



GONOCOQUE ET SEXUALITÉ

Cours du vendredi 7 février 2014 à 10:30 par Dr Fatima YASSIR

SOMMAIRE

II - LE GONOCOQUE

Epidémiologie

Tableau clinique chez l'homme

Tableau clinique chez la femme

Complications

Traitement

Traitement des complications

Cas particuliers

Gonocoque et résistance aux antibiotiques

Pour en savoir plus

BIBLIOGRAPHIE

II - LE GONOCOQUE

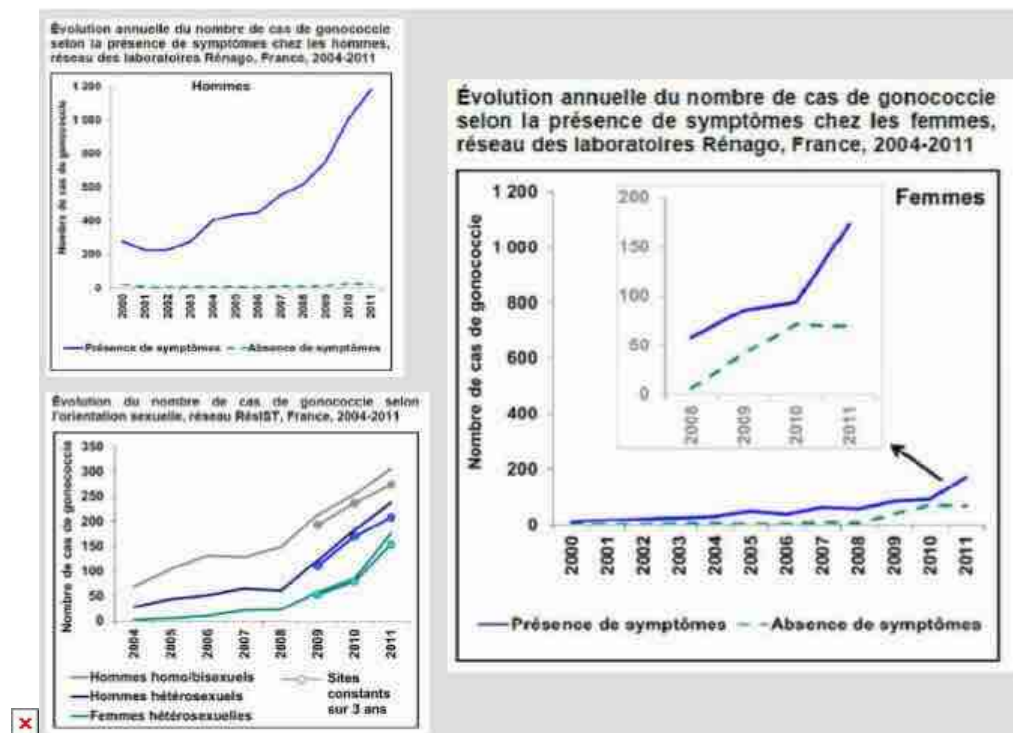
La gonococcie est une affection due à une bactérie appelée *Neisseria gonorrhoeae* ou gonocoque, bacille gram négatif très fragile qui se transmet par **voie sexuelle** (y compris sexe oral).



Représentation 3D de *Neisseria gonorrhoeae*

Epidémiologie

C'est **une des IST les plus répandues** qui survient chez les adultes jeunes et les adolescents, avec une recrudescence depuis 1998 dans les deux sexes due à un relâchement de la prévention et du diagnostic de cette maladie.



Il n'existe pas de porteur sain mais des **porteurs asymptomatiques**. Les porteurs sains sont ceux qui n'ont ni symptôme ni contagiosité alors que dans le cas du gonocoque il peut ne pas y avoir de symptôme alors que la contagiosité sera bien là. Par exemple le portage au niveau buccal est asymptomatique et une personne porteuse du gonocoque au niveau buccal qui ferait une fellation pourra transmettre la bactérie et donner une infection génitale. Le réservoir est oro-pharyngé, vaginal et ano-rectal.

