

# Les infections sexuellement transmissibles pour les médecins généralistes

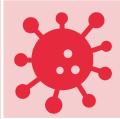
Dr Matteo Reymond

Unité VIH, Service des maladies infectieuses, HUG

Séminaire d'infectiologie pour les praticiens

Novembre 2025

# Objectifs de la présentation



Faire un rappel sur les bases infectiologiques des principales IST, leur mode de **transmission**, les moyens de les **prévenir** et de les **traiter**

VIH, hépatite B, herpès, syphilis, gonorrhée/chlamydia



Clarifier les indications et la fréquence des **dépistages** des différentes IST



Vous donner des **outils de référence** pour votre pratique et répondre à vos questions

# Le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH)

## Epidémiologie

- 18'000 cas en Suisse, 300-400 nouveaux cas par année
- Statistiquement plus fréquent chez:
  - Hommes ou personnes transgenres ayant des **rapports sexuels avec des hommes**
  - **Travailleur.euses du sexe** et leurs **client.es**
  - Usager.ères de **substances intraveineuses**
  - Personnes ayant vécu dans un **pays où la prévalence du VIH est haute**

## Pathogenèse

- infecte les muqueuses puis les ganglions, intégration du génome viral dans les cellules de l'hôte, principalement les lymphocytes T CD4 (T helper) avec dégradation progressive de l'immunité et inflammation chronique
- **Symptômes:** aspécifiques.

## Transmission

- **Sexuelle:** pénétration anale ou vaginale non protégée (pas le sexe oral) avec une personne non traitée et avec une virémie élevée
- **Verticale** si la personne portant l'enfant a une virémie élevée
- **Sanguin:** partage de matériel d'injection (aiguilles intravasculaires dans les 15min), transfusion de sang VIH+

# Le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH)

## Dépistage

- Toute personne **avec une activité sexuelle** une fois
- Chez les personnes **statistiquement plus à risque** d'une infection VIH
- Lors d'une **nouvelle relation** avant d'enlever le préservatif
- Tous les **3-6 mois** si partenaires différent.es ou pratiques à risque de transmission
- Tests de dépistage fiables **6 semaines** après l'exposition (4<sup>e</sup> génération), 3 mois pour les auto-tests (3<sup>e</sup> génération) disponibles en pharmacie

## Prévention

- **Barrières mécaniques** (préservatifs externes ou internes)
- Prophylaxie pré-exposition **PrEP**
- Post-exposition: prophylaxie post-exposition **PEP dans les 48h**
- Traitement efficace d'une infection présente (**U=U**)

## Traitement

- Tri- ou bithérapies diverses: principalement avec un ou plusieurs comprimés par jour, ou des injections tous les 2 mois

# Hépatite B (HBV)

## Epidémiologie

- Prévalence basse en Europe occidentale ([prévalence](#)), très différente dans d'autres parties de l'Europe et dans d'autres régions du monde

## Pathogenèse

- Infection des hépatocytes.
  - Chez les enfants, 80% deviennent chronique
  - Chez les adultes, 80% se résolvent spontanément
- **Risques à long terme:**
  - Inflammation chronique: risque accru de cirrhose et de cancer hépatocellulaire
  - Réactivation d'une hépatite B ancienne possible en cas d'immunosuppression forte
- **Symptômes:** rares hors hépatite aigue

## Transmission

- **Sexuelle:** pénétration anale ou vaginale sans préservatif (sexe oral uniquement en cas de virémie très élevée)
- **Contact sanguin** (aiguilles, rasoirs). Virus résistant sur les surfaces
- **Transmission verticale** à l'accouchement

## Dépistage

- Généralement non, excepté population clé non-vaccinée (personnes **migrant.e.s**, en **détention**, **HSH**, **trans\***, **travailleuses du sexe** et leurs **client.e.s**, usagères de **drogues intraveineuses**)
- En cas d'exposition à risque chez une personne non vaccinée: sérologie à T0, et à 1-2mois puis à 6 mois

## Prévention

- Vaccination !
- Post exposition: dans les 72h, vaccination voir immunoglobulines si source AgHBs+ et exposé.e non vacciné.e

