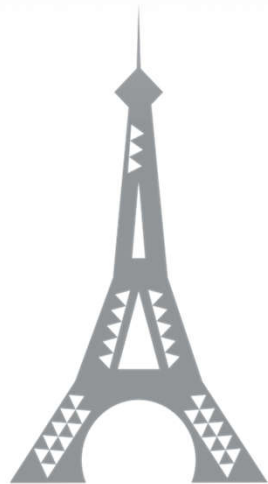


Diagnostic Gono et Chlam : anciennes pratiques, nouvelles questions ?

Charles Cazanave – Olivia Peuchant

28-29 mai
2024

Journées Thématiques Santé Sexuelle



Vignette n°1

M. C, 36 ans, antécédent d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* (NG) au niveau urinaire l'année précédente

Vient en consultation pour le renouvellement de la PrEP

Dépistage CT/NG 3 sites

→ PCR NG faiblement positive dans écouvillon pharyngé

Quelle est votre attitude face à ce résultat ?

- A- Vous prélevez à nouveau le patient pour une culture NG
- B- Vous traitez le patient
- C- Vous décidez de ne pas le traiter car la PCR est faiblement positive
- D- Vous demandez conseil au Pr C. Cazanave

Quelle est votre attitude face à ce résultat ?

A- Vous prélevez à nouveau le patient pour une culture NG

B- Vous traitez le patient

C- Vous décidez de ne pas le traiter car la PCR est faiblement positive

D- Vous demandez conseil au Pr C. Cazanave

Diagnostic microbiologique

- La PCR est-elle bien spécifique de NG (Ct tardif) ?
 - Techniques d'amplification des acides nucléiques (TAAN) : deux gènes cibles pour NG
 - Spécifique NG
- Intérêt du nouveau prélèvement pour la culture ?
 - Nécessaire pour obtenir des souches → antibiogramme

Recommandations CNR pour le dépistage de *N. gonorrhoeae*

- Si TAAN + : faire culture NG → antibiogramme

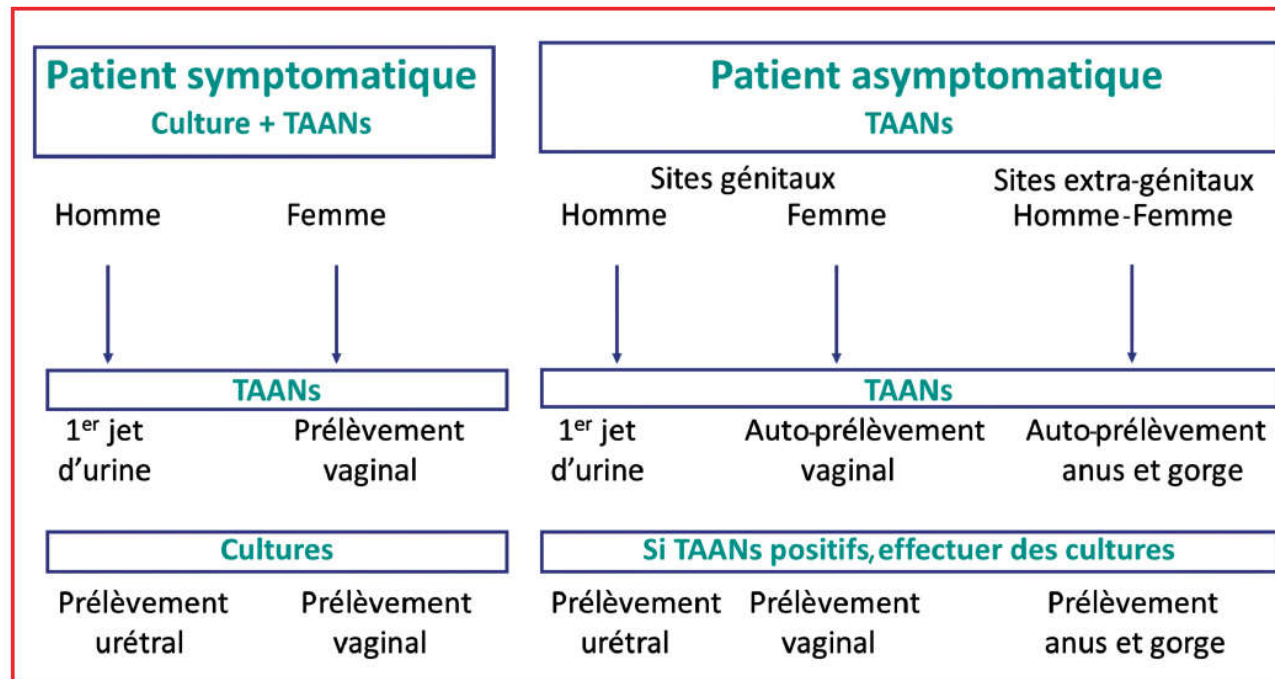


Fig. 2 - Recommandations de dépistage en fonction de l'état clinique du patient (13, 14).
TAANs : Test d'amplification des acides nucléiques.

