

Surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes

Données au 31 décembre 2011, Aquitaine, France

V. Servas¹, A. Bouyssou², B. de Barbeyrac³, I. Le Hen⁴, G. La Ruche²

1/ Institut de veille sanitaire (InVS), Département de coordination des alertes et des régions (Dcar), Cire Aquitaine, Bordeaux – 2/ InVS, Département des maladies infectieuses (DMI), Unité VIH-IST-Hépatites B et C, Saint-Maurice
3/ Centre national de référence (CNR) *Chlamydiae*-USC Infections humaines à *mycoplasmes* et à *Chlamydiae*, Bordeaux – 4/ Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist), Maison départementale de la santé, Conseil général de la Gironde, Bordeaux

Introduction

En France, les maladies vénériennes classiques (syphilis, gonococcie, maladie de Nicolas-Favre, chancre mou) étaient à déclaration obligatoire jusqu'en 2000. À la fin des années 1990, la syphilis et la gonococcie avaient quasiment disparu dans les pays développés. En 2000, une épidémie de syphilis a touché la communauté homosexuelle des grandes villes des pays occidentaux. La recrudescence de la gonococcie a suivi en 2006.

La surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes en France, renforcée depuis les années 2000, est coordonnée par l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Elle a pour objectifs de suivre l'évolution des IST et de décrire les caractéristiques cliniques et comportementales des cas afin d'adapter les messages de prévention et la prise en charge.

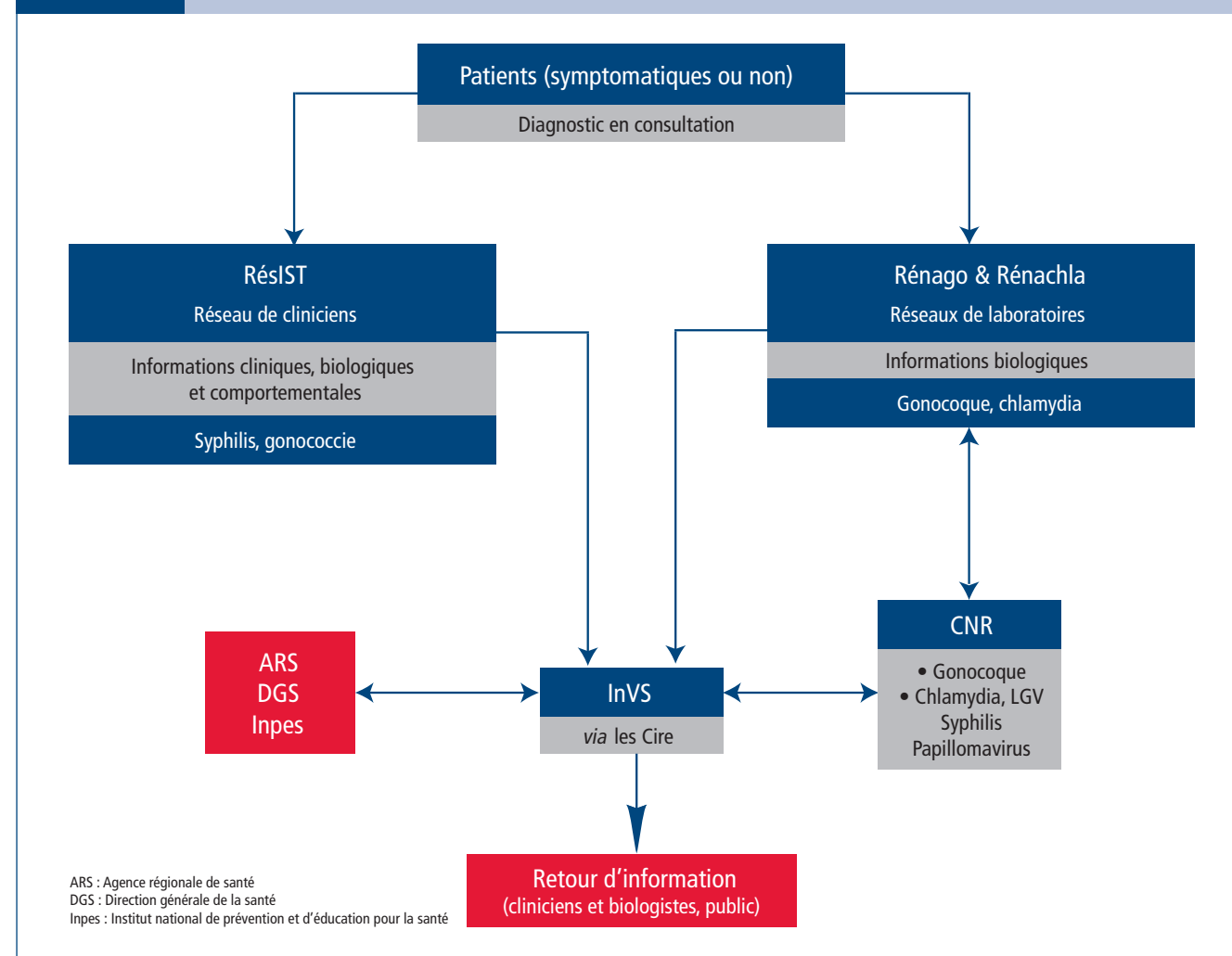
Méthodes

ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE

La surveillance des IST en France repose sur :

