

Infections Sexuellement Transmissibles Ano-Rectales

Dr Agnès Senéjoux Hôpital Léopold Bellan Paris



Séminaire de DES AFS d'Hépatogastro-entérologie

13/01/06

L'étendue du problème...

- Pratiques sexuelles à risques fréquentes et variées (les classiques et les autres...) dans la communauté homosexuelle masculine
- Mais IST observées chez les 2 sexes

L'étendue du problème...

- Recrudescence des comportements sexuels à risque (à l'heure de la trithérapie)
 - Enquête baromètre gay 2002: au cours des 12 derniers mois
 - 53% des répondants ont plus de 10 partenaires
 - 33% au moins 1 pénétration anale non protégée
 - 10% VIH+, 25% statut VIH ignoré

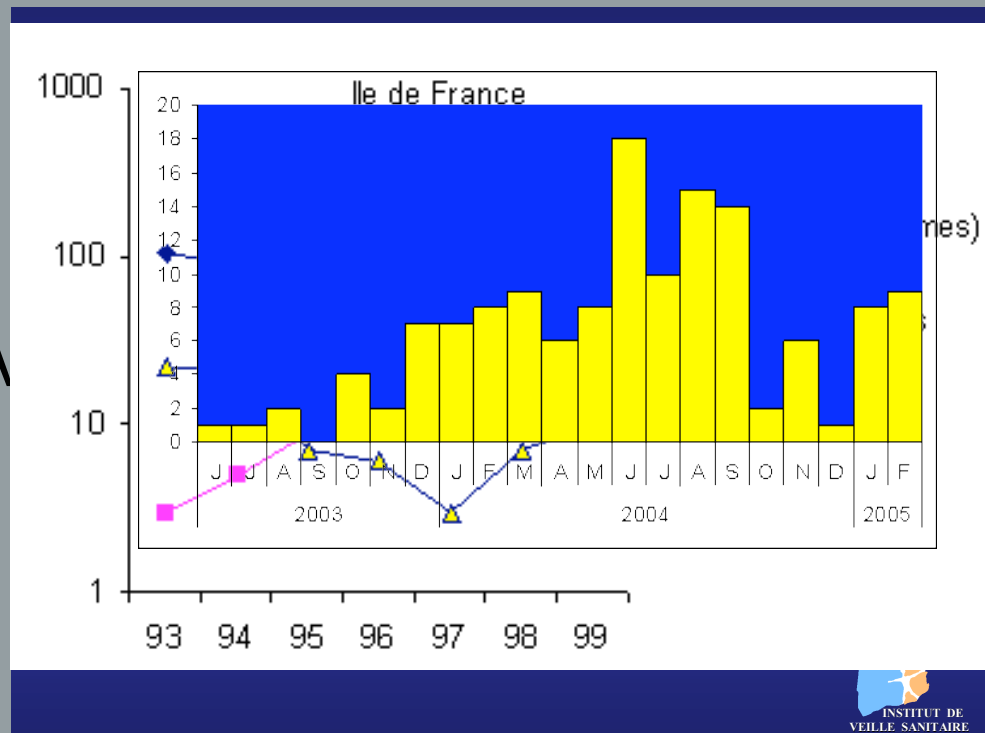


Recrudescence des IST

L'étendue du problème...

- Recrudescence des IST:

- Syphilis
- Gonococcie
- Épidémie de LGV



L'étendue du problème...

- Recrudescence des IST:
 - Fréquence des associations +++



Dépistage (sérologies VIH, syphilis, HBV)

Traitement des partenaires

Les infections virales (hors SIDA)

- Condylomes
- Herpès
- Molluscum contagiosum

Condylomes

- IST la plus fréquente
- Due au papillomavirus (HPV virus à ADN)
- 120 sérotypes différents
- Sérotypes oncogènes (11, 16, 18...)
- HPV incriminé dans la genèse du cancer épidermoïde de l'an


Condylomes

- Transmission:
 - contact vénérien direct le plus souvent
 - Il existe des contaminations non vénériennes (autocontamination à partir de verrues vulgaires, transmission mère enfant, objets ou linge souillé...)
- Incubation: très variable (3 sem à plus de 8 mois)
- Possibilité de réactivation infection ancienne (transplantés)