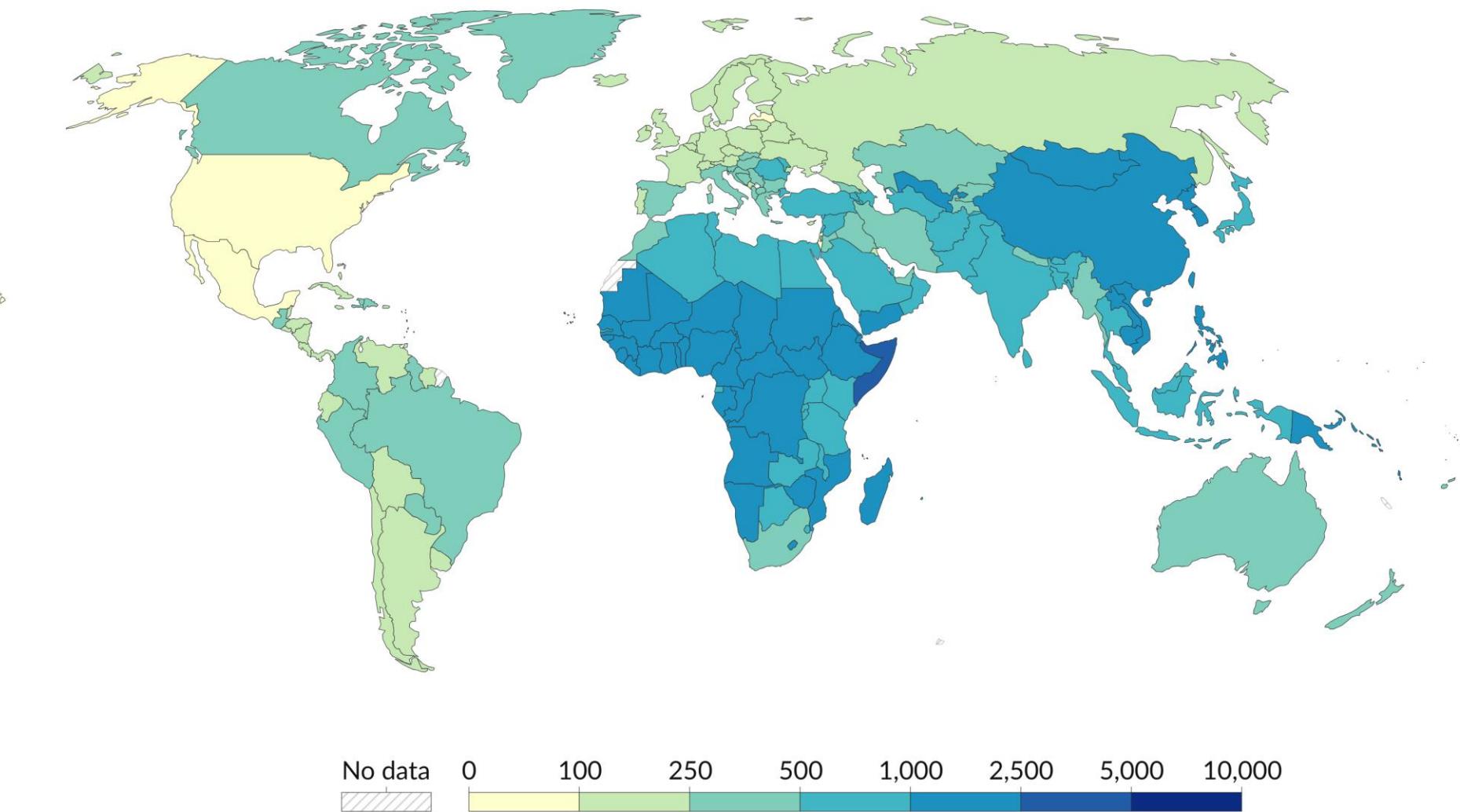
## Traitement

- Traitement pas toujours nécessaire. Suivi échographique et biologique. Non curatif, limite les complications.

# Le virus de l'hépatite B (HBV)

## Hepatitis B incidence rate, 2021

Incidence of hepatitis B, measured as the number of new cases of hepatitis B per 100,000 individuals in a given population. SDG Target 3.3 is to combat hepatitis by 2030.



