

Réponses aux questions fréquentes – 1^{re} partie

Maladies sexuellement transmissibles: épidémiologie et prise en charge

Isabella C. Schoepf^{*.a.n.p.}, Milena Hunziker^{*.a.}, Jonathan Surber^{*.a.}, Barbara Bertisch^{b.}, Benjamin Hampel^{c.e.}, Anne Meynard^{d.}, Maja Brenner Cortazar^{f.}, Regina Kulier^{g.}, Rolf Egli^{h.}, Tanja Grandinetti^{i.}, Gisela Etter^{j.}, Léna G. Dietrich^{k.o.}, David Haerry^{l.}, Svend Capol^{m.}, Karoline Aebi Popp^{n.}, Simon Müller^{f.}, Axel J. Schmidt^{q.}, Philip Tarr^{a.}

^a Medizinische Universitätsklinik, Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; ^b checkin Zollihus, Zürich; ^c Department of Public and Global Health, Epidemiology, Biostatistics and Prevention Institute, University of Zurich, Zurich, Switzerland; ^d Médecine Générale FMH, Centre Médical de Lancy GE et IUMFE, Faculté de médecine, Université de Genève; ^e Checkpoint Zurich, Zurich, Switzerland; ^f Dermatologie, Universitätsspital Basel; ^g PROFA, Consultation de santé sexuelle - planning familial, Lausanne; ^h Allg. Innere Medizin FMH, Allschwil BL; ⁱ Notfallzentrum, Universitätsspital Basel; ^j Allg. Innere Medizin FMH, FA Homéopathie (SVHA), Richterswil ZH; ^k Regionalspital Rheinfelden, Chirurgische Klinik, Gesundheitszentrum Fricktal AG; ^l Positivrat Schweiz, Bern; ^m Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, Geschäftsleitung Sanacare, Sanacare Gruppenpraxis Luzern; ⁿ Universitätsklinik für Infektiologie, Inselspital Bern, Universität Bern; ^o Handchirurgie, Inselspital Bern, Universität Bern; ^p Hepatology, Department for Visceral Surgery and Medicine, Bern University Hospital, University of Bern, Bern, Switzerland; ^q Sigma Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine;

* Les auteurs ont contribué à parts égales au manuscrit.

En Suisse, nous observons une tendance nettement à la hausse du nombre des maladies sexuellement transmissibles (MST) déclarées. Ceci s'explique principalement par un dépistage accru, par exemple le dépistage de routine non recommandé de l'infection à chlamydia chez les femmes sexuellement actives, les campagnes de dépistage régulières pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et la forte baisse des coûts des tests de dépistage des MST. Grâce aux consultations de qualité sur la sexualité, à la vaccination contre le HPV, à la «pilule du lendemain» et à la prophylaxie pré-exposition au VIH, nous améliorons la santé des personnes concernées.

Introduction

Les personnes vivant en Suisse ont, au cours de leur vie, en moyenne sept partenaires sexuels et 27% ont déjà «trompé» leur partenaire, la moitié d'entre elles sans utiliser de préservatif. C'est ce qui ressort d'une enquête concernant la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) réalisée en 2016 et mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) [1]. L'objectif de cet article est de répondre de manière pratique aux questions principales relatives aux MST. Dans l'illustration 1, nous résumons les points les plus importants de la procédure à suivre en cas de suspicion de MST et le tableau 1 présente le diagnostic et le traitement des MST principales.

Épidémiologie

Comment les MST se transmettent-elles?