Diagnostic microbiologique

- La PCR est-elle bien spécifique de NG (Ct tardif) ?
 - Techniques d'amplification des acides nucléiques (TAAN) : deux gènes cibles pour NG
 - Spécifique NG
- Intérêt du nouveau prélèvement pour la culture ?
 - Nécessaire pour obtenir des souches → antibiogramme
 - **Faible rentabilité des cultures sur écouvillon pharyngé**
 - **Culture isole du méningocoque**
- Est-ce que patient présente un risque de contagiosité ?

Si vous traitez le patient, quelle(s) molécule(s) prescrivez-vous ?

Si vous traitez le patient, quelle(s) molécule(s) prescrivez-vous ?

ceftriaxone

Vignette n°1 (suite)

M. C, 36 ans, antécédent d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* (NG) au niveau urinaire l'année précédente

Vient en consultation pour le renouvellement de la PrEP

Dépistage CT/NG 3 sites

→ PCR NG faiblement positive dans écouvillon pharyngé

→ **Décision de ne pas le traiter et contrôle à 3 mois**

Contrôle à 3 mois : PCR NG toujours faiblement positive dans écouvillon pharyngé

Vous parait-il pertinent de rechercher la notion de voyage dans votre interrogatoire ?

A- Oui

B- Non

Vous parait-il pertinent de rechercher la notion de voyage dans votre interrogatoire ?

A- Oui

B- Non

- Notion de voyage +++, notamment voyage en Asie

16 % en 2019 (2 % en 2016)
→ importation de NG-MDR

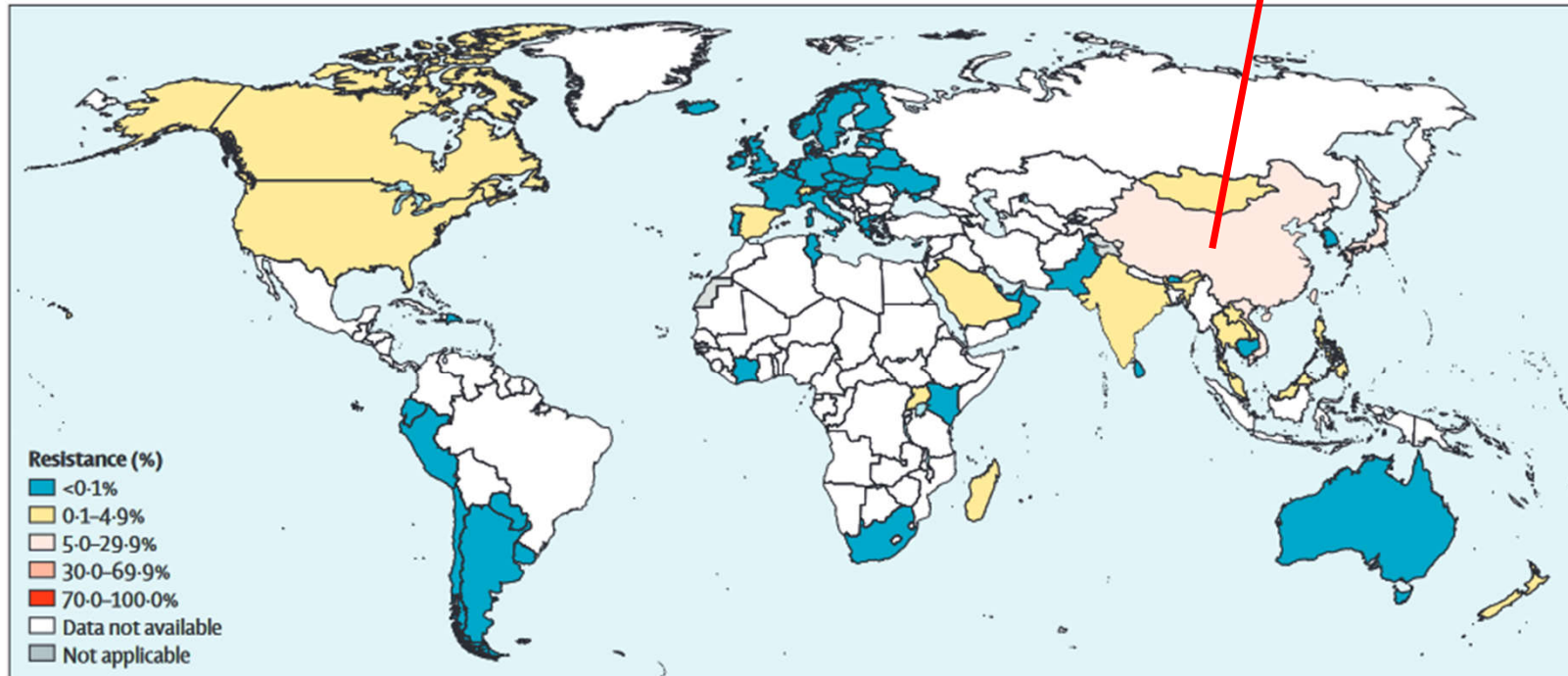


Figure 1: Percentage of isolates with decreased susceptibility or resistance to ceftriaxone reported to WHO Global Antimicrobial Surveillance Programme and Global Antimicrobial Resistance Surveillance System in 2018

Unemo, Lancet Microbe, 2021

- Pour notre patient : pas de notion de voyage

Quelle antibiothérapie allez-vous instaurer ?

- A- Ceftriaxone 500 mg
- B- Ceftriaxone 1 g
- C- Ceftriaxone 1g + azithromycine 2 g dose unique
- D- Je regarde l'avis d'experts français de traitement publié en 2021
- E- J'appelle le CNR gono pour avoir un avis

Quelle antibiothérapie allez-vous instaurer ?

A- Ceftriaxone 500 mg

B- Ceftriaxone 1 g

C- Ceftriaxone 1g + azithromycine 2 g dose unique

D- Je regarde l'avis d'experts français de traitement publié en 2021

E- J'appelle le CNR gono pour avoir un avis

Où en sommes-nous des reco ?

- **Reco Américaines (2021)**

Infections non compliquées (col, urètre, rectum, pharynx)

→ Ceftriaxone 500 mg IM

- **Reco Européennes (2020)**

Ceftriaxone 1 g + azithromycine 2 g DU

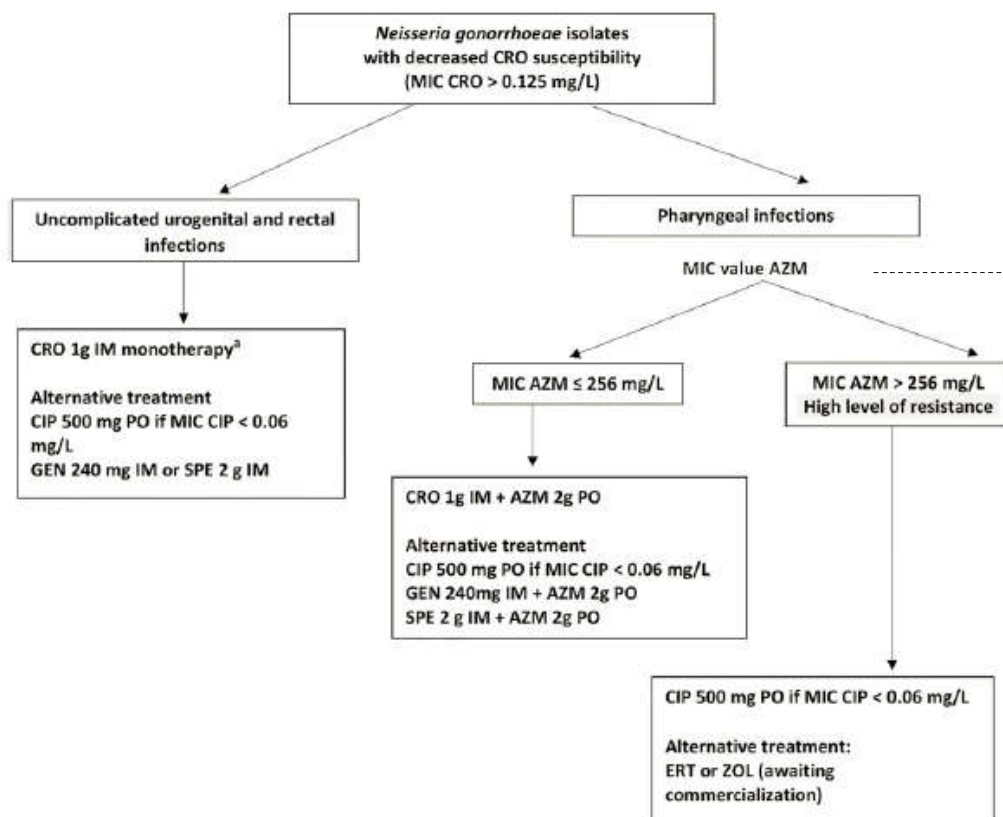
OR ceftriaxone 1 g monotherapy (ONLY in well-controlled settings, for uncomplicated gonorrhoea when the antimicrobial susceptibility is unknown)

Recommendation of test of cure (TOC) in all gonorrhoea cases to ensure eradication of infection and identify resistance.

- France : avis d'experts - 2021



OP + CC



Update on French recommendations for the treatment of uncomplicated *Neisseria gonorrhoeae* infections

If resistance profile is unknown, CRO 1000 mg monotherapy remains the appropriate probabilistic choice with emphasis on a mandatory test of cure 2 weeks after treatment completion.

Figure 1. Treatment algorithm for NG isolates with decreased ceftriaxone susceptibility

Note: CRO: ceftriaxone, AZM: azithromycin, CIP: ciprofloxacin, GEN: gentamycin, SPE: spectinomycin, ERT: ertapenem, ZOL: zoliflodacin, IM: intramuscularly, PO: per os.

Fouéré S, Cazanova C et al., Int J STD AIDS, 2021

Recommandations de prise en charge des IST : à paraître en 2024 !

Synthèse des résistances observées dans les enquêtes ENGON^{OP}

	2017	2018	2018	2019	2020	2021
Enquêtes ou réseau	RENAGO	RENAGO	ENGON	ENGON	ENGON	ENGON
Nombre de souches	686	317	160	375	423	808
Ceftriaxone CMI > 0,125 mg/L	0,2%	0%	0%	0,2%	0%	0%
Céfixime CMI > 0,125 mg/L	0,7%	0,3%	0%	0,8%	0,2%	0,1%
Azithromycine CMI > 1 mg/L	5,5%	17,3% ^b	7,6%	6,7%	9,5%	9,7%

6 souches résistance à la ceftriaxone isolées en France :

- 2010 : **F89** (HSH)
- 2017 : **F90** (femme hétérosexuelle)
- 2019 : **F91** (couple hétérosexuel, Cambodge)
- 2022 : **F92** (femme hétérosexuelle, urétrite chez le partenaire (voyages réguliers en Suisse et au Vietnam) et **F93** (femme hétérosexuelle avec IGH)
- 2023 : **F94** (HSH de retour d'Asie, urétrite)

Synthèse des résistances observées dans les enquêtes ENGON

OP

Enquêtes ou réseau	2017 RENAGO	2018 RENAGO	2018 ENGON	2019 ENGON	2020 ENGON	2021 ENGON
Nombre de souches	686	317	160	375	423	808
Ceftriaxone CMI > 0,125 mg/L	0,2%	0%	0%	0,2%	0%	0%
Céfixime CMI > 0,125 mg/L	0,7%	0,3%	0%	0,8%	0,2%	0,1%
Azithromycine CMI > 1 mg/L	5,5%	17,3% ^b	7,6%	6,7%	9,5%	9,7%
CMI ≥16mg/l				0,53%	0,71%	2,2%
Ciprofloxacine CMI > 0,064 mg/L	37,2%	47%	62,0%	60,1%	59,8%	64,9%
Tétracycline CMI > 1 mg/L	65,4%	47,3%	61,4%	65,2%	64,1%	61,6%
Tétracycline cumul R+I CMI > 0.5 mg/L					90,3%	91,4%
CMI ≥16mg/l	23,2%	27,2%	27,2%	38,4%	32,1%	22,9%
Spectinomycine CMI > 64 mg/L	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Synthèse des résistances observées dans les enquêtes ENGON

Enquêtes ou réseau	2017 RENAGO	2018 RENAGO	2018 ENGON	2019 ENGON	2020 ENGON	2021 ENGON
Nombre de souches	686	317	160	375	423	808
Ceftriaxone CMI > 0,125 mg/L	0,2%	0%	0%	0,2%	0%	0%
Céfixime CMI > 0,125 mg/L	0,7%	0,3%	0%	0,8%	0,2%	0,1%
Azithromycine CMI > 256 mg/L						9,7%
Ciprofloxacine CMI > 0,125 mg/L						2,2%
Tétracycline CMI > 16 mg/L						64,9%
Tétracycline cumul R+I CMI ≥ 16 mg/L					90,5%	61,6%
	23,2%	27,2%	27,2%	38,4%	32,1%	22,9%
Spectinomycine CMI > 64 mg/L	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Envoi au CNR des souches de gonocoque si :
CMI C3G > 0,125 mg/L et/ou
CMI azithromycine > 256 mg/L

Vignette n°1 (suite)

M. C, 36 ans, antécédent d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* (NG) au niveau urinaire l'année précédente

Vient en consultation pour le renouvellement de la PrEP

Dépistage CT/NG 3 sites

→ PCR NG faiblement positive dans écouvillon pharyngé

→ Décision de ne pas le traiter et contrôle à 3 mois

Contrôle à 3 mois: PCR NG toujours faiblement positive dans écouvillon pharyngé

Décision de traiter le patient → 1 g de ceftriaxone

Vignette n°1 (suite)

- Le patient est stressé, il demande à son médecin une ordonnance pour contrôle 5 jours après.
La PCR revient positive. Le médecin vous appelle, que faites-vous ?

Le médecin vous appelle, que faites-vous ?

- A- Vous traitez à nouveau le patient en changeant de classe d'antibiotique
- B- Vous recontrôlez le résultat de la PCR minimum 2 semaines plus tard
- C- Vous prélevez le patient pour faire une culture NG
- D- Vous appelez votre biologiste préféré.e

Le médecin vous appelle, que faites-vous ?

A- Vous traitez à nouveau le patient en changeant de classe d'antibiotiques

B- Vous recontrôlez le résultat de la PCR minimum 2 semaines plus tard

C- Vous prélevez le patient pour faire une culture NG

D- Vous appelez votre biologiste préféré.e

Vignette n°2

- M. C, 33 ans, HSH, ne vivant pas avec le VIH, réalise un dépistage des 3 sites en août 2023
Il vous dit qu'il part en croisière dans 2 jours



La PCR *C. trachomatis* est positive dans l'écouvillon anal

Ce n'est pas votre patient mais il vient vous voir en consultations pour un traitement. Que proposez-vous ?

Que proposez-vous ?

- A- Vous prescrivez 1 g d'azithromycine en dose unique
- B- Vous prescrivez 1 g d'azithromycine par semaine pendant 3 semaines
- C- Vous prescrivez 7 j de doxycycline
- D- Vous prescrivez 14 j de doxycycline
- E- Vous prescrivez 21 j de doxycycline
- F- Vous ne le traitez pas car il est asymptomatique
- G- Vous demandez une recherche de LGV

Traitement des infections ano-rectales à *C. trachomatis*

- 2 essais cliniques HSH : Doxycycline 7 j > Azithromycine 1 g DU

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Azithromycin or Doxycycline for Asymptomatic Rectal *Chlamydia trachomatis*

Andrew Lau, M.S., Fabian Y.S. Kong, Ph.D., Christopher K. Fairley, Ph.D., David J. Templeton, Ph.D., Janaki Amin, Ph.D., Samuel Phillips, Ph.D., Matthew Law, Ph.D., Marcus Y. Chen, Ph.D., Catriona S. Bradshaw, Ph.D., Basil Donovan, M.D., Anna McNulty, M.D., Mark A. Boyd, M.D., Peter Timms, Ph.D., Eric P.F. Chow, Ph.D., David G. Regan, Ph.D., Carole Khaw, M.D., David A. Lewis, Ph.D., John Kaldor, Ph.D., Mahesh Ratnayake, M.D., Natalie Carvalho, Ph.D., and Jane S. Hocking, Ph.D.

Clinical Infectious Diseases

MAJOR ARTICLE

 IDSA
Infectious Diseases Society of America

 hivma
hiv medicine association

 OXFORD

Doxycycline Versus Azithromycin for the Treatment of Rectal Chlamydia in Men Who Have Sex With Men: A Randomized Controlled Trial

Julia C. Dombrowski,^{1,2} Michael R. Wierzbicki,³ Lori M. Newman,⁴ Jonathan A. Powell,³ Ashley Miller,⁵ Dwyn Dithmer,² Olusegun O. Soge,⁶ and Kenneth H. Mayer^{2,4}

Quand rechercher la LGV selon les recommandations européennes ?

DOI: 10.1111/jdv.15729

JEADV

GUIDELINES

2019 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum

H.J.C. de Vries,^{1,2,*}  B. de Barbeyrac,^{3,4,5} N.H.N. de Vrieze,⁶ J.D. Viset,² J.A. White,⁷ M. Vall-Mayans,⁸ M. Unemo⁹

Who should be tested?

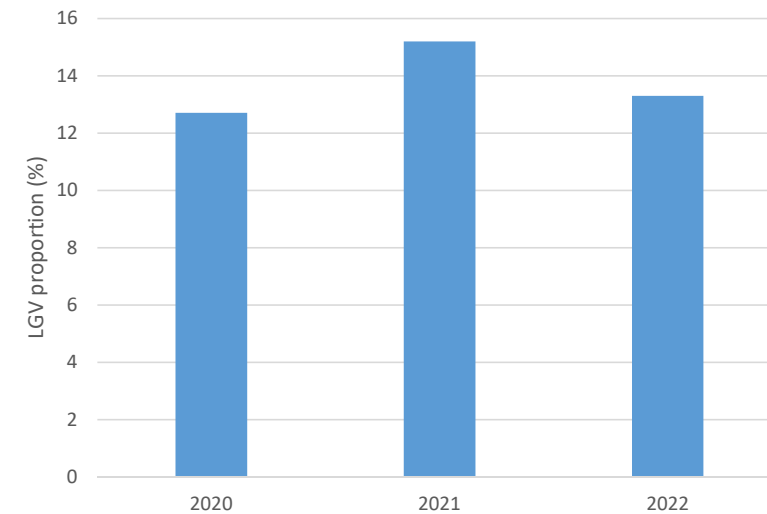
- Lymphogranuloma venereum testing is not available in all settings, and recommendations on who to test can therefore be limited by availability. Ideally, appropriate LGV routine molecular diagnostics should be available in all European countries, which could also be centralized at some national reference, or similar type of expert laboratory.
- Irrespective of symptoms, all MSM with a *C. trachomatis* positive anorectal sample should be tested for LGV.
- Contacts of confirmed LGV index cases.
- Patients with symptoms suspected of having LGV.
- According to local or national policies, priority should be given to HIV-positive MSM, or MSM who are eligible for HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) (1,A).^{31–34}
- Other *C. trachomatis* positive sites (urethra/urine/pharynx) can be tested for LGV if symptoms persist despite having used recommended treatment options (2,D).

LGV en France



• Enquête Anachla 2020-2022

- Recherche de LGV chez tous les échantillons anaux CT+
- Prévalence LGV : 12,7 % en 2020
15,2 % en 2021
13,3 % en 2022



Peuchant et al., EuroSurveill, 2024.

LGV en France – Enquêtes Anachla

TABLE 1

Characteristics of lymphogranuloma venereum cases, France, 2020–2022 (n =435)

LGV-positive cases	2020 (n=146)		2021 (n=138)		2022 (n=151)		p value
	n	%	n	%	n	%	
Age (years)	n=145		n=136		n=151		
Median (IQR)	39 (30.2–47.2)		33 (28–41.25)		41 (31.5–50)		0.02
Mean	39		36		41		
≤ 34	54	37.2	74	54.4	50	33.1	0.0006
35–39	22	15.2	21	15.4	20	13.2	0.84
40–44	18	12.4	14	10.3	23	15.2	0.45
≥ 45	51	35.2	27	19.9	58	38.4	0.002
Gender	n=146		n=137		n=151		
Men	144	98.6	135	98.5	149	98.7	1
Transgender (male to female)	2	1.4	2	1.5	2	1.3	
Sexual orientation for men	n=104		n=73		n=81		
MSM	103	99	69	94.5	79	97.5	0.21
Heterosexual	1	1	4	5.5	2	2.5	
Residence	n=146		n=138		n=151		
Paris region	47	32.2	42	30.4	61	40.4	0.21
Other metropolitan French regions	99	67.8	95	68.8	89	58.9	
French overseas territories ^a	0	0	1	0.7	1	0.7	
HIV status	n=137		n=127		n=133		
Living with HIV	56	40.9	53	41.7	64	48.1	0.44
Negative	81	59.1	74	58.3	69	51.9	
Anorectal symptoms	n=122		n=102		n=126		
Yes	78	63.9	60	58.8	60	47.6	0.03
No	44	36.1	42	41.2	66	52.4	

LGV - Traitement

DOI: 10.1111/jdv.15729

JEADV

GUIDELINES

2019 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum

H.J.C. de Vries,^{1,2,*}  B. de Barbeyrac,^{3,4,5} N.H.N. de Vrieze,⁶ J.D. Viset,² J.A. White,⁷ M. Vall-Mayans,⁸ M. Unemo⁹

Treatment

- Doxycycline 100 mg twice a day orally for 21 days is the recommended treatment for LGV.
- This same treatment is recommended also in asymptomatic patients and contacts of LGV patients. If another regimen is used, a test of cure (TOC) must be performed.

Traitement des formes asymptomatiques par doxycycline 7 jours ? A évaluer !

