



Augmentation alarmante du nombre des infections à gonocoques !

Depuis 1998, une telle recrudescence des cas de gonococcies a été observée, que la Direction générale de la santé (DGS) a saisi la Haute autorité de la santé (HAS) en 2010 afin d'apprécier l'intérêt et la nécessité de la mise en place d'un programme national de dépistage de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* en France. A Marseille, le laboratoire de microbiologie de l'Assistance publique dirigé par le Pr Didier Raoult a détecté 10 fois plus de cas annuels d'infections à gonocoques fin 2012 par rapport à la période 2005-2011.



© Ivona Grodzka - shutterstock.com

Memo Gono

- > Le gonocoque (germe strictement humain) ou *Neisseria gonorrhoeae*, est un diplocoque, Gram négatif, appartenant au genre *Neisseria*. L'infection à *N. gonorrhoeae* est transmissible par contact direct, essentiellement lors de rapports sexuels (génital, buccal ou anal) entre une personne infectée, symptomatique ou non, et une autre personne. Elle favorise aussi la transmission du VIH, mais aussi sa réception, surtout dans la population des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH).
- > La gonococcie touche particulièrement les muqueuses de l'urètre, le col utérin, le vagin, la région anorectale, l'oropharynx, et parfois les conjonctives reflétant le manuportage chez l'adulte ou transmis au nouveau-né par une mère contaminée.

Symptomatologie

- chez l'homme : la symptomatologie est le plus souvent bruyante, sous forme d'urétrite aiguë¹ (patients asymptomatiques moins de 1 % des cas)²
- chez la femme, selon l'OMS, l'infection est asymptomatique dans plus de 50 % des cas³ et de ce fait passe le plus souvent inaperçue
- chez les deux sexes : le portage de l'infection dans la région anorectale et oropharyngée est le plus souvent asymptomatique

Populations exposées

- les données montrent une augmentation marquée des gonococcies d'abord dans la population HSH puis dans la population générale où elle se diffuse sur l'ensemble de la France
- la classe d'âge la plus affectée est celle des 21-30 ans chez les hommes et celle des 16-25 ans chez les femmes
- l'infection à *N. gonorrhoeae* peut être associée à d'autres IST. Les co-infections avec *C. trachomatis* sont les plus fréquentes en France
- les données françaises mettent en évidence une progression des comportements à risque et des modes de contamination : utilisation inconsistante du préservatif lors des rapports pénétrants, fellation non protégée, partenaires multiples, partenaire sexuel d'une personne infectée, etc. La fellation est un mode très fréquent de contamination de la gonococcie⁴ alors que l'utilisation systématique du préservatif lors de cette pratique est toujours très rare (<2 %)

Diagnostics biologiques

Culture : c'est la méthode de référence chez un individu symptomatique, elle inclut un examen direct par microscopie après coloration de Gram.

- nécessite un transport rapide vers le laboratoire (fragilité des germes)
- présente des difficultés pour les recueils sur pharynx, rectum, col utérin, premier jet d'urines et l'auto-prélèvement vaginal. Ces échantillons polycontaminés présentent souvent un faible inoculum bactérien, et certains antibiotiques contenus dans les milieux de culture sélectifs, inhibent parfois la croissance des gonocoques
- impose un délai d'obtention des résultats de 2 à 3 jours
- permet de réaliser le sérotypage et le génotypage, indispensables au suivi épidémiologique et de tester la sensibilité des souches aux antibiotiques

Biologie moléculaire : parmi ces techniques, seules celles d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sont actuellement marquées CE.

- ne requièrent pas la viabilité des bactéries, les milieux de transport ensemencés étant stables pendant plusieurs jours
- permettent la détection dans tous les prélèvements et en particulier ceux inadaptés à la culture
- permettent de rendre les résultats quelques heures après la réception de l'échantillon
- ne permettent pas de tester la sensibilité des souches aux antibiotiques.