Condylomes: Épidémiologie

- Touche surtout les adultes jeunes: 1.5 à 2.5% des 20-25 ans en Europe
- Très répandu:
 - 50% de contamination dans les 2 premières années de vie sexuelle pour les femmes
 - 80% des femmes rencontreront ce virus au cours de leur vie sexuelle
 - Prévalence en hausse (X 7 en 15 ans aux USA)
- 23% des VIH + (toutes étiologies

Condylomes: Clinique

- Symptômes: discrets (prurit, rectorragies peu abondantes, tuméfaction) ou absents
- Lésion caractéristique =
 condylome acuminé
- Parfois formes planes

TOUJOURS RECHERCHER DES LESIONS
EN ANUSCOPIE







Image G Staumont Proktos .com







Condylome: formes cliniques

- Tumeur de Buschke Lowenstein
 - Forme géante
 - Associée à suppuration
 - Caractère invasif: prolongements vers fosse ischio-rectale, sphincters et canal anal
 - Dégénérescence possible





Condylome: formes cliniques

- Papulose Bowénoïde:
 - Néoplasie intra-épithéliale
 - Caractérise par papules rouges peu saillantes dans la région ano-périnéale
 - Régression spontanée possible



Condylomes: Traitement

- Généralités
 - Examen OGE, gyneco (FCV), bouche...
 - Partenaires

Condylomes: Traitement

- Traitements chimiques
 - Topiques: le seul utilisable -
 - Imiquimod:
 - Mécanisme d'action original: augmentation de la réponse immunitaire cellulaire locale
 - Application cutanée
 - 3 applications /semaine
 - Effets secondaires locaux fréquents +++ (rougeurs, irritations, érosions, desquamation...)



Condylomes: Traitement



- Traitement préventif:
 - Essais de vaccination contre sérotypes oncogènes bi ou quadrivalents (16, 18 ± 6 et 11)
 - AMM en attente
 - But:
 - Prévention cancer du col utérin et autres cancers liés à HPV
 - Prévention condylomes pour celui incluant les sérotypes 6 et 11 (90% des condylomes)
 - Inconnues multiples: cible, modalités précises de vaccination, efficacité à long terme



Condylomes: Traitement

- Traitement physiques:
 - Électrocoagulation au BE, exérèse chirurgicale
 - Laser CO2
- AL ou AG selon importance
- Chirurgie très douloureuse parfois (atteinte canalaire)
- Cicatrisation 4 semaines

Condylomes: Traitement

- Fréquence des récurrences +++ (30 à 70%) favorisées par immunodépression
- Surveillance régulière (6 mois à 1 an) afin de dépister et traiter les récurrences

Herpès: Épidémiologie

- Infection très répandue
- Incidence:
 - 500 000 à 1 000 000 de nvx cas/ an aux USA pour HSV 2
- HSV 1: 3 à 20% des séries
- Très fréquent chez l'homosexuel masculin (20 à 83% selon les séries)
- Non exceptionnel chez la femme, possibilité de contamination loco-régionale

Herpès: Clinique

- Incubation variable (1 à 26j)
- HSV 1&2: mêmes symptômes
- Persistance virus au niveau du ganglion sensitif
- Récurrences 8 à 10x plus fréquentes avec HSV2



Herpès: Clinique

- Primo-infection souvent méconnue, parfois bruyante, longue (15j)
 - Ulcérations anales (vésicules exceptionnelles) très douloureuses, fièvre, AEG, dysurie, constipation, GG inguinaux douloureux
 - Syndrome rectal, rectite ulcérée
- Récurrences (8 à 10x plus fréquentes avec HSV2) cf persistance virus dans gg sensitif
 - Moins intense et plus courtes
 - Rectite exceptionnelle





Herpès: Clinique

- Excrétion virale dans sécrétions génitales:
 - en moyenne 8 jours pour primo-infection (jusqu'à 20j)
 - 2 à 4 jours en cas de récurrence

Herpès: Diagnostic

- Diagnostic
 - Clinique
 - Examens complémentaires (formes atypiques)
 - Prélèvement précoce
 - En grattant le fond des ulcérations (ou ponction liquide vésiculaire)
 - Milieu de transport , acheminement rapide au labo
 - Détection Ag, culture (ECP), PCR
 - Sérologie IgM (primo-infection)