Que proposez-vous ?

- A- Vous prescrivez 1 g d'azithromycine en dose unique
- B- Vous prescrivez 1 g d' azithromycine par semaine pendant 3 semaines
- C- Vous prescrivez 7 j de doxycycline
- D- Vous prescrivez 14 j de doxycycline
- E- Vous prescrivez 21 j de doxycycline
- F- Vous ne le traitez pas car il est asymptomatique
- G- Vous demandez une recherche de LGV

Vignette n°3

Une femme cis genre de 23 ans, sexuellement active, vient vous voir en consultation gynéco pour faire le point. Elle n'a aucun symptôme gynécologique

Que lui proposez-vous en terme de prévention/dépistage ?

Que lui proposez-vous en terme de prévention/dépistage ?

- A- Auto-écouvillon vaginal pour la recherche de CT/NG
- B- 1^{er} jet d'urine pour la recherche de CT/NG
- C- Prélèvement cervico-vaginal (pose spéculum) pour la recherche de CT/NG
- D- Prélèvement cervico-vaginal (pose spéculum) pour le dépistage HPV
- E- Rien

Que lui proposez-vous en terme de prévention/dépistage ?

A- Auto-écouvillon vaginal pour la recherche de CT/NG

B- 1^{er} jet d'urine pour la recherche de CT/NG

C- Prélèvement cervico-vaginal (pose spéculum) pour la recherche de CT/NG

D- Prélèvement cervico-vaginal (pose spéculum) pour le dépistage HPV

E- Rien

Recommandations HAS actualisées 2018

OP

Lieux	Population	Modalités
CeGIDD CPEF SSU Centres IVG Cabinets libéraux MG et gynécologie Sage-femmes	<u>Dépistage opportuniste systématique</u> Femmes sexuellement actives* de 15-25 ans (y compris les femmes enceintes) <u>Dépistage opportuniste ciblé</u> Hommes avec FDR Femmes > 25 ans avec FDR Consultation pour IVG	- Par Biologie moléculaire - Auto-prélèvements ou cliniciens

FDR : multipartenariat (au moins 2 partenaires dans l'année), changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST (NG, syphilis, VIH, *Mycoplasma genitalium*), antécédents d'IST, HSH, personnes en situation de prostitution, après un viol

* dans les 12 derniers mois

Recommandations CNGOF sur l'usage du dispositif intra-utérin

Vidal F & al. | Gynecol Obstet Fertil Senol | 1 déc. 2018

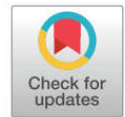
Quel suivi ?

- Le schéma de dépistage du cancer du col chez les utilisatrices de DIU doit être maintenu sans modification (Grade B).
- Si le dépistage systématique des IST n'est pas recommandé avant la pose d'un DIU (Grade B), un dépistage des IST - en particulier *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* - est recommandé, notamment lorsqu'il y a des facteurs de risque (<25 ans, partenaire de moins de 3 mois, partenaires multiples dans la dernière année, antécédent d'IST, rapports sexuels non protégés), (Grade B). Dans ce cas, le dépistage doit être effectué idéalement le jour de la prescription ou le jour de la pose si la patiente est asymptomatique (Grade B).

Review

Pelvic inflammatory diseases: Updated French guidelines

Jean-Luc Brun^{a,*}, Bernard Castan^b, Bertille de Barbeyrac^c, Charles Cazanave^c,
Amélie Charvériat^d, Karine Faure^e, Stéphanie Mignot^d, Renaud Verdon^f, Xavier Fritel^d,
Olivier Graesslin^g, on behalf of the CNGOF^h and the SPILFⁱ



Among the women at risk of an STI, before or at the moment of IUD placement, screening of STI agents must be proposed (grade B). There is no reason to delay IUD insertion while awaiting these screening results.

Vignette n°3 (suite)

Une femme cis genre de 23 ans, sexuellement active, vient vous voir en consultation gynéco pour faire le point. Elle n'a aucun symptôme gynécologique

Que lui proposez-vous en terme de prévention/dépistage ?

Dépistage CT/NG → PCR CT+

Comment la traitez-vous ?

- A- Azithromycine 1 g DU
- B- Doxycycline 200 mg en une prise pendant 7 jours
- C- Doxycycline 100 mg matin et soir pendant 7 jours
- D- Doxycycline + ceftriaxone (on ne sait jamais)

Comment la traitez-vous ?