Chez les hommes qui ont des rapports avec les hommes et qui présentent des partenaires multiples, il est tout-à-fait de bon ton de proposer un dépistage par prélèvement pharyngé même si il ne présente aucun symptôme clinique.

Actuellement, on note une **résistance** du gonocoque à certains antibiotiques dont principalement les quinolones (Ciflox®), certaines pénicillines (Oroken®) et tétracyclines qui sont souvent prescrits en médecine de ville notamment en traitement « minute ».

Le diagnostic de la gonococcie se fait sur **culture avec antibiogramme et PCR** à partir d'un **prélèvement** (oro pharyngé chez le porteur asymptomatique, génital ou anal si le porteur présente des symptômes) afin de déterminer quel antibiotique donner.

Toute suspicion d'urétrite ou cervicite doit être complétée par un examen microbiologique avec antibiogramme recherchant la présence de N.

gonorrhoeae et C. trachomatis.

Recommandations HAS 2015

Tableau clinique chez l'homme

- Blennorragie (« *chaude pisse* »)
- Incubation : 2 à 7 jours
- C'est la cause d'**urétrite antérieure aiguë** la plus fréquente et la plus typique :
 - En général le patient consulte son médecin pour des **brûlures mictionnelles** ou de dysurie marquée
 - Le médecin va parfois être amené à prescrire un traitement minute pour une infection urinaire (comme pour les cystites simples chez les femmes) qui va calmer les symptômes.
 - Puis apparition d'un **écoulement urétral purulent**, classiquement jaune ou verdâtre, motivant une nouvelle consultation où cette fois on fera le bon diagnostic.
 - Le tableau peut évoluer vers une **méatite inflammatoire** ou une **balanite** avec parfois des **adénopathies inguinales**, le tout **sans fièvre**.
 - En l'absence de traitement on peut observer des complications locorégionales (**prostatite** et **épididymite**).
- Au **niveau anal** l'infection donnera une **ano-rectite souvent asymptomatique** mais sinon avec parfois un **prurit anal** ou une anite (inflammation de l'anus) avec un **écoulement purulent** voir des saignements et des douleurs périnéales dans les cas plus graves.
- L'**atteinte oro-pharyngée** sera quand à elle **asymptomatique** dans la majorité des cas mais avec une contagiosité possible lors des rapports oro-pharyngés puisque la bactérie sera bien présente.
- Les complications seront essentiellement loco-régionales chez l'homme.

Tableau clinique chez la femme

- L'infection sera **asymptomatique dans 70% des cas**, avec parfois une petite **cervicite** se traduisant par une pesanteur pelvienne ou dans une minorité de cas (mais qui seront majoritaires à consulter) des leucorrhées purulentes volontiers associées à une urétrite se traduisant par des brûlures mictionnelles et une dysurie.
- Au spéculum, le col sera le plus souvent normal, parfois il sera rouge et érosif avec émission de pus provenant de l'orifice cervical.
- Non traitée, l'infection peut engendrer des complications hautes (stérilité tubaire, infertilité, algies pelviennes inflammatoires et risque de GEU).

Complications

- Complications souvent locorégionales (prostatite et épididymite).
- Stérilité tubaire 20 à 80 %.
- Infertilité 15 à 20 %

- Algies pelviennes inflammatoires.
- Risque de GEU.
- Septicémie à gonocoques (lésions cutanées et articulaires) : y penser devant une ténosynovite fébrile du sujet jeune.
- Ophtalmie à gonocoques uni ou bilatérale adulte (manu-portée) et nouveau-nés (accouchement)