Herpès: Traitement

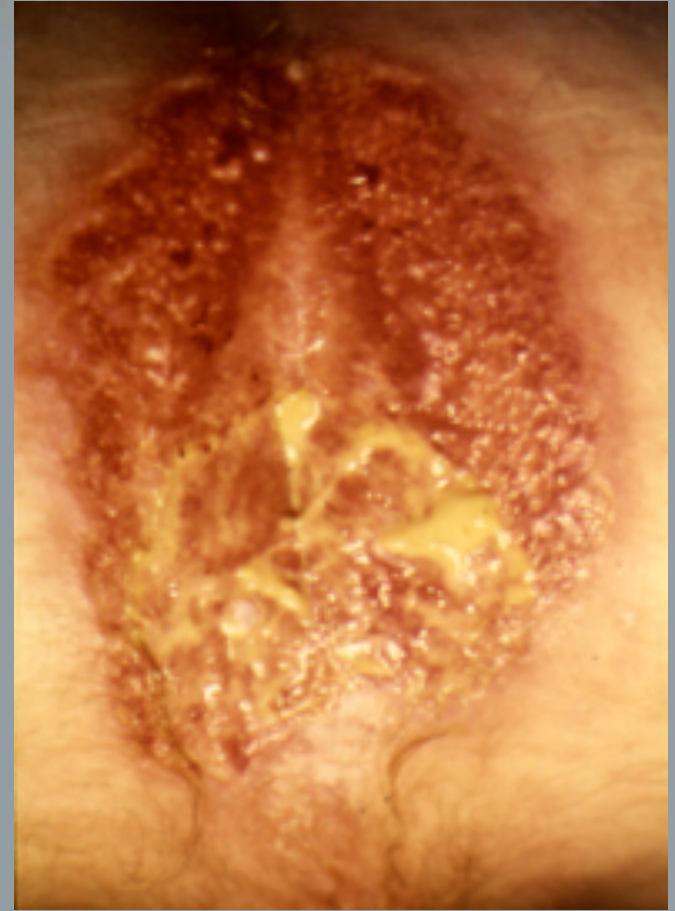
- Traitement (Cf RPC herpès ANAES)
 - Primo infection
 - Aciclovir (Zovirax ®) per os (IV si formé sévère) 1 à 4 g/j 10j
 - Valaciclovir (Zelitrex ®) per os 500mg x2/j 10 j
 - Ne prévient pas les récurrences
 - Récurrences
 - Inutilité traitement local
 - Aciclovir 1g/j 5 j
 - Valaciclovir 1g/j 5 J

Herpès: Traitement

- Traitement préventif des récurrences
 - Indiqué si ≥ 6 récurrences annuelles
 - Aciclovir 500 mg/j
 - Valaciclovir 500mg/j
 - Durée indéterminée

Herpès et VIH

- Cas particulier du malade VIH positif:
 - Lésions extensives +++



Molluscum Contagiosum

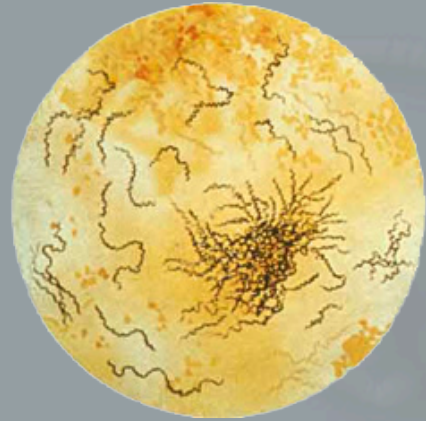
- Infection à Pox virus
- Clinique:
 - petites saillies arrondies de qqes mm parfois ombiliquées
 - Écoulement blanc grisâtre à la pression
- Traitement: curetage, électrocoagulation ou application d'azote liquide