Les MST ne se transmettent pas par contacts sociaux quotidiens comme boire du même verre, à la piscine

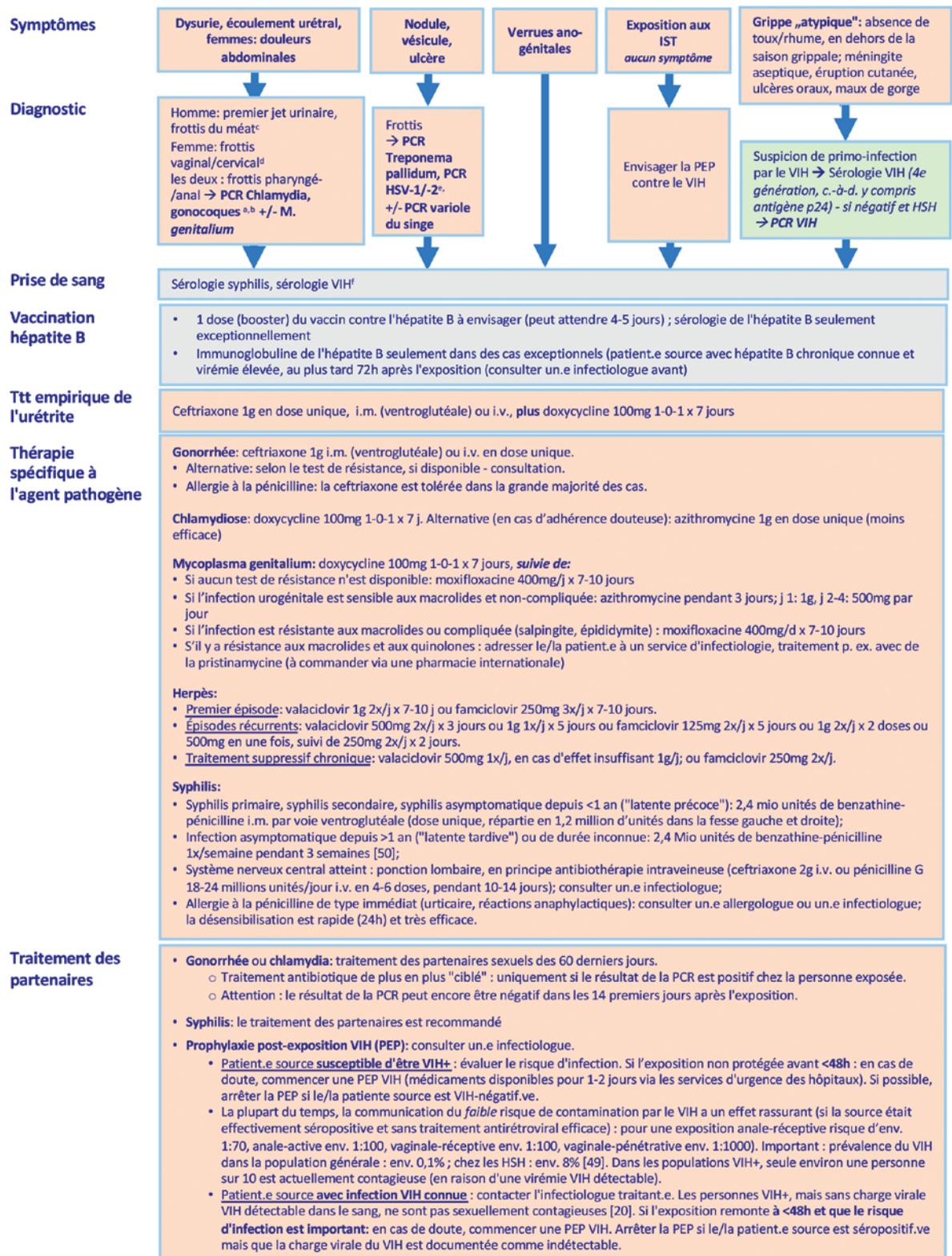
ou par la lunette des toilettes – il faut des rapports sexuels. Il s'agit principalement de rapports anaux et génitaux, mais aussi de pratiques perçues comme

Série Infectiologie

Dans la pratique, les infections et les défenses immunitaires sont des thèmes centraux. Ils offrent d'excellentes opportunités de collaboration interdisciplinaire, de vérification de concepts courants et d'intégration de méthodes des médecines complémentaires. Philip Tarr est interniste et infectiologue à l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne, et il mène un programme national de recherche PNR



74 sur le scepticisme vis-à-vis des vaccins. Il attache beaucoup d'importance à une médecine centrée sur les patients ainsi qu'à des articles pertinents pour la pratique, que nous allons publier régulièrement dans cette série du *Primary and Hospital Care*.