Traitement

- **Les fluoroquinolones ne doivent plus être utilisées** en première intention pour le traitement des urétrites et des cervicites à *Neisseria gonorrhoeae*.
- Le traitement anti-gonococcique recommandé en première intention est la **ceftriaxone 500 mg en une injection IM unique**. Le céfixime, 400 mg en une prise orale unique, doit être utilisé en dernier recours. Ce traitement peut être inactif en cas de souche de *Neisseria gonorrhoeae* ayant une sensibilité diminuée au céfixime (recommandations HAS 2015).
- En cas d'allergie aux bêta-lactamines (ou allergie croisée chez les allergiques à la pénicilline) : **Ciprofloxacine (Ciflox®) 500 mg en dose unique per os**, le plus souvent inefficace en pharyngé sauf si sensibilité confirmée à l'antibiogramme.
- Il faut **associer systématiquement un traitement pour le chlamydiae** (**azythromycine 4 cp de 250 mg en une prise** en traitement minute voir 2g en une prise unique d'après les recommandations américaines -pas encore recommandé en France-)
- Revoir le patient à **3 jours si les symptômes persistent**
- **Revoir le patient au bout de 7 jours systématiquement pour contrôle clinique +/- prélèvement** (pas obligatoire pour gonocoque, obligatoire pour chlamydiae)
- **Si persistance** rechercher : une autre IST, une recontamination, une résistance thérapeutique (antibiothérapie à réadapter + nouveaux prélèvements bactériologiques)
- **Traitement des partenaires** : Tous les partenaires ayant eu un contact sexuel pendant les 2 mois précédents mes les premiers symptômes doivent être dépistés, examinés et traités

Traitement des complications

- **Orchiépidydimite** (sujet moins de 35 ans) : Ceftriaxone 500 mg IM. L'alternative : Ofloxacine 200 mg 3 fois par jour pendant 10 jours.
- **Prostatite gonococcique** : Ceftriaxone 1gr /jour IM ou IV pendant 7 à 10 jours.
- **Gonococcie disséminée** : septicémie gonococcique subaiguë (hospitalier) Ceftriaxone 1 g/j IM ou IV toutes les 24 heures pendant 7 à 10 jours.
- **Endométrite, Salpingite** : Ceftriaxone 1gr IV 14 jours.
- **Conjonctivite de l'adulte** : Ceftriaxone 1gr IM.

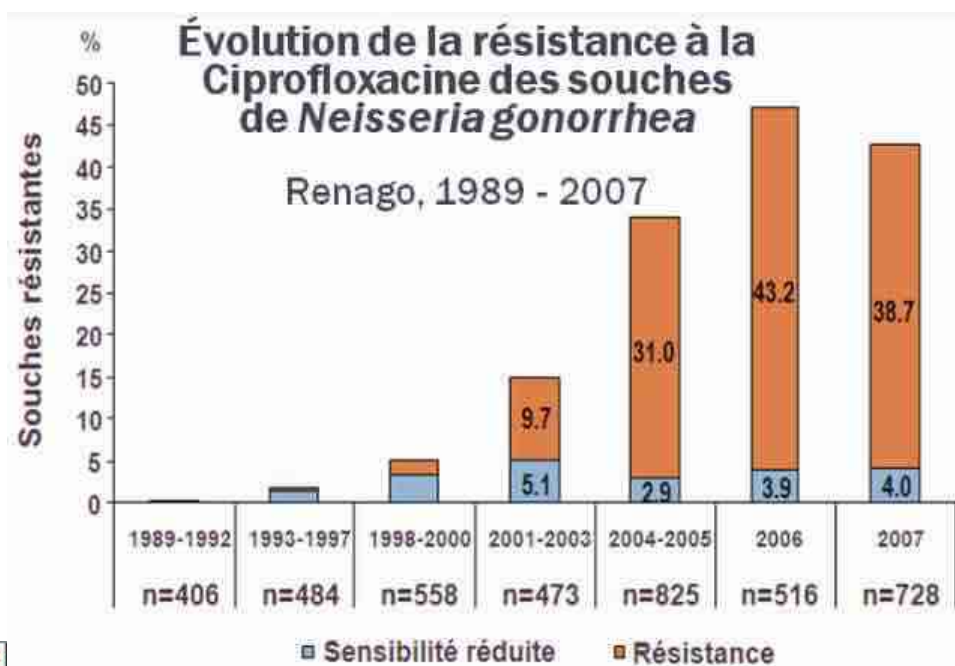
Cas particuliers

- Chez la femme enceinte les quinolones et les cyclines sont contre-indiquées

- Chez les patients atteints du VIH on traite exactement pareil
- Chez les enfants de moins de 45 kg la dose de ceftriaxone est de 50 mg/kg/j pendant 7 jours (si allergie : Spectinomycine (Trobicine®) 40 mg/kg par voie IM)
- Une IST chez un enfant doit faire penser à l'abus +/- signalement et il faut les traiter tout de suite.
- Si une PCR chlamydiae a été demandée et qu'elle revient négative on peut se passer de traiter le chlamydiae mais comme en général on oublie de le demander en même temps la règle est de d'associer le traitement du gonocoque par un traitement minute pour le chlamydiae (azythromicine 1g en une prise)