La HAS propose une évolution de la prise en charge actuelle de l'infection à gonocoques en France : elle préconise d'utiliser les tests multiplex *N. gonorrhoeae/C. trachomatis* par TAAN. La recherche des gonococcies par TAAN reste pour le moment à la charge du patient. Une réforme est actuellement impulsée pour son remboursement.

Quels examens demander ? ⁵

- en l'absence de symptôme, dépistage : recherche combinée gonocoque-chlamydia par PCR (TAAN). Les prélèvements à privilégier sont :
 - chez l'homme : 1^{er} jet d'urines
 - chez la femme : auto-prélèvement vaginal
 - selon les pratiques sexuelles : prélèvement pharyngé ou anal
- en cas de symptômes, situation diagnostique : recherche de gonocoque par culture avec antibiogramme à partir d'un prélèvement local

Traitement de l'infection à *N. gonorrhoeae*

Les modalités de traitement des gonococcies recommandées par l'Ansm (anciennement Afssaps) sont les suivantes :

- réaliser un prélèvement bactériologique avec antibiogramme afin de documenter microbiologiquement toute suspicion d'urétrite ou de cervicite
- instaurer un traitement antibiotique probabiliste anti-gonococcique aussitôt après le prélèvement selon ce tableau ⁶ :

Antibiotique	Posologie	Commentaire
Ceftriaxone	500 mg en monodose IV ou IM	première intention
Cefixime	400 mg en prise orale unique	uniquement en cas de refus ou d'impossibilité d'administrer un traitement par voie injectable
Spectinomycine	2 g en une seule injection IM	en cas de contre-indication aux bêta-lactamines
Ciprofloxacine	500 mg en monodose par voie orale ⁷	sous réserve de sensibilité prouvée par l'antibiogramme car en principe inadapté au regard du niveau de résistance aux fluoroquinolones en France

- instaurer un traitement anti-chlamydia : azithromycine 1g en monodose ou doxycycline, 200 mg/jour en deux prises, par voie orale durant 7 jours
- informer le patient qu'il doit impérativement revenir en consultation si les symptômes persistent au troisième jour afin d'adapter si nécessaire son traitement aux résultats de l'antibiogramme
- prendre en charge le (les) partenaire(s) récent(s) et/ou habituel(s) du patient
- mettre en place d'autres mesures de dépistage : recherche systématique des infections à *C. trachomatis* et réalisation des sérologies VIH, hépatite B, hépatite C et syphilis
- mettre en place des mesures de prévention : vaccination contre l'hépatite B, conseiller l'utilisation de préservatifs

Suivi clinique et biologique

- à une semaine : contrôler la disparition des signes cliniques et effectuer un contrôle microbiologique de guérison (notamment en cas de localisation pharyngée avec un traitement autre que la ceftriaxone), vérifier la prise en charge du ou des partenaires et donner les résultats des autres tests de dépistage
- en cas d'échec : envisager une éventuelle non-compliance au traitement, une possible recontamination, l'émergence d'une résistance aux antibiotiques à évaluer par étude de sensibilité après culture, une co-infection, et l'éventuelle présence de *Mycoplasma genitalium* (agent majeur d'urétrites non gonococciques) ⁷
- à 5 semaines : prescrire un contrôle biologique post traitement ⁷
- à 4-6 mois : contrôler l'absence d'une recontamination ⁷

Sources :

Article rédigé à partir de HAS rapport d'orientation Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* : état des lieux et propositions décembre 2010

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-03/argumentaire_gonocoque_vf.pdf [consulté le 23 03 2013].

1. Halioua B, Lassau F, Janier M, Dupin N, Bouscarat F, Chartier C. Gonococcie. *Ann Dermatol Vénérol* 2006;133(8-9 Cah 2):2511-2.

2. Farhi D, Dupin N. Infections sexuellement transmissibles. Gonococcies, chlamydioses, syphilis. *Rev Prat* 2007;57(13):1471-80.

3. Scrivener Y, Cribrier B. Infections urogénitales à gonocoques et à Chlamydia (en dehors de la maladie de Nicolas-Favre) : épidémiologie, diagnostic, évolution, traitement. *Rev Prat* 2001;51(4):453-8.