^a Pour augmenter la sensibilité du test, la dernière miction doit remonter à >1h [51].

^b Ne rechercher les germes supplémentaires qu'après consultation (coûteux): Trichomonas vaginalis, Herpes simplex virus.

^c Les frottis urétraux sont douloureux et ne sont généralement pas nécessaires pour les tests PCR.

^d Les prélèvements d'urine (pour la recherche de chlamydia et de gonocoques) sont plutôt déconseillés chez la femme; les frottis vaginaux sont préférés (ils sont environ 10 points de pourcentage plus sensibles) [52].

^e L'herpès peut être documenté par PCR à partir du contenu des vésicules - si le diagnostic n'est pas de toute façon clair cliniquement; ne faire les sérologies qu'avec une extrême réserve, car elles sont souvent faussement positives ou restent positives après la primo-infection: la valeur diagnostique de la sérologie positive est discutable [53-55].

^f La "fenêtre sérologique" est désormais de 6 semaines (auparavant: 12 semaines). Cela signifie que 6 semaines après l'exposition au risque, la "levée d'alerte" peut être définitivement donnée si le/la patient.e est séronégatif.ve pour le VIH. Attention à la sérologie VIH faussement négative en cas de primo-infection au VIH: faire une PCR VIH dans le sang pour ne pas la rater.

^g Afin d'éviter tout malentendu, nous recommandons de limiter l'expression "prophylaxie post-exposition" (PEP) au VIH.

Figure 1: Les points les plus importants de la procédure à suivre en cas de suspicion de MST.

Tableau 1: Caractéristiques des MST principales [65, 66, 75].

	Chlamydia [65,66]	Gonorrhée [70]	Herpès génital [72]	Syphilis [21]
Agent pathogène	Chlamydia trachomatis	Neisseria gonorrhoeae	HSV-1, HSV-2	Treponema pallidum
Démographie	Femmes >> Hommes [73] généralement en âge de procréer	Hommes >> Femmes [74]	Femmes > Hommes	Hommes >> Femmes, surtout HSH
Période d'incubation (temps entre la contamination sexuelle et les lésions cliniques)	7–21 jours, parfois plus	1–7 jours, occasionnellement jusqu'à 14 jours	4–7 jours	10–90 jours (en moyenne 3 semaines) jusqu'à la syphilis primaire
Symptômes	<p>♀ 20% symptomatiques: écoulement vaginal, douleurs vagues dans le bas-ventre, saignements après les rapports sexuels, saignements entre les menstruations, dysurie, <i>maladie inflammatoire pelvienne</i></p> <p>♂ 50% symptomatiques: dysurie, écoulement de l'urètre, douleurs testiculaires</p> <p><i>important: anus** et pharynx: >90% asymptomatique!</i></p>	<p>♀ 50% symptomatiques: pertes vaginales, démangeaisons, douleurs en urinant, douleurs vagues dans le bas-ventre, <i>maladie inflammatoire pelvienne</i></p> <p>♂ Urétrite 90% symptomatiques: écoulement purulent, épидидymite, proctite**, pharyngite**</p> <p><i>important: anus** et pharynx: >90% asymptomatique!</i></p>	<p>Avant l'apparition des lésions: souvent brûlures, picotements, douleurs et/ou démangeaisons</p> <p>Généralement plusieurs vésicules sur fond rouge</p> <p>Les vésicules peuvent éclater, se transformer en ulcères, former des croûtes</p> <p>NB: si la distinction avec la syphilis n'est pas claire → tester les deux</p>	<p>La situation la plus fréquente est une sérologie positive asymptomatique</p> <p>Syphilis primaire: nodule local, ulcère, généralement indolore, souvent inaperçu; 1–3% ont en même temps une neurosyphilis précoce.</p> <p>Syphilis secondaire: exanthème (maculaire, papuleux, éventuellement folliculaire/pustuleux; dans 70% des cas en comprenant la paume des mains ou des pieds; presque jamais vésiculeux; peut s'écailler), baisse de l'état général, fièvre, gonflement des ganglions lymphatiques; 1–3% ont simultanément une neurosyphilis précoce</p> <p>Syphilis tertiaire: atteinte du système nerveux, neurosyphilis (ataxie, démence), uvéite, anévrisme aortique</p>
Commentaires	Proctite ou lymphadénopathie inguinale marquée → Rechercher un lymphogranulome vénérien (LGV) (commander des sérovars L1-L3 de C. trachomatis au laboratoire)	Faire une PCR de contrôle/culture au plus tôt 2 semaines après le traitement	Conseils: voir la check-list dans notre article PHC Surber et al, de mars 2020 [72]	La syphilis primaire et secondaire guérissent après 1–3 mois, même sans antibiotiques

** 3% des hommes et 10% des femmes ont des relations sexuelles anales, selon des enquêtes [76], mais ne le déclareront pas forcément en consultation.

moins risquées comme le sexe oral, qui ne joue aucun rôle dans la transmission du VIH, mais dans la transmission de presque toutes les autres MST [2–4]. C'est important car le sexe oral est souvent considéré comme sans risque et il y a aujourd'hui clairement plus de sexe oral pratiqué qu'il y a 30 ans [3]. Le sexe oral n'est presque jamais pratiqué de manière protégée (d'où l'importance de l'anamnèse). Certains experts considèrent également les baisers intenses comme un facteur de risque potentiel des MST, p.ex. pour la gonorrhée [5]. D'autres pratiques infectieuses sont entre autres le contact oro-anal (appelé *rimming*), l'échange de sex toys lors de rapports sexuels en groupe et l'introduction de tiges métalliques dans l'urètre (appelée *sounding*) lors de pratiques en groupe. Une anamnèse précise et sans jugement est essentielle dans le domaine des MST.

Les MST se voient-elles sur le/la partenaire sexuel.le?

La plupart du temps, non. La plupart des transmissions de MST se font par des personnes asymptomatiques.

Les verrues anogénitales sont souvent bien visibles, la syphilis, la variole du singe et l'herpès génital peuvent également se présenter avec des lésions visibles. En cas de gonorrhée masculine, il peut y avoir un écoulement urétral purulent, tandis que le lymphogranulome vénérien (LGV), rare et aujourd'hui bien plus souvent anal, s'accompagne parfois d'une lymphadénopathie inguinale («bubons»).

Dans quelle mesure les préservatifs protègent-ils contre les MST?

Ceci peut varier. Les préservatifs sont, en principe, un moyen de protection simple et peu coûteux contre les MST. Certaines limites des préservatifs sont:

1. Les rapports sexuels avec préservatif sont souvent perçus comme moins agréables [6, 7].
2. Si l'on mise trop sur la prévention grâce aux préservatifs, on perd les personnes qui ne sont pas prêtes à l'utiliser [18].
3. Même s'ils sont utilisés correctement, les préservatifs n'offrent pas 100% de protection et ne protègent pas contre toutes les MST de la même manière [8].

Encadré 1: Chemsex et infections sexuellement transmissibles

Sous le nom de «chemsex», on parle, ces dernières années, de plus en plus d'une certaine forme de sexualité dans la sous-culture d'HSH, qui combine certaines drogues et le sexe. Ces drogues sont essentiellement des stimulants, c'est-à-dire des substances qui aident à vivre les relations sexuelles avec plusieurs personnes plus longtemps (des heures, voire même des jours; par ex. la méthamphétamine [«Crystal Meth», «Tina»], la cocaïne, la méphédronne) ou plus intensément (le GHB/GBL, la kétamine) [26]. Pour certains auteurs, le sexe en groupe et le sexe entre hommes sont des conditions nécessaires au chemsex. Il y a un large consensus sur le fait que le chemsex est un sous-ensemble plutôt petit dans l'usage sexualisé des drogues.

