



CNR
des IST bactériennes

université
de **BORDEAUX**



CENTRE
HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE
BORDEAUX

IST

- 23 mars 2026 -



Collège des Universitaires
de Maladies
Infectieuses et Tropicales



Centre Régional en Antibiothérapie
de Nouvelle-Aquitaine



Charles Cazanave

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales – CHU Bordeaux
Centre National de Référence des IST bactériennes – CHU Bordeaux
Equipe ARMYNE, UMR CNRS 5234 MFP – Univ. Bordeaux
Responsable médical du CRAtb Nouvelle-Aquitaine
Président du Collèges des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales



@charles-cazanave

Introduction

- IST, des infections en pleine expansion, malgré les moyens actuels de prévention
- En 2020, 374 000 000 de nouvelles infections dans le monde pour 4 IST « curables » : *Chlamydia trachomatis* (Ct), gonocoque (Ng), syphilis (Tp) et *Trichomonas vaginalis* (Tv) – adultes 15-49 ans
 - 1 million d'IST diagnostiquées par jour dans le monde !
 - Conséquences gynécologiques et obstétricales des infections à Ct...
- IST virales
 - 3 000 000 de nouvelles infections VHB et VHC en 2019
 - HPV : > 300 000 décès de femmes de K du col par an ! Alors qu'il existe un vaccin très efficace...
- IST émergentes
- Résistance antibiotiques : surtout 2 bactéries, Ng et *Mycoplasma genitalium*

Traitement préventif et curatif des IST bactériennes

Nouvelles recommandations de prise en charge

Webinaire du 18 juillet 2025

*en collaboration avec l'action coordonnée Infections
sexuellement transmissibles (AC53) de l'ANRS MIE*



RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE DES IST

Labels HAS, ANRS Mie, CNS

- Direction du rapport d'experts : Pr Pierre DELOBEL (CHU de Toulouse)
- Coordination des chapitres IST : Dr Sébastien Fouéré (Hôpital Saint-Louis, Paris)

Recommandations de prise en charge des patients atteints d'infection à *Trichomonas vaginalis*

Recommandations de prise en charge des patients atteints de phtirose

Recommandations de prise en charge thérapeutique des patients atteints de condylomes ano-génitaux

Recommandations de prise en charge thérapeutique des patients atteints d'herpès génital

Doxycycline en prévention des infections sexuellement transmissibles bactériennes

Recommandations de prise en charge des personnes infectées par *Neisseria gonorrhoeae*

Traitement curatif des personnes infectées par *Chlamydia trachