i>Candida glabrata</i><br><i>Candida krusei</i> |  |  |  |  |  |  |  |
| Proto-zoaires     | <i>Trichomonas vaginalis</i>                     |  |  |  |  |  |  |  |

 sensible
  partiellement sensible
  résistant
  Absence de données

## Mlles G. Z. 15 ans et T.M. 16,5 ans

- G.Z. : Couple stable depuis 2 ans, sensation de brûlures «en bas», pertes jaunâtres augmentées, dyspareunie.
- T.M. : Partenaire depuis 1 an, métrorragies depuis 2 mois, pas d'autre plainte.



**Différents symptômes..... une même problématique?**

# La Cervicite

- ▶ Le plus souvent pertes vaginales anormales/sgt
- ▶ Germes les plus fréquents: Chlamydia Trachomatis ou Neisseria gonorrhoeae. Event Trichomonas/HSV2.
- ▶ Souvent aucun germe retrouvé (surtout, si pas à risque IST)
- ▶ Diagnostic: ED (leucocytes, TV?, vaginose?), par PCR urine ou prélèvement endocervical (chlam/gono) / culture col (si gono + compléter par culture +ATBgramme car résistance)
- ▶ Exclure PID (pelvic inflammatory disease)- 10% des cervicites



# Quelles Analyses Dans Quelles Situations?

Suspicion clinique de **PID**

PCR gonocoque et chlamydia  
(tube orange)

Culture gonocoque  
(tube rose bactério)

Traitement du patient  
ET du partenaire avant  
résultats

Dépistage IST  
sans suspicion clinique

Pas de traitement  
attente résultats

Si positif pour gonocoque  
envoyer culture et traiter

# Manifestations Cliniques

- Chlamydia: asymptomatique chez 75% des femmes et 95% des hommes. Incubation: 7-21 jours.
- Gonorrhée: plus souvent symptomatique avec symptômes variables selon site d'infection. Incubation: 1-14 jours.
- Seulement gonocoques resp. de pharyngite

**Table 1****Clinical Manifestations of Gonorrhea and Chlamydia**

| Site of Infection | Clinical Syndrome<br><i>N. gonorrhoeae</i>                 | Clinical Syndrome<br><i>C. trachomatis</i>                |
|-------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Males</b>      |                                                            |                                                           |
| Urethra           | Urethritis                                                 | Nongonococcal urethritis                                  |
| Epididymis        | Epididymitis                                               | Epididymitis – 70% of cases                               |
| Rectum            | Proctitis                                                  | Proctitis                                                 |
| Conjunctiva       | Conjunctivitis                                             | Conjunctivitis                                            |
| Pharynx           | Pharyngitis – exudative                                    |                                                           |
| Systemic          | Disseminated gonorrhea<br>Arthritis-dermatitis<br>syndrome | Reactive arthritis (urethritis,<br>uveitis, sacroiliitis) |
| <b>Females</b>    |                                                            |                                                           |
| Urethra           | Acute urethral syndrome                                    | Acute urethral syndrome                                   |
| Bartholin gland   | Bartholinitis                                              | Bartholinitis                                             |
| Cervix            | Cervicitis                                                 | Cervicitis                                                |
| Fallopian tube    | Salpingitis                                                | Salpingitis                                               |
| Conjunctiva       | Conjunctivitis                                             | Conjunctivitis                                            |
| Pharynx           | Pharyngitis – exudative                                    |                                                           |
| Liver capsule     | Perihepatitis                                              | Perihepatitis                                             |
| Systemic          | Disseminated Gonorrhea<br>Arthritis-dermatitis<br>syndrome | Reactive arthritis                                        |

# Traitement

## Chlamydia:

- ➡ Azithromycine 1g d.u. ou Doxycycline 100mg 2x/j pdt 7 jours

## Gonorrhée:

- ➡ Ceftriaxone 500mg i.m. d.u. **ET** Azithromycine 1 g d.u.

**Et traitement du/des partenaires!**

# PID (Pelvic Inflammatory Disease)

- Chlamydia/gonorrhée non traitée
- **Facteur de risque:** ATCD PID, 3 sem post pose DIU, douches vaginales
- **La contraception par DIU n'est pas un FR** pour une PID hormis pdt les 3 semaines suivant la pose
- Endométrite +/- salpingite +/- péritonite
- Diagnostic **CLINIQUE** (87% sensibilité/50% spécificité):
- Douleurs pelviennes et sensibilité mobilisation cervicale, palpation des annexes ou de l'utérus
- Complications: péritonite, peri-hépatite, infertilité, GEU, douleurs chroniques



Cosmopolitan

# Traitement PID

|                                                                                                                    | PATIENTE AMBULATOIRE                                                                                                                                                                                                                                   | PATIENTE HOSPITALISÉE                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1<sup>er</sup> CHOIX</b>                                                                                        | Amoxicilline/acide clavulanique (Augmentin <sup>®</sup> )<br>1 g p.o. (2x/j. pdt 10 j.)<br>+<br>Doxycycline (Vibramycine <sup>®</sup> )<br>100 mg p.o. (2x/j. pdt 14 j.)                                                                               | Amoxicilline/acide clavulanique (Augmentin <sup>®</sup> )<br>2,2 g i.v. (3x/j)<br>jusqu'à 24h après amélioration<br>+<br>Doxycycline (Vibramycine <sup>®</sup> )<br>100 mg p.o. (i.v. si néc.) (2x/j. pdt 14 j.)<br>p.o. > i.v. (biodisponibilité identique) |
| <b>2<sup>ème</sup> CHOIX</b><br>(Mauvaise compliance)                                                              | Ceftriaxone (Rocephin <sup>®</sup> )<br>500mg IM DU<br>+<br>Azithromycine (Zithromax <sup>®</sup> )<br>1 g p.o. (1x/sem. pdt 2 sem.)<br>+/-<br>Metronidazole (Flagyl <sup>®</sup> )<br>500 mg p.o. (2x/j. pdt 14 j.)                                   | Clindamycine (Dalacin C <sup>®</sup> )<br>900 mg i.v. 3x/j.<br>+<br>Gentamicine (Garamycin <sup>®</sup> )<br>Charge : 2 mg/kg () puis<br>Entretien : 1.5 mg/kg i.v. 3x/j<br>ou<br>3-5 mg/kg i.v. 1x/j<br><br>Jusqu'à 24h après amélioration                  |
| <b>3<sup>ème</sup> CHOIX</b><br>(Allergie sévère aux pénicillines<br>risque réaction croisée avec céphalosporines) | -Azithromycine (Zithromax <sup>®</sup> )<br>1 g p.o. (1x/sem. pdt 2 sem.)<br>ou<br>Lévofoxacine 500mg x/jx14j<br>(si <i>N. gonorrhée</i> peu probable, ou non-résistant)<br>+<br>Metronidazole (Flagyl <sup>®</sup> )<br>500 mg p.o. (2x/j. pdt 14 j.) | <i>puis</i><br><br>Doxycycline (Vibramycine <sup>®</sup> )<br>100 mg p.o. (2x/j. pdt 14 j.)<br>+<br>Metronidazole (Flagyl <sup>®</sup> )<br>500 mg p.o. (2x/j. pdt 14 j.)                                                                                    |

Flore polymicrobienne

Traiter le/s partenaire/s  
AINS x 7j  
Anti-mycotique en R  
Probiotics

## Mlle V. M., 18 ans

RS après une fête avec un inconnu

Rupture du préservatif

Inquiétude par rapport IST

Asymptomatique



**Wait or treat?**

# PEP (Post Exposure Prophylaxis)

## Evaluation de la situation

Voir si on peut retrouver la source (test rapide HIV)

## Proposition après discussion:

- ➡ Prélèvement pour chlamydia et gonorrhée
- ➡ ED à la recherche Trichomonas
- ➡ Sérologies HIV/HBV et syphilis (à 3 mois)

## TTT:

Azithromycine 1g d.u.

+/- Ceftriaxone 500mg i.m.

+/- Metronidazole 2 g d.u.

**Ne pas oublier de proposer une pilule du lendemain si nécessaire!!**

**RISQUE DE TRANSMISSION:**  
 Probabilité que la source soit infectée  
 X  
 risque exposition

Estimated Per-Act Probability of Acquiring HIV from an Infected Source, by Exposure Act\*

| Type of Exposure                                 | Risk per 10,000 Exposures |
|--------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>Parenteral<sup>3</sup></b>                    |                           |
| Blood Transfusion                                | 9,250                     |
| Needle-sharing during injection drug use         | 63                        |
| Percutaneous (needle-stick)                      | 23                        |
| <b>Sexual<sup>3</sup></b>                        |                           |
| Receptive anal intercourse                       | 138                       |
| Insertive anal intercourse                       | 11                        |
| Receptive penile-vaginal intercourse             | 8                         |
| Insertive penile-vaginal intercourse             | 4                         |
| Receptive oral intercourse                       | low                       |
| Insertive oral intercourse                       | low                       |
| <b>Other<sup>^</sup></b>                         |                           |
| Biting                                           | negligible <sup>4</sup>   |
| Spitting                                         | negligible                |
| Throwing body fluids (including semen or saliva) | negligible                |
| Sharing sex toys                                 | negligible                |

\* Factors that may increase the risk of HIV transmission include sexually transmitted diseases, acute and late-stage HIV infection, and high viral load. Factors that may decrease the risk include condom use, male circumcision, antiretroviral treatment, and pre-exposure prophylaxis. None of these factors are accounted for in the estimates presented in the table.

CDC.gov

## Regional HIV and AIDS statistics and features | 2014

|                                                     | Adults and children living with HIV           | Adults and children newly infected with HIV | Adult prevalence (15–49) [%] | Adult & child deaths due to AIDS       |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Sub-Saharan Africa</b>                           | 25.8 million<br>[24.0 million – 28.7 million] | 1.4 million<br>[1.2 million – 1.5 million]  | 4.8%<br>[4.5% – 5.1%]        | 790 000<br>[670 000 – 990 000]         |
| <b>Middle East and North Africa</b>                 | 240 000<br>[150 000 – 320 000]                | 22 000<br>[13 000 – 33 000]                 | 0.1%<br>[<0.1% – 0.1%]       | 12 000<br>[5300 – 24 000]              |
| <b>Asia and the Pacific</b>                         | 5.0 million<br>[4.5 million – 5.6 million]    | 340 000<br>[240 000 – 480 000]              | 0.2%<br>[0.2% – 0.2%]        | 240 000<br>[140 000 – 570 000]         |
| <b>Latin America</b>                                | 1.7 million<br>[1.4 million – 2.0 million]    | 87 000<br>[70 000 – 100 000]                | 0.4%<br>[0.4% – 0.5%]        | 41 000<br>[30 000 – 82 000]            |
| <b>Caribbean</b>                                    | 280 000<br>[210 000 – 340 000]                | 13 000<br>[9600 – 17 000]                   | 1.1%<br>[0.9% – 1.3%]        | 8800<br>[5700 – 13 000]                |
| <b>Eastern Europe and Central Asia</b>              | 1.5 million<br>[1.3 million – 1.8 million]    | 140 000<br>[110 000 – 160 000]              | 0.9%<br>[0.7% – 1.0%]        | 62 000<br>[34 000 – 140 000]           |
| <b>Western and Central Europe and North America</b> | 2.4 million<br>[1.5 million – 3.5 million]    | 85 000<br>[48 000 – 130 000]                | 0.3%<br>[0.2% – 0.5%]        | 26 000<br>[11 000 – 86 000]            |
| <b>TOTAL</b>                                        | 36.9 million<br>[34.3 million – 41.4 million] | 2.0 million<br>[1.9 million – 2.2 million]  | 0.8%<br>[0.7% – 0.9%]        | 1.2 million<br>[980 000 – 1.6 million] |

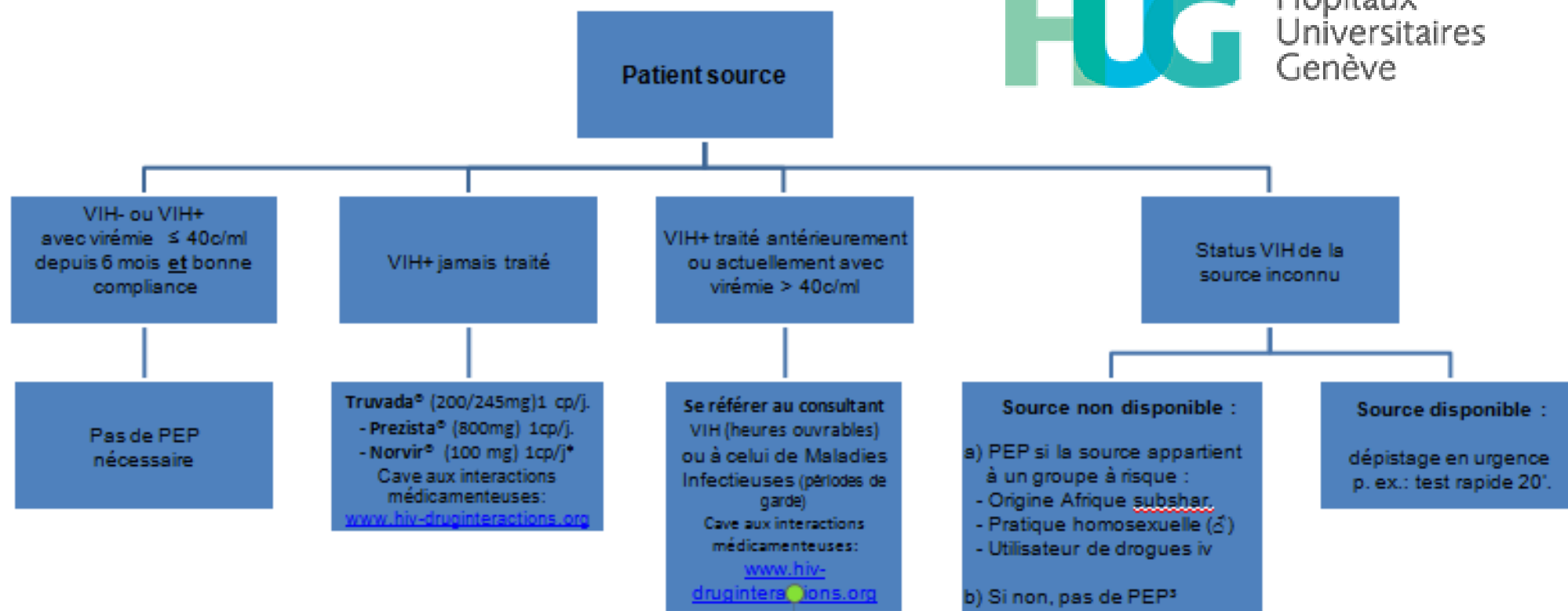
The ranges around the estimates in this table define the boundaries within which the actual numbers lie, based on the best available information.

**Risque quasi inexistant!!!!**

## B) Exposition sexuelle :

1. **Evaluation de l'exposition** : Un risque potentiel existe en cas de relation vaginale, anale, ou orale réceptive, avec éjaculation. Les autres pratiques sexuelles sont sans risque significatif.

2. **Evaluation du patient selon le schéma suivant**:



- 1) Délai de prescription: la PEP est d'autant plus efficace qu'elle est prescrite rapidement après l'exposition. Il faut donc débiter la PEP aussi vite que possible (<48h), et l'interrompre si la source est dépistée pour le VIH et négative.
- 2) \*En cas de risque d'interactions médicamenteuse liées au cytochrome P450: l'association de Prezista®/Norvir® peut être remplacé par Isentress® 400mg 2 cp/j, en combinaison avec le Truvada®
- 3) \*Il faut parfois adapter le traitement prophylactique selon le génotype (résistance), en fonction du traitement du partenaire source ou en fonction des interactions médicamenteuses liées au cytochrome P450; à discuter avec le consultant VIH (tél: 34 656, durant les heures ouvrables du lundi au vendredi), ou maladies infectieuses (079 200 78 86, les nuits et WE).
- 4) Cette attitude doit éventuellement être modifiée pour des raisons psychologiques, par exemple dans des cas de viol.

# Prévention

**Protection** Utilisation du préservatif correcte

- 85% réduction transmission HIV
- 70% réduction transmission HPV chez les femmes
- Jusqu'à 100% prévention transmission gonorrhée, chlamydia et trichomonas

**Vaccination:** HBV et HPV

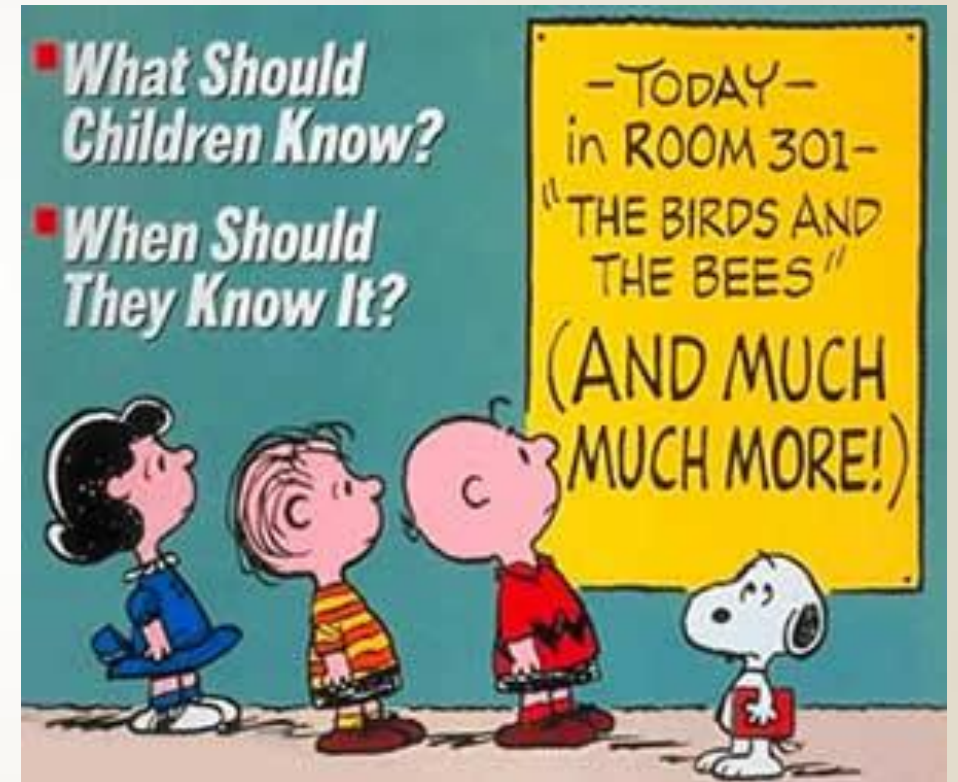
**Traitement** : ne pas oublier le partenaire!!!! Le prescrire d'emblée plutôt que de référer



# Prévention

## Information-éducation:

- Ecole
- Parents (selon possibilités, infos limitées)
- Amis (infos parfois erronées)
- Media (50% magazine, 70% TV)
- Internet et medias sociaux
- **Et VOUS professionnels de la santé!!**