Chez les jeunes (et en particulier chez les femmes), le risque de MST en cas de partenaires multiples est associé à la consommation d'alcool. Les rapports sexuels sous l'influence de l'alcool ou du cannabis, mais aussi les rapports sexuels après une fête sous l'influence résiduelle d'ecstasy ou d'amphétamines sont fréquents, surtout chez les jeunes, mais ne sont pas du chemsex. Le chemsex concerne un peu moins de 10% des HSH suisses [27]. Les hommes qui pratiquent le chemsex ont plus souvent des MST que les autres personnes [28]. Les hommes qui pratiquent le chemsex devraient être dépistés 4 fois par an pour les MST tout comme les utilisateurs et utilisatrices de la PrEP [28].

Ainsi, les préservatifs protègent probablement mieux contre les MST transmises dans les écoulements (gonocoques, chlamydia) mais moins bien lorsque le contact direct de peau à peau est important pour la contagion et que les sites contagieux se trouvent en dehors du préservatif, comme l'herpès, le HPV (verruques anogénitales), la variole du singe ou la syphilis. L'effet protecteur du préservatif est estimé à bien plus de 80% contre une contamination par le VIH [9], à environ 60–70% contre le HPV [10], à environ 60% contre la gonorrhée et la chlamydia [11–13] et à environ 30% contre l'herpès [14, 15]. Les transmissions des MST, notamment pour le HSV, l'HPV et la gonorrhée, sont également possibles par contacts génito-manuels (lors des préliminaires sexuels ou avant d'enfiler le préservatif). Le risque exact est difficile à chiffrer car il est souvent suivi de rapports sexuels pénétratifs [16, 17].

Les MST sont-elles toutes contagieuses pareillement [19]?

Non. Le risque de MST dépend avant tout du nombre de partenaires sexuels, des pratiques sexuelles, de la composition et de la densité du réseau sexuel et, dans une bien moindre mesure, de l'utilisation de préservatifs; certaines MST sont plus contagieuses que d'autres. Ainsi, la probabilité de contracter la syphilis ou la gonorrhée est >50% si le/la partenaire sexuel.le est infecté.e par la gonorrhée ou la syphilis primaire/secondaire/latente précoce [21]. Le HPV est également considéré comme assez contagieux: environ 20% des partenaires sexuels séronégatifs au début de la relation pourraient être infectés par le même type d'HPV dans les six mois [22]. En revanche, en cas d'herpès génital asymptomatique,

<5% des partenaires le contractent chaque année [14]. Le VIH ne se transmet pas si facilement non plus – risque d'infection <1:100 «par acte sexuel» lors de rapports anaux entre hommes, et le risque est plus faible encore lors de rapports vaginaux entre femmes et hommes [23, 24]. En outre, les personnes vivant avec le VIH et suivant un traitement efficace (charge virale supprimée) ne sont pas contagieuses sexuellement. Cela a été officiellement constaté en Suisse dès 2008 («Swiss statement») [20] et des études internationales ont depuis également confirmé cet état de fait [25].

Dois-je poser des questions sur l'usage de drogues lors de l'anamnèse?

Oui, mais il est important d'adopter une approche nuancée (encadré 1).