4. Bulletins des réseaux de surveillance, les données au 31 décembre 2011,

accessible à <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance> [consulté le 23 03 2013].

5. Dépistage du vih et des infections sexuellement transmissibles Informations et ressources pour les professionnels de santé, INPES, Ministère de la santé, Réf. 3111-84711-B Etat des connaissances: mai 2011 accessible à <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf> [consulté le 23 03 2013].

6. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées. Actualisation octobre 2008. Saint-Denis: Afssaps; 2008.

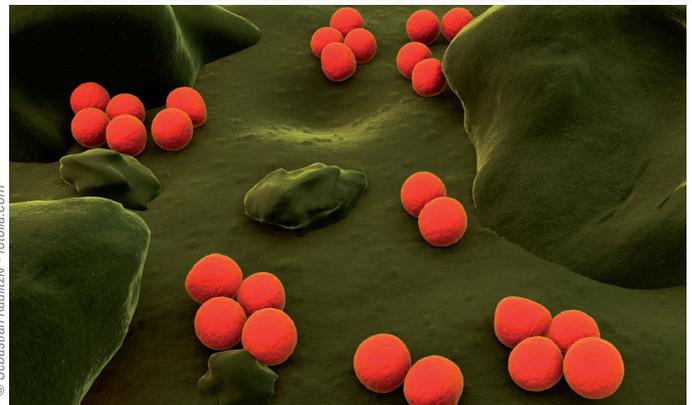
7. Actualités dans le diagnostic des IST Bertille de Barbeyrac Centre National de Référence des chlamydiae, 4^{ème} réunion du groupe de prévention de la SPLIF, 29 mars 2012, accessible à http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/Prevention/2012-prevention-SPLIF-IST-Barbeyrac.pdf [consulté le 23 03 2013].

Qui dépister ? ⁷

Le dépistage par TAAN est préconisé par la HAS pour la population féminine jeune, compte tenu du caractère le plus souvent asymptomatique de l'infection, des complications, du risque de transmission au nouveau-né, et de l'augmentation du nombre de cas identifiés par les réseaux de surveillance.

mais aussi pour :

- les personnes ayant des antécédents d'IST dont le gonocoque
- les personnes dépistées pour une autre IST
- les personnes séropositives pour le VIH
- les personnes ayant eu plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et ayant des rapports non protégés
- les HSH quel que soit l'âge: surveillance annuelle incluant des échantillons anorectaux et pharyngés.
- les migrants en provenance de pays d'endémie (Afrique, Asie, Europe de l'Est, Amérique du Nord et du Sud)
- les travailleurs du sexe et les personnes les fréquentant ayant des rapports non protégés (fellation comprise)
- lors d'une incarcération
- après un viol



© Sebastian Kaulitzh - fotolia.com

Diplocoques *N. gonorrhoeae*, image de synthèse à partir de microscopie électronique

en Du nouveau du côté de la prévention :

La HAS propose une évolution de la prise en charge actuelle de l'infection à NG en France : elle préconise d'employer les tests multiplex NG/CT par biologie moléculaire. Afin de répondre à cette évolution, le laboratoire BARLA utilise la trousse de PCR en temps réel Abbott Real Time CT/NG sur la plateforme automatisée M2000. Cette technique cible le gène OPA de *N. gonorrhoeae* et, l'ADN plasmidique cryptique de *C. trachomatis* avec deux sondes distinctes. La recherche des gonococcies par PCR reste pour le moment à la charge du patient (HN), facturée seulement 10 euros par le laboratoire BARLA. Une réforme est actuellement impulsée pour son remboursement.

Pour une meilleure information sur les risques de transmission de la maladie, nous recommandons à nos patients de consulter sur le site de l'INIST, la rubrique informative sur les gonococcies et autres IST : <http://www.info-ist.fr/tout-savoir-sur-les-ist/blennorragie-gonococcique.html>