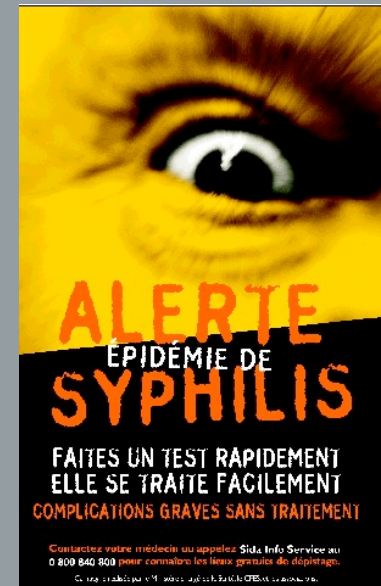
Les infections bactériennes

- La syphilis
- La gonococcie
- La lymphogranulomatose vénérienne



Syphilis

- Spirochètose (*Treponema pallidum*)
- Incubation moyenne 3 semaines (jusqu'à 3 mois)





Syphilis

- Données de l'InVS de 2000 à 2004:
 - Hommes : 96% Femmes : 4%
 - Homosexuels masculins : 84%
 - Age moyen : 36.5 ans
 - Fellation non protégée à l'origine de la contamination : 55%
 - Coinfection VIH: 61% en 2000, 41% en 2004

Syphilis

NoKpote = syphilis

80 % des cas de syphilis concernent les homosexuels.
La syphilis augmente les risques de contamination par le VIH.
Les conséquences de la syphilis sont aggravées chez les séropos.
La cause principale de l'épidémie est l'abandon de la capote.

NoKpote ? No Way !

www.actupparis.org

**ACTUP
PARIS**

- 3 Phases
 - Syphilis primaire: chancre= ulcération anale indurée rosée, peu douloureuse, en position atypique (≠ fissure), adénopathie inguinale unilatérale indolore
- Parfois atypique (médián, creusant, bourgeonnant, douloureux...)
- Lésion contagieuse +++







Syphilis

- 3 Phases
 - Phase secondaire:
 - Si non traité
 - À partir de la 7ème ou 8ème semaine
 - Syphilides secondaires blanc nacrés ou végétantes ou érosives
 - Persistance gg inguinal
 - Lésions contagieuses





Syphilis

- 3 Phases
 - Tertiaire exceptionnelle QS





Syphilis diagnostic

- Direct: ultra microscope à fond noir
- Indirect = tests sérologiques
 - TPHA et FTA abs (Ag tréponémiques) positifs 10 j après le chancre
 - FTA IgM positif dès l'apparition du chancre
 - VDRL (anticardiolipides, moins spécifique) positif 4 semaines après la contamination, 15 j après le chancre

Syphilis traitement (hors syphilis tertiaire)

- Syphilis récente (<1 an):
 - Benzathine-penicilline G 1 injection unique IM (2.4M unités)
 - Si allergie: Doxycycline (100 mg x2 /14j) ou tetracycline (500 mg x4 /14j)

Syphilis traitement

- Syphilis ancienne (>1 an):
 - Benzathine pénicilline: 2.4M x 3 (1/sem)
- Infection VIH associée: traitement parfois plus long
- Surveillance sérologique M3, M6, M12

Gonococcie

- Due à *Neisseria gonorrhoeae* (diplocoque gram -)
- Uretrites, cervicites, infections anorectales
- Incidence en hausse