Les MST sont-elles en hausse en Suisse

Oui et non. Dans toute l'Europe, on a certes observé *une tendance à la hausse* des déclarations des MST au cours des 20 dernières années, mais il y a plusieurs raisons pour cela. L'une d'entre elles est le dépistage accru – les HSH en particulier sont de plus en plus souvent soumis à un dépistage des MST [29, 30], en particulier tous les trois mois pour les patient.es sous prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) même s'ils ou elles sont asymptomatiques. Ensuite, les pratiques sexuelles ont beaucoup évoluées; chez les jeunes hétérosexuel.les les rapports oraux et anaux sont devenus plus fréquents [3]. Les tests de dépistage de la chlamydia sont également plus nombreux, surtout lors des contrôles gynécologiques de routine, mais il n'y a pas eu de réelle augmentation [31] (voir tableau 1). Autre raison: les méthodes de détection (en particulier la PCR) sont aujourd'hui beaucoup plus sensibles qu'auparavant; les nouvelles méthodes de test PCR «multiplex» (de plus en plus utilisées en Suisse ces derniers temps) ne détectent pas un seul, mais de nombreux agents pathogènes d'MST, qui sont en partie asymptomatiques (ainsi, la gonorrhée et les chlamydias ne sont pratiquement plus testés que de manière combinée). Une véritable augmentation [31] a surtout eu lieu pour la syphilis, alors qu'elle avait pratiquement disparu en Suisse à la fin des années 90 [31, 32]. La diminution du nombre d'MST déclarées en 2020, pendant la pandémie de Covid-19 (encadré 2), est cependant remarquable.

Dois-je donc dépister les MST ou non?

Cela dépend de la probabilité (pré-test) d'une MST. Le dépistage des MST est utile chez les HSH ayant des partenaires alternants, notamment ceux qui prennent la PrEP (encadré 3), ainsi que les travailleurs et travailleuses du sexe commerciaux [8, 127].

Encadré 2: Les MST en période en pandémie

En 2020, le nombre de cas de gonorrhée déclarés en Suisse a nettement diminué immédiatement après le lockdown et n'a retrouvé son niveau d'avant le lockdown qu'à la mi-septembre 2020. Par analogie, le nombre de visites dans les centres de dépistage VIH/MST en Suisse a également nettement diminué. En raison de la pandémie, les tests de dépistage des MST asymptomatiques ont été moins nombreux et, par moments, différents centres de dépistage des MST (y compris les checkpoints) ont été fermés [31]. Il se peut également que les patients atteints d'une MST symptomatique n'aient pas consulté de médecin par peur de se rendre dans un établissement médical dans le cadre de la pandémie (un phénomène similaire a été observé pour les infarctus du myocarde, les accidents cérébro-vasculaires, etc.) De même, le nombre de nouveaux diagnostics de VIH a nettement diminué (d'environ un tiers) en 2020.

Encadré 3: Qu'est-ce que la PrEP?

La prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP) est une chimioprophylaxie antirétrovirale orale qui protège de manière très efficace les personnes séronégatives exposées à un risque accru de contamination par le VIH [36–38]. Aujourd'hui la PrEP implique la plupart du temps la prise d'une pilule combinée par jour, qui contient les deux substances antirétrovirales ténofovir fumarate de disoproxil (TDF) et l'emtricitabine. La prise se fait soit en continu, soit «à l'occasion» et ne doit se faire que sous contrôle d'un médecin spécialiste. La PrEP permet aux personnes à haut risque d'attraper le VIH de retrouver une vie sexuelle sans crainte. Il n'est pas tout à fait clair si les autres MST augmentent sous la PrEP, car de nombreux utilisateurs et utilisatrices de la PrEP ont déjà une incidence élevée d'MST avant le début de la PrEP [39–41]. La PrEP a permis de réduire le nombre de nouvelles infections VIH de manière impressionnante (efficacité largement supérieure à 90% lorsqu'elle est utilisée correctement). On a par exemple constaté une nette diminution des nouveaux diagnostics de VIH par rapport aux années précédentes chez les HSH à Londres (jusqu'à 80%) et en Australie (40%) [42, 43]. La PrEP offre un véritable complément préventif et une alternative à l'utilisation du préservatif [18]. Un accès illimité à une PrEP bon marché est donc absolument souhaitable aussi en Suisse [44], afin de réduire encore plus le nombre de nouvelles infections par le VIH, voire d'éliminer complètement le VIH [38, 45–48, 56]. Le mieux est d'aiguiller les personnes intéressées par la PrEP vers un.e infectiologue, un checkpoint ou l'un des >30 centres d'étude SwissPrEPared. Cette étude, actuellement en cours, observe déjà plus de 5000 utilisateurs de la PrEP dans toute la Suisse (www.swissprepared.ch). Il convient de noter la contre-indication du diclofénac (Voltaren®) au ténofovir DF. D'autres AINS comme l'ibuprofène peuvent être utilisés avec précaution.