## TAKE HOME MESSAGE

- Prévention = mieux que traitement
- Information du partenaire essentielle! (limiter la propagation et la ré-infection)
- Préservatif diminue transmission d'une majorité des IST (mais pas toutes...)
- ATCD IST = risque d'avoir à nouveau une IST
- Une IST peut en cacher une autre

## TAKE HOME MESSAGE

- Traiter selon la clinique et ne pas attendre uniquement le résultat des sérologies
- Adapter le ttt selon la résistance des germes (peut varier d'un endroit à l'autre)
- **You can make the difference !**



# Coordonnées

➤ Isabelle Navarria:

[isabelle.navarria@hcuge.ch](mailto:isabelle.navarria@hcuge.ch)

➤ Michal Yaron:

[michal.yaron@hcuge.ch](mailto:michal.yaron@hcuge.ch)

Téléphones pour RDV:

Maternité: 022 37 24 400

Unité Santé Jeunes: 022 37 23 387



jeunesse  
éducation  
représentation  
innovation sociale  
formation  
international

**Un rapport sexuel  
non-protégé, c'est comme  
une boîte de chocolats...**



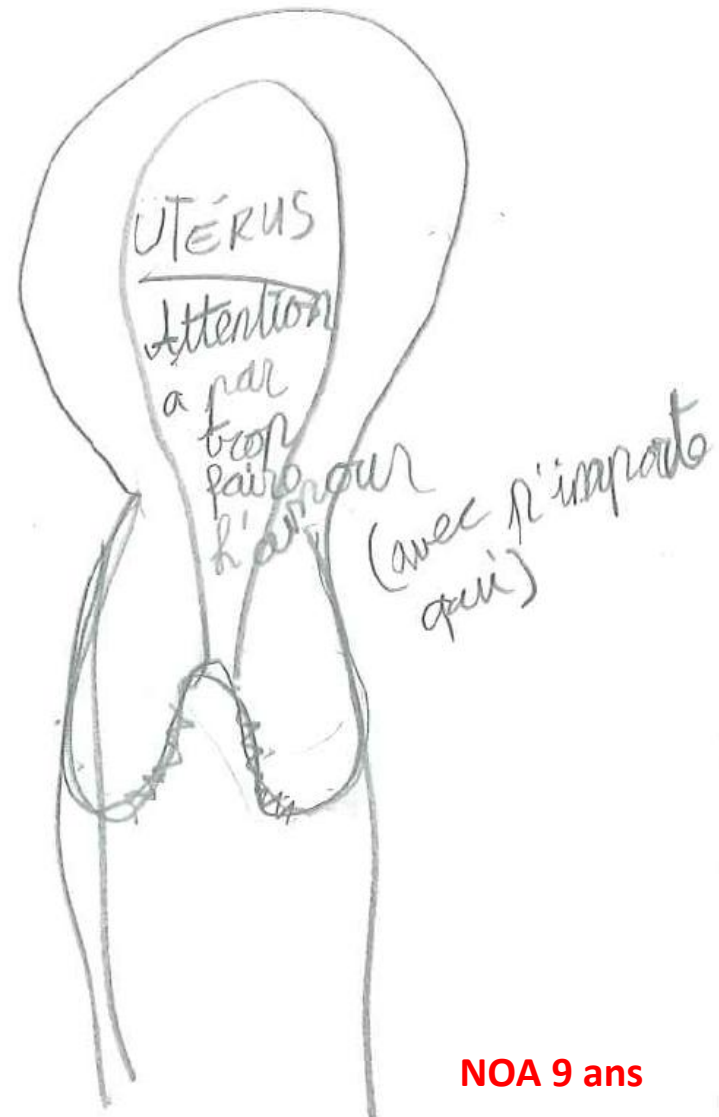
**...on ne sait jamais sur  
quoi on va tomber !**

**Protégeons nous.**

**Kit de mobilisation  
2014 / 2015**



à l'adresse sur  
[www.fage.org](http://www.fage.org)



**NOA 9 ans**