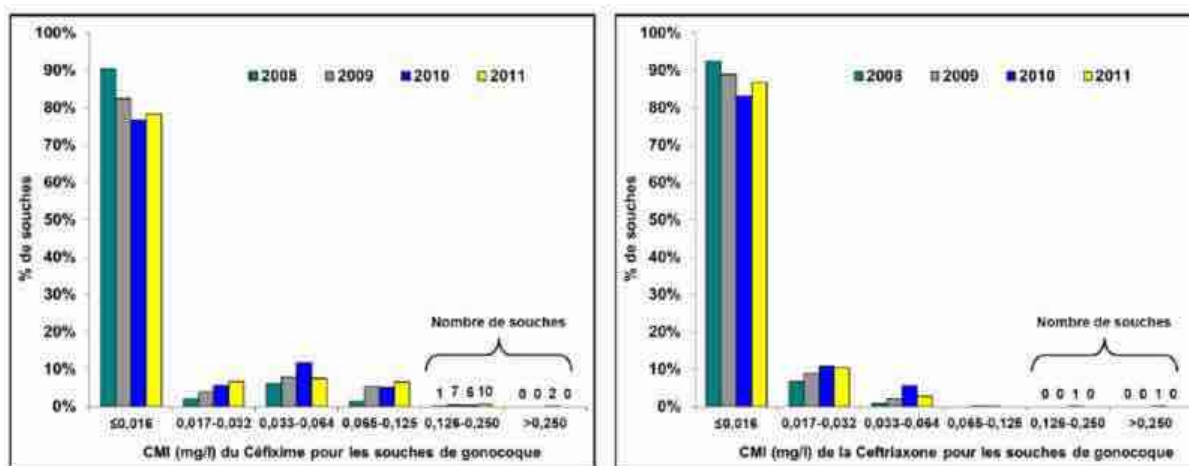
Gonocoque et résistance aux antibiotiques

- On a dépassé les 50% de résistance à la ciprofloxacine



Le taux de résistance à la ciprofloxacine a dépassé les 50%

- Des cas de résistance au Cefixime commencent à émerger avec un échec du traitement à la cefixime dans la localisation pharyngée dans 6,7% des cas ¹
- Des cas de résistance à la Ceftriaxone, en France et en Asie ².
- Intérêt de la culture (étude de la sensibilité) du fait de l'usage élevé de TAAN-PCR (en dépistage PCR Mutiplex).



Note : Des concentrations minimales inhibitrices (CMI) supérieures à 0,125 mg/l correspondent à des valeurs critiques des souches de gonocoque de sensibilité diminuée aux céphalosporines à large spectre (C3G). Le nombre de souches avec CMI>0,125mg/l est indiqué. La ceftriaxone injectable (500 mg en IM) est le traitement de première intention des gonococcies urogénitales non compliquées.

Évolution de la sensibilité des souches de gonocoque aux céphalosporines à large spectre (céfixime à gauche, ceftriaxone à droite). Réseau Rénago, France 2008-2011 (source : CNR des gonocoques)

Pour en savoir plus

- Recommandations HAS 2015 ³ (2 pages)

BIBLIOGRAPHIE

1. Allen VG, Neisseria gonorrhoeae Treatment Failure and Susceptibility to Cefixime in Toronto, Canada, *JAMA* 2013 ; 309 :163-170 ↵
2. Unemo et al, Antimicrob Agents Chemother, 2012 ; 56 : 1273-1280. ↵
3.

Fiche
Memo

HAS http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/2015_10_15_fm_uretritres_v4.pdf ↵