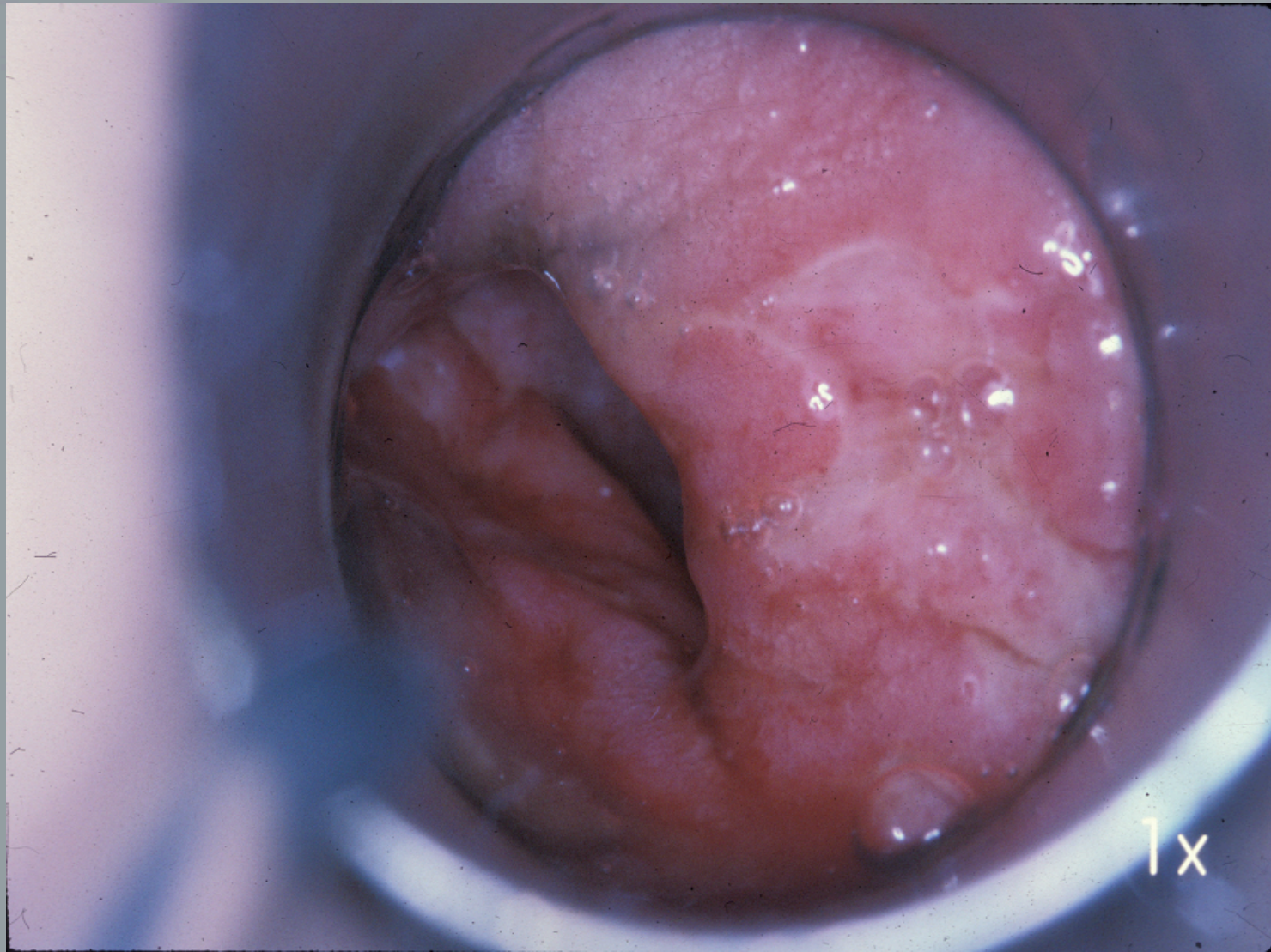


Gonococcie anorectale

- Clinique:
 - Fréquemment asymptomatique+++
 - Forme aiguë: syndrome rectal avec émissions de pus et de sang
 - Forme subaiguë avec rares filaments de sang ou de pus sur le selles isolées

Gonococcie ano-rectale

- Examen clinique:
 - Rectoscopie: présence de pus rectal en muqueuse saine ou presque (traînées purulentes barrant la lumière)
 - Pus au niveau des cryptes



Gonococcie traitement

- Augmentation des résistances aux antibiotiques +++ (peni, quinolones..)
- Traitement probabiliste dès le prélèvement
- Traitement vis à vis chlamydiae systématiquement associé (co-infection 20 à 30% des cas)
- Adapté secondairement à l'antibiogramme si nécessaire

Gonococcie traitement

- **Recommandations de l'AFSSAPS 2005**
 - Ceftriaxone 250 mg IM (dose unique) OU
 - Cefixime 400 mg per os (dose unique) en 2ème intension
- **Associé à traitement anti Chlamydiae systématique**
 - Azithromycine : 1 g en monodose OU
 - Doxycycline : 200 mg/jour en deux prises par voie orale pendant 7 jours