Le VIH est-il en hausse en Suisse?

Non. Pour le VIH, on constate une tendance favorable à la baisse. En 2019, il y avait 421 nouveaux diagnostics de VIH et en 2020, 290 [34] (jusqu'en 2015, le nombre de nouveaux diagnostics annuels était toujours >500) [31]. 80% des nouvelles infections au VIH en Suisse concernent les hommes.

Faut-il faire un test VIH pour chaque diagnostic de MST?

En principe oui – la Commission fédérale pour la santé sexuelle le recommande dans le cadre du *Provider Initiated Counselling and Testing* (PICT) [35]. En particulier si la personne qui demande conseil souhaite un test VIH: il faut le faire absolument. Les femmes et les hommes non HSH en Suisse présentent généralement un faible risque de VIH et le test est en conséquence le plus souvent négatif: p.ex. pour les femmes atteintes de chlamydie, une sérologie VIH est à envisager en fonc-

tion du risque individuel (p.ex. immigrées d'Afrique subsaharienne, travailleuses du sexe à but lucratif, rapports sexuels pendant des vacances dans un pays à forte prévalence). Important: en cas de MST répétées, il faudrait recommander la possibilité d'une PrEP [36, 37].

Contre quelles MST peut-on se faire vacciner?

Pour tout diagnostic d'MST, il convient de vérifier le statut vaccinal contre les infections évitables par la vaccination (hépatite B, HPV, hépatite A chez les HSH): Inviter le/la patient.e à envoyer une photo de son carnet de vaccination par e-mail ou par SMS. Il est certes recommandé de se faire vacciner contre le HPV avant le premier rapport sexuel, car c'est à ce moment-là que cette vaccination est la plus efficace. Néanmoins les personnes présentant des dysplasies ou des MST peuvent également être vaccinées – rares sont celles qui sont déjà infectées par les neuf types de HPV contenus dans le vaccin. L'assurance maladie prend en charge les frais à condition que la 1^{ère} dose de vaccin HPV soit administrée avant le 27^e anniversaire dans le cadre d'un programme de vaccination cantonal. En outre, les HSH avec partenaires multiples peuvent être vaccinés contre les méningocoques du groupe A,C,W,Y (Menveo®) en raison du risque accru de contact et/ou de transmission [37a] (mais pas de prise en charge par la caisse-maladie en dehors des groupes d'âge 2–5 et 11–15 ans). Intéressant: l'effet protecteur également contre les infections à gonocoques d'environ 30 à 60% du vaccin contre les méningocoques du groupe B (Bexsero®) [37b], probablement par le biais d'une «immunité croisée» d'antigènes de surface similaires, de sorte qu'une vaccination pour les HSH avec partenaires multiples semble judicieuse (pas de prise en charge des coûts non plus). En Suisse, le vaccin vivant atténué contre la variole (Imvanex®), qui est déjà disponible dans l'UE, sera également disponible prochainement pour la prévention de la variole du singe chez les HSH avec partenaires multiples (probablement en octobre 2022; l'OMS et le CDC s'attendent à une protection d'environ 85%) [37c].

Toutes les MST sont-elles soumises à la déclaration?

Les MST à déclaration obligatoire sont le VIH, la syphilis, les hépatites virales et la gonorrhée. Pour la syphilis, uniquement en cas de premier diagnostic ou de réinfection. La chlamydie (déclarée par le laboratoire), le LGV, l'herpès et l'HPV ne sont pas soumis à la déclaration médicale obligatoire.

Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse www.primary-hospital-care.ch.

Prof. Dr. med. Philip Tarr
Medizinische
Universitätsklinik
Kantonsspital Baselland
CH-4101 Bruderholz
philip.tarr@junibas.ch