# Herpes simplex virus HSV 1 et 2

## Epidémiologie

- Séroprévalence en Europe environ 60-70% pour HSV1, 12% pour HSV-2

## Pathogénèse

- Infecte les muqueuses oropharyngées ou génitales, et reste dormant dans les ganglions sensitifs
- >80% des infections sont asymptomatiques

## Transmission

- Par contact entre les muqueuses orales et/ou anogénitales
- Risque élevé pendant les poussées, faible-modéré même sans lesion active

## Dépistage

- **Pas de dépistage** de routine ni post-exposition indiqué
- PCR sur les lesions peut être utile en cas de doute diagnostic
- **Sérologies inutiles** excepté dans des cas d'immunosuppression particuliers

## Prévention

- Préservatif **peu efficace**, diminue le risque de transmission d'environ 30-50%
- Traitement antiviral de la personne porteuse : diminue le risque de transmission de 50%
- Vaccin: pas de modèle efficace

## Traitements

- **valaciclovir** 1cp 2x/j pendant 5j dès apparition des premiers symptômes, max 72h après
- Post exposition: pas indiqué

Lésions typiques,  
vésicules en grappe



# La syphilis (*Treponema pallidum*)

## Epidémiologie

- Incidence en Suisse se stabilise après une augmentation constante depuis les années 2000 autour de 600 nouveaux cas par an, dont environ 100 à Genève

## Pathogenèse

- Infection par les muqueuses puis systémique et infection d'organes multiples avec conséquences potentiellement graves en l'absence de traitement
- **Symptômes:** cf carte

## Transmission

- **Sexuelle:** contact entre muqueuses orale, génitale et anale
- **Verticale** lors de l'accouchement

## Dépistage

- **Routine:** règle simple et efficace: **en même temps qu'un dépistage VIH**
  - Chez toute personne sexuellement active 1x/an
  - En cas de nouvelle relation
  - Tous les 3-12 mois en fonction du nombre de partenaires
- **Post exposition** avec une personne diagnostiquée avec syphilis: «**test and treat**» >2 semaines après l'exposition, à répéter à 3 mois
- **Partenaires** : 3 derniers mois (syphilis primaire), des 6 derniers mois (syphilis secondaire)

## Prévention

- **Méthodes barrières, dépistage adapté et le traitement des personnes atteintes**

## TraITEMENT

- Si **infection ou contact** avec une personne porteuse d'une syphilis non traitée
- Pénicilline **retard** en injection IM (!attention pénurie, pas accessible partout!): 2.4mioU IM en ordre unique si infection <1an, 1x/semaine pendant 3 semaines si infection >1an

Lésion typique de syphilis  
 primaire: chancre non  
 douloureux, induré, avec  
 adénopathies régionales





Lésion typique de syphilis secondaire: rash disséminé touchant aussi les paumes et les plantes



### Quand dépister/rechercher la syphilis?

1. Si symptomatique\*
2. Asymptomatique:
  - Si facteurs de risque: HSH, VIH, personnes avec séjour en prison, travailleurs.euses du sexe, rapports sexuels non protégés avec partenaires multiples, autre IST documentée, ≥1x/an
  - Si contact avec personne positive pour syphilis, au moins 2 semaines après le contact (sensibilité insuffisante avant cela). Et traitement empirique.
  - Chez les femmes enceintes au début de la grossesse, à 28SA et à l'accouchement si facteurs de risque
3. Suivi: au moins une fois par an chez les personnes sexuellement actives si changement de partenaire, tous les 3-6 mois en cas de rapports non protégés répétés

### \*Manifestations cliniques non exhaustives typiques de la syphilis:

- Primaire: chancre généralement induré, non douloureux unique avec adénopathies régionales
- Secondaire: manifestations systémiques généralement 4-8 semaines après l'infection, fièvre et ADP généralisées, avec éruption cutanée le plus souvent roséole ou papules diffuses incluant paumes et plantes des pieds, et possibles autres atteintes d'organes aspécifiques
- Tertiaire: nodules ou ulcères muco-cutanés, neurosyphilis (méningite, atteinte des nerfs crâniens), régurgitation aortique, anévrysme aortique
- Neurosyphilis: peut survenir au stade de syphilis secondaire également

Réaction de Jarisch-Herxheimer: Fièvre et symptômes généraux avec exacerbation des lésions cutanées quelques heures après l'injection, disparaît à partir du 2e jour. Envisager un traitement de corticostéroïdes avec la dermatologie pour les patients hospitalisés

### Références:

<https://ssi.guidelines.ch/guideline/2271/fr>

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2020/07/Syphilis2020guideline.pdf>

### Quels tests utilise-t-on?

#### Tests tréponémiques (TPHA, EIA)

Indique la présence d'anticorps contre syphilis. A faire seul pour le dépistage de personnes asymptomatiques n'ayant jamais eu la syphilis (sur DPI «dépistage syphilis»). Reste positif après l'infection. Ne peut être utilisé pour diagnostiquer une réinfection.