Gonococcie traitement

- En cas de contre-indications aux bêta-lactamines :
 - Spectinomycine : 2 g en une seule injection intra-musculaire.
 - Ciprofloxacin (Sous contrôle bactériologique) : 500 mg per os (dose unique)
- + traitement anti Chlamydiae

Chlamydioses

- Rectites non spécifiques modérées (sérotypes D à K)
- Lymphogranulomatose vénérienne (sérotypes L1, L2, L3)

Lymphogranulomatose vénérienne

- Maladie tropicale décrite en 1913...
- 16 Juin 2004 l'InVS lance une alerte : épidémie de LGV dans la communauté homosexuelle masculine initialement à Paris et à Bordeaux

Lymphogranulomatose vénérienne

- Mode de contamination
 - Vénérien certes
 - Pratique du « fist fucking »
 - Délai d'incubation variant de 2 à 60 jours (moyenne de 20-25 jours)

Lymphogranulomatose vénérienne

- Clinique: 3 phases
- *Phase primaire* : il apparaît une papule ou une vésicule au niveau génital ou anal qui secondairement s'ulcère.
- Lésion indolore, transitoire et souvent profonde (col de l'utérus, urètre, rectum), elle passe donc fréquemment inaperçue

Lymphogranulomatose vénérienne

- Clinique: 3 phases
- *Phase secondaire* : 1 à 2 semaines plus tard apparaissent soit
 - une adénopathie inflammatoire inguinale évoluant vers la fistulisation
 - soit une anorectite aiguë (syndrome rectal)

Lymphogranulomatose vénérienne

- Clinique: 3 phases
- *Phase secondaire : Examen clinique*
- L'examen proctologique peut retrouver des lésions anales faites de condylomes suintants et d'ulcérations
- Rectite avec présence de pus et d'ulcérations d'où peuvent partir des trajets suppurants. L'aspect rectoscopique de rectite ulcérée peut orienter à tort vers le diagnostic de maladie de Crohn ou d'herpès

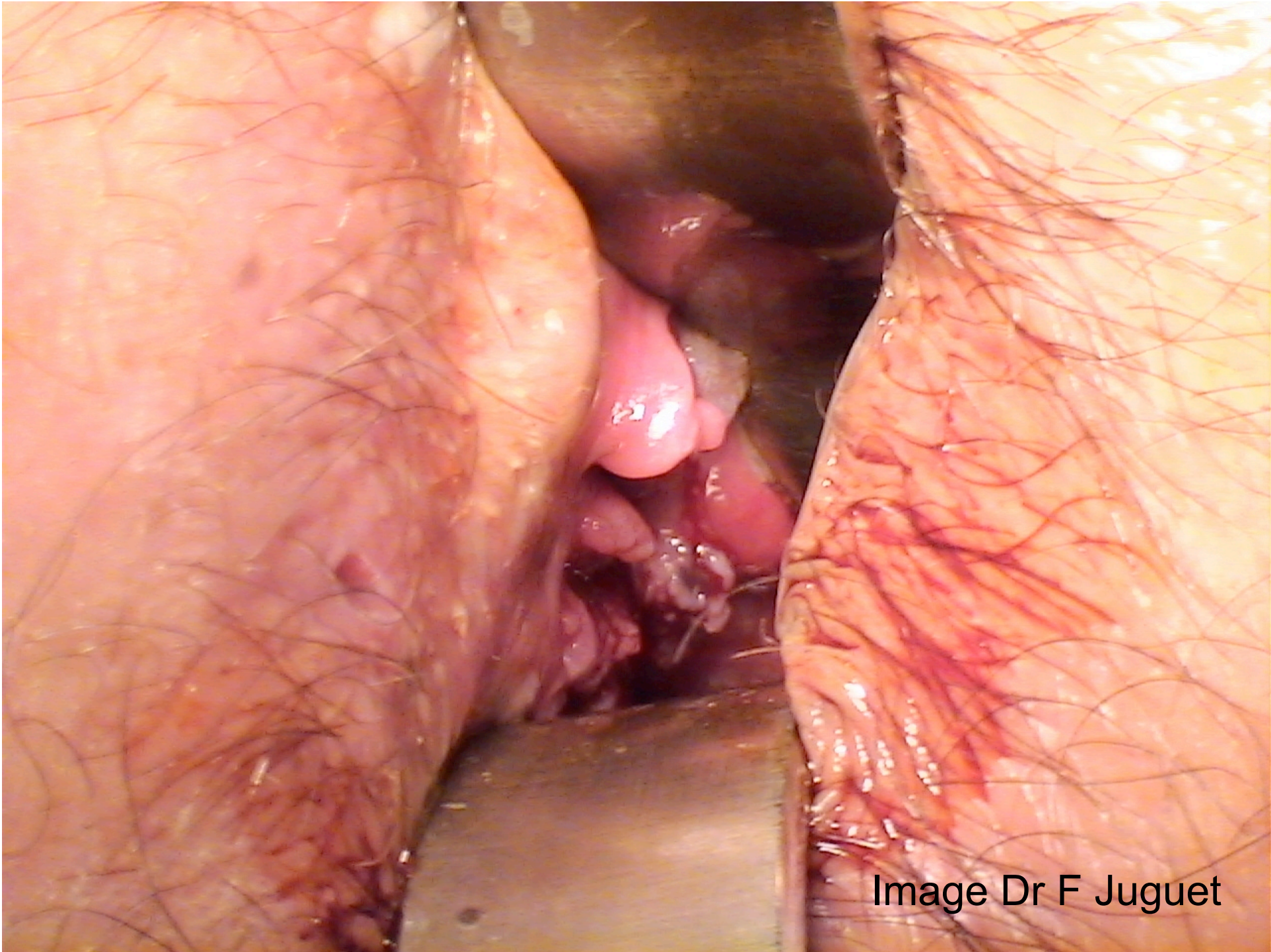


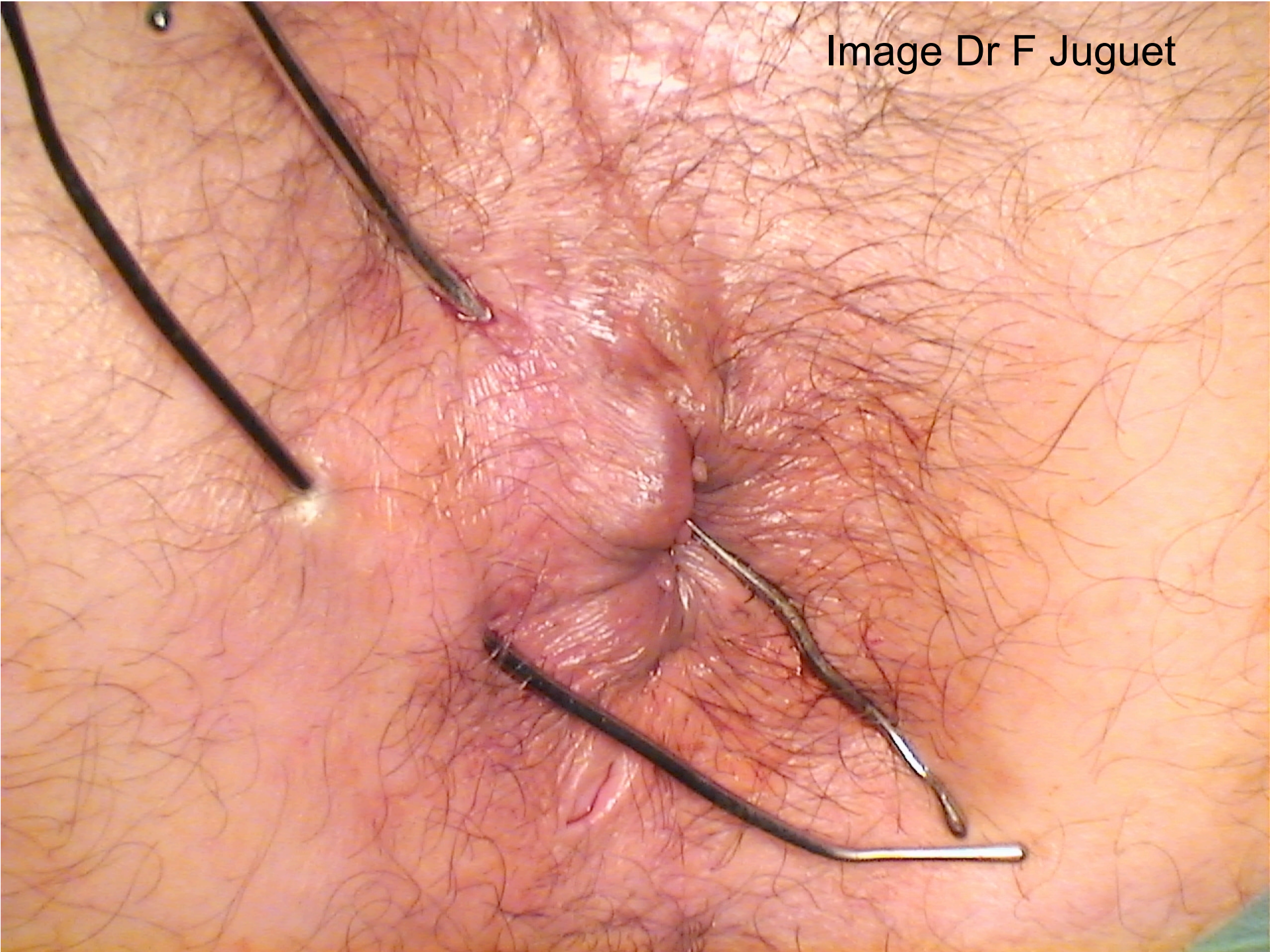
Image Dr F Juguet



Lymphogranulomatose vénérienne

- Clinique: 3 phases
- *Phase tertiaire* : en l'absence de traitement, l'infection peut devenir chronique avec apparition d'un rétrécissement du rectum et de fistules périnéales (syndrome de Jersild)

Image Dr F Juguet



Lymphogranulomatose vénérienne

- Diagnostic
 - Prélèvement de pus rectal par écouvillonnage et bactopick
 - Milieu de transport adapté, 4°C
 - Recherche du CT par PCR, typage
 - Sérologie inutile

Lymphogranulomatose vénérienne

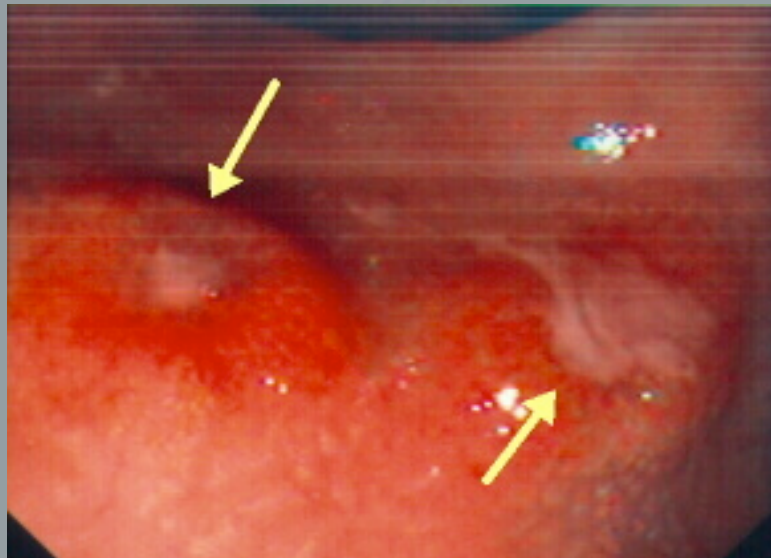
- Traitement
 - Doxycycline 200mg/j 3 semaines
 - Érythromycine 2g/j 3 semaines

Les infections parasitaires

- Amibiase
- *Lamblia*
- *Gale*
- *Morpions*

Amibiase

- Fréquente chez les homosexuels
- 20 à 30% des homosexuels et bisexuels porteurs d' *Entamoeba histolytica*
- Contamination par rapports oro-anaux
- Clinique:
 - Parfois asymptomatique
 - Syndrome rectal
 - Rectoscopie: muqueuse parfois nle, sinon œdémateuse, érythémateuse, friable, recouverte d'un enduit fibrineux avec ulcérations en coup



Traitement: metronidazole ou dérivés 14j

Conclusions

- fréquence des condylomes+++ (VIH)
- Y penser devant rectite purulente (homosexuel) +++