- le réseau de cliniciens volontaires, RésIST (Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist), Centre de dépistage anonymes et gratuits (CDAG), consultations hospitalières, cabinets de médecine libérale) : surveillance des syphilis récentes (moins d'un an) et des gonococcies. Depuis 2009, la coordination du réseau en Aquitaine est assurée par la Cellule de l'InVS en région (Cire) ;
- deux réseaux de laboratoires, Rénachla et Rénago : surveillance respectivement des infections uro-génitales à *Chlamydia* et des gonococcies, en lien avec le Centre national de référence (CNR) des gonocoques ;
- le CNR des *Chlamydiae* : surveillance de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale.

FIGURE 1 ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE DES IST EN FRANCE



DÉFINITION DES CAS

Réseau RésIST

- **Syphilis primaire** : chancre et VDRL et/ou TPHA (ou FTA) positif
- **Syphilis secondaire** : lésions cutané-muqueuses, adénopathies +/- chancre et les deux tests TPHA (ou FTA) et VDRL positifs
- **Syphilis latente précoce (<12 mois)** :

Absence de signe clinique ET Contage <12 mois OU Antécédents syphilis clinique primaire ou secondaire <12 mois OU Partenaire syphilis + <12 mois	ET	Soit TPHA (ou FTA) et VDRL positifs Soit séroconversion VDRL documentée <12 mois Soit augmentation du titrage VDRL ≥4 par rapport au précédent dans l'année
--	----	---

- **Gonococcie** : mise en évidence de *Neisseria gonorrhoeae* en culture ou par PCR

Réseau Rénago

- Mise en évidence de *Neisseria gonorrhoeae* en culture ou par PCR

Réseaux Rénachla et LGV

- Identification de *Chlamydia trachomatis* par PCR et, pour la LGV, génotypes de type L

Résultats

Le nombre de cas de syphilis récentes est en augmentation ces trois dernières années en Aquitaine, y compris dans les sites à participation constante (figure 2). Cette augmentation est constatée dans le reste de la métropole chez les homo-bisexuels masculins (plus de 80 % des cas) consultant dans les Ciddist et CDAG.

L'augmentation des gonococcies constatée en Aquitaine (figure 2) et dans le reste de la métropole, chez l'homme comme chez la femme, est en partie expliquée par la montée en charge progressive de la PCR depuis 2009. Cependant, la culture avant antibiothérapie reste indispensable pour tester la sensibilité des souches aux antibiotiques, car si la baisse de la sensibilité des souches de gonocoques aux céphalosporines de 3^e génération est modérée (Rénago), elle nécessite de rester vigilant.

Le nombre d'infections urogénitales à *Chlamydia* continue d'augmenter depuis 2006 chez l'homme et chez la femme, en Aquitaine et dans le reste de la métropole. Cette augmentation, plus marquée chez les sujets asymptomatiques, reflète surtout l'augmentation des pratiques de dépistage.

Le nombre de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectales surveillées par le CNR est stable depuis 2008 concernant quasi-exclusivement des hommes homo-bisexuels.

Une co-infection avec VIH est fréquemment retrouvée avec la syphilis et la LGV.

L'utilisation systématique du préservatif reste insuffisante, notamment pour les fellations (tableau 1).

Résultats complets à retrouver dans le Bulletin des réseaux de surveillance des IST disponible sur <http://www.invs.sante.fr>, rubrique « maladies infectieuses » puis « VIH-sida/IST »

FIGURE 2 ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS DE SYPHILIS RÉCENTE ET DE GONOCOCCIE, ET DE SITES PARTICIPANTS, RÉSEAU RésIST, AQUITAINE, 2000-2011