#### Tests non tréponémiques (RPR, VDRL)

A faire si test tréponémique positif, si symptomatique, ou si atcd de syphilis, jamais seul. Permet de diagnostiquer une nouvelle infection et de suivre l'efficacité d'un traitement. (Sur DPI «suivi syphilis»)

PCR syphilis: à faire sur chancre (cf. fiche 1)

Pas d'atcd de syphilis

Dépistage TPHA/EIA positif

Répéter le dépistage à 3 mois d'un rapport non protégé

Personnes ayant déjà eu la syphilis

Suivi RPR/VDRL

Augmentation RPR/VDRL de base par facteur 4 ou plus ( $\geq 2$  dilutions)

Pas de syphilis

Syphilis

Infection récente <1an

Infection tardive >1an ou indatable

Suspicion de neurosyphilis

Syphilis précoce (primaire, secondaire ou latente précoce)

Syphilis tardive (latente tardive, symptomatique)

Diagnostic à discuter avec spécialistes, traitement IV à mettre en place après PL

Pénicilline G retard 2.4moi UI IM 1 dose  
*Si allergie:* doxycycline 100mg 2x/j pendant 14j

Pénicilline G retard 2.4moi UI IM 1x/semaine pendant 3 semaines  
*Si allergie:* peu d'évidence doxycycline 100mg 2x/j pendant 21-28j

**Dépistage et traitement d'emblée des partenaires** sexuels des 3 derniers mois si syphilis primaire, des 6 derniers mois si secondaire, **Déclaration** au médecin cantonal **Rapports protégés**  $\geq 7$  j post traitement  
**Suivi:** jusqu'à division du RPR par 4 à 3, (+/- 6, et 12 mois) après le traitement.

# *Neisseiria gonorrhoea et Chlamydia trachomatis*

## Epidémiologie

- Bactéries sexuellement transmissibles les plus fréquentes, émergence progressive de résistances du gonocoque

## Pathogénèse

- Infection des muqueuses orale, génitale et/ou anale
- **Asymptomatique** dans la majorité des cas
- **Symptômes** : brûlures en urinant, écoulement de pus, douleurs anales, pharyngite

## Transmission

- **Contact entre muqueuses** orale, génitale, et anale

## Dépistage

- **Routine:** PCR aux sites exposés (urines, gorge, anus), **pas de sérologie (Ig)**
  - Chez toute personne sexuellement active 1x/an
  - En cas de nouvelle relation
  - Tous les 3-12 mois en fonction du nombre de partenaires
- **En cas de symptôme** ano-genital “**test and treat**”, tester les partenaires des 2 derniers mois
- **Post exposition sans symptôme:** dépistage dès 15j après l'exposition

## Prévention

- **Barrières:** préservatif interne ou externe
- **Vaccin:** à l'étude (gonocoque), pour l'instant pas de protection concluante
- **DoxyPEP:** pas dans les recommandations suisses, doxycycline cp 200mg OU dans les 72h. Chez les HSH, réduit≈80% le risque de syphilis et chlamydia, et de 30% le risque de gonorrhée

## Traitemment

- **Gonorrhée:** ceftriaxone 1g IM ordre unique, avec “**test of cure**” (PCR 4 semaines après traitement)
- **Chlamydia:** doxycycline 100mg 2x/j PO pendant 7j (21j si symptômes anaux)
  - **Partenaires:** “**test and treat**” des partenaires habituel.les
  - Abstinence (ou rapports protégés) pendant 7j après la fin du traitement

## *Les urétrites qui ne se déroulent pas comme prévu...*

Les symptômes persistent après un traitement bien conduit?

- >7j pour une gonorrhée
- >3 semaines pour une chlamydia
  - Chercher la **résistance au traitement**: culture et antibiogramme
  - Argumenter la **persistence d'une inflammation**: stix et sédiment
  - Chercher **réinfection** (p.ex partenaire mal traité.e)

Les PCR gonorrhée et chlamydia sont négatives et la personne est symptomatique

Dans un **2e temps**, dépistage par PCR de ***Mycoplasma genitalium*** et garder un 2e échantillon pour recherche de résistance aux macrolides

Positif:

- recherche **résistances aux macrolides**
- doxycycline 100mg PO 2x/j pendant 7j, **PUIS**
  - azithromycine 1g PO J0, puis 500mg 1x/j J 1-2-3 (si macrolides **S**)
  - moxifloxacine 400mg 1x/j PO pendant 7-10j (si macrolides **R**)
- **“Test and treat” les partenaires réguliers.ères**
- **Pas de test off cure**, sauf si persistence symptômes >3 semaines après traitement

Négatif: recherche par PCR de ***Ureaplasma genitalium*** et ***Trichomonas vaginalis***  
/!\ Pathogénicité discutable et traitement complexe: **pas en première intention**

# Références utiles pour la pratique quotidienne

[Société suisse d'infectiologie](#): recommandations Suisses. Informations sur diagnostic, traitement, prévention et traitement des partenaires

Application Firstline

Protocole [Accident d'Exposition au Sang et aux liquides biologiques](#) HUG

Site de [l'Aide suisse contre le SIDA](#): informations sur le VIH et sur les autres IST avec [brochures explicatives gratuites](#) pour soignant.es et patient.es

- [Tableau des dépistages et vaccination selon les pratiques sexuelles](#)
- [Brochure sur la PrEP](#)
- [Brochure sur l'hépatite B et sur l'hépatite C](#)
- Outil de choix du préservatif: [mysize.ch](#)

# Autres références bibliographiques

- Programme [NAPS](#): programme de l'OFSP pour limiter les infections sexuellement transmissibles
- Guidelines européennes pour la prise en charge du VIH [EACS](#)
- OFSP-Bulletin 44 du 27 octobre 2025 : **Infections sexuellement transmissibles et hépatites B/C en Suisse et au Liechtenstein: évaluation épidémiologique pour l'année 2024**
- James C, Harfouche M, Welton NJ, Turner KM, Abu-Raddad LJ, Gottlieb SL, Looker KJ. **Herpes simplex virus: global infection prevalence and incidence estimates**, 2016. Bull World Health Organ. 2020
- Tuddenham S, Hamill MM, Ghanem KG. **Diagnosis and Treatment of Sexually Transmitted Infections: A Review**. JAMA. 2022
- Gnann JW Jr, Whitley RJ. CLINICAL PRACTICE. **Genital Herpes**. N Engl J Med. 2016
- Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica GS, Potočnik M, Patel R. 2020 **European guideline on the management of syphilis**. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021
- Bachmann LH et al. **CDC Clinical Guidelines on the Use of Doxycycline Postexposure Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infection Prevention**, United States, 2024. MMWR Recomm Rep. 2024
- Molina JM et al ; ANRS 174 DOXYVAC Study Group. **Doxycycline prophylaxis and meningococcal group B vaccine to prevent bacterial sexually transmitted infections in France (ANRS 174 DOXYVAC)**: a multicentre, open-label, randomised trial with a 2×2 factorial design. Lancet Infect Dis.
- Lamrayah M et al. **Enjeux pharmaceutiques autour de la pénicilline G : exemple de la syphilis**. Revmed 2025
- Unemo M, Ross J, Serwin AB, Gomberg M, Cusini M, Jensen JS. 2020 **European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults**. Int J STD AIDS. 2020
- White JA, Dukers-Muijrs NH, Hoebe CJ, Kenyon CR, Dc Ross J, Unemo M. 2025 **European guideline on the management of *Chlamydia trachomatis* infections**. Int J STD AIDS. 2025
- Rocher L. et al. **Urétrites en contexte de risque d'infections sexuellement transmises : actualités**. Revmed 2022

JOURNÉE  
MONDIALE

LUNDI 1<sup>ER</sup>

DÉCEMBRE

2023

DE LUTTE CONTRE  
LE SIDA

Tests de dépistages VIH gratuits et sans rendez-vous, stands d'information,  
conférence-débat, marche, cérémonie interreligieuse, dîner convivial

AUX HUG, PLACE DE LA NAVIGATION,  
TEMPLE SAINT-GERVAIS, SALLE TROCME

[pvageneve.ch](http://pvageneve.ch)