A- Azithromycine 1g

B- Doxycycline 200 mg en une prise pendant 7 jours

C- Doxycycline 100 mg matin et soir pendant 7 jours

D- Doxycycline + ceftriaxone (on ne sait jamais)

Vignette n°3 (suite)

Une femme cis genre de 23 ans, sexuellement active, vient vous voir en consultation gynéco pour faire le point. Elle n'a aucun symptôme gynécologique

Que lui proposez-vous en terme de prévention/dépistage ?

Dépistage CT/NG → PCR CT+

Vous prescrivez un traitement antibiotique à la patiente

Que lui proposez-vous en terme de suivi ?

Que lui proposez-vous en terme de suivi ?

- A- Nouvelle PCR à 6 semaines
- B- Nouvelle PCR à 3 mois
- C- Nouvelle PCR à 6 semaines et à 3 mois
- D- Rien

Que lui proposez-vous en terme de suivi ?

A- Nouvelle PCR à 6 semaines

B- Nouvelle PCR à 3 mois

C- Nouvelle PCR à 6 semaines et à 3 mois

D- Rien

Recommandations HAS actualisées 2018

OP

Lieux	Population	Modalités
CeGIDD CPEF SSU Centres IVG Cabinets libéraux MG et gynécologie Sage-femmes	<u>Dépistage opportuniste systématique</u> Femmes sexuellement actives* de 15-25 ans (y compris les femmes enceintes) <u>Dépistage opportuniste ciblé</u> Hommes avec FDR Femmes > 25 ans avec FDR Consultation pour IVG	- Par Biologie moléculaire - Auto prélèvements ou cliniciens - Rythme : Annuel si CT- 3-6 mois si CT+ - Pas de test de contrôle systématique (sauf femme enceinte) - TTT partenaire par la personne infectée

FDR : multipartenariat (au moins deux partenaires dans l'année), changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST (NG, syphilis, VIH, *M. genitalium*), antécédents d'IST, HSH, personnes en situation de prostitution, après un viol

* dans les 12 derniers mois.

Vignette n°3 (suite)

Une femme cis genre de 23 ans, sexuellement active, vient vous voir en consultation gynéco pour faire le point. Elle n'a aucun symptôme gynécologique

Que lui proposez-vous en terme de prévention/dépistage ?

Dépistage CT/NG → PCR CT+

Vous prescrivez un traitement antibiotique à la patiente

Elle revient 3 mois plus tard, la PCR CT est négative. Concernant la contraception, vous décidez conjointement de la pose d'un DIU.

Vous la revoyez 1 an plus tard pour une visite de suivi. Elle vous dit avoir changé de partenaire avec qui elle a des rapports non protégés. Vous prescrivez un nouveau dépistage de CT/NG. **Celui-ci est positif à CT**

Que faites-vous dans ce contexte d'infection à CT sur DIU ?

- A- Traitement antibiotique seul
- B- Traitement par antibiotique et retrait du DIU systématique
- C- Retrait du DIU seul

Que faites vous dans ce contexte d'infection à CT sur DIU ?

A- Traitement antibiotique seul

B- Traitement par antibiotique et retrait du DIU systématique

C- Retrait du DIU seul

Pelvic inflammatory diseases: Updated French guidelines

Jean-Luc Brun^{a,*}, Bernard Castan^b, Bertille de Barbeyrac^c, Charles Cazanave^c, Amélie Charvériat^d, Karine Faure^e, Stéphanie Mignot^d, Renaud Verdon^f, Xavier Fritel^d, Olivier Graesslin^g, on behalf of the CNGOF^h and the SPILFⁱ



Among the women at risk of an STI, before or at the moment of IUD placement, screening of STI agents must be proposed (grade B). There is no reason to delay IUD insertion while awaiting these screening results.

In cases of uncomplicated PID in women with an intrauterine device (IUD), its removal is not systematically necessary (grade B), but should be discussed in complicated cases or when no improvement is seen in the 3–5 days after the start of antibiotic therapy (grade B).

A retenir en rentrant chez soi

- **Cas 1 : le gono dans la gorge...**
 - Vaste débat....
 - A date, à traiter par monothérapie d'1 g de ceftriaxone
 - A l'avenir, PHRC Portaphar pour évaluer cette question
- **Cas 2 : le chlam dans l'anus...**
 - Vaste débat aussi
 - A traiter par au moins 7 j de doxy
 - Penser au dépistage LGV
- **Cas 3 : le chlam cervical +/- DIU**
 - Penser à dépister les populations cibles
 - Traiter plutôt par 7 j de doxy (attente recommandations)
 - Recontrôler entre M3 et M6 pour recherche d'une re contamination
 - Pas de dépose du DIU

Merci pour votre attention
Des questions ?

OP