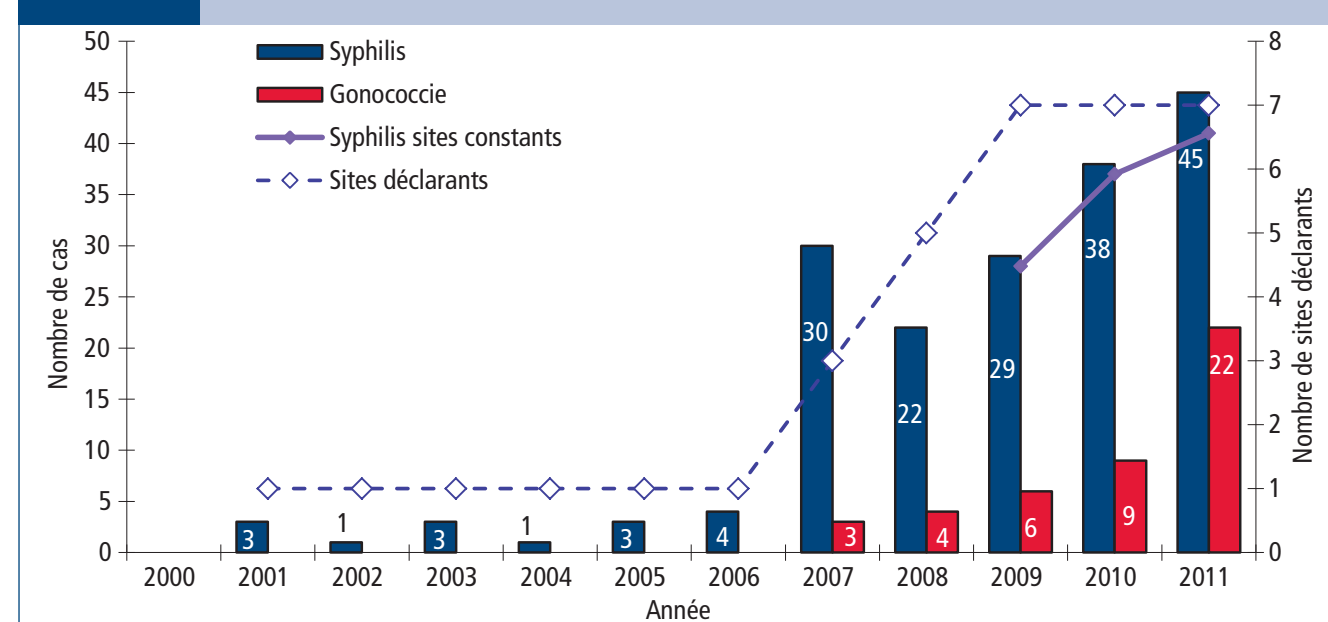


TABLEAU 1 CARACTÉRISTIQUES DES CAS PAR PATHOLOGIE, RÉSEAU RésIST, AQUITAINE, 2011

	Syphilis précoce (N=45)	Gonococcie (N=22)
Âge médian [min-max]	43 ans [18-69]	27 ans [17-59]
Orientation sexuelle		
Hommes homo-bisexuels	36	12
Hommes hétérosexuels	5	6
Femmes hétérosexuelles	3	4
Statut sérologique VIH		
Négatif	28	19
Positif [dont découverte de séropositivité]	14 [1]	0
Inconnu	3	3
Pays de naissance		
France	43	16
Autre	2	3
Stade de la syphilis		
Primaire	7	-
Secondaire	20	-
Latente précoce (sans signe clinique)	18	-
Utilisation systématique du préservatif (12 derniers mois)		
Pénétration anale (entre hommes)	11 (31)*	2 (5)*
Pénétration vaginale (hommes)	3 (14)*	1 (8)*
Pénétration vaginale (femmes)	0 (2)*	0 (2)*
Fellation	1 (32)*	0 (7)*
Nombre de partenaires (12 derniers mois)		
Médiane [min-max]	5 [1-120] (31)*	3 [1-10] (18)*

* : Nombre de patients pour lesquels l'information est disponible.

Conclusion

Dans un contexte de progression des IST depuis 2000 en France, la surveillance reste nécessaire pour décrire l'épidémiologie de ces pathologies et adapter les actions de prévention et la prise en charge.

Au niveau régional, si les limites de représentativité des données rendent difficiles l'interprétation des tendances, la régionalisation du réseau RésIST en Aquitaine participe à la dynamique de signalement et au renforcement des partenariats.

La sensibilisation des personnels de santé au dépistage et à la prise en charge de ces infections ainsi que les campagnes de prévention des risques à destination des populations homosexuelles et hétérosexuelles doivent être poursuivies.

Remerciements

À tous les cliniciens et leurs équipes des Ciddist, des CDAG et des services de consultations hospitalières et aux médecins exerçant en cabinet de ville pour leur participation à RésIST ; à tous les biologistes et leurs équipes pour leur participation à Rénago, Rénachla et à la surveillance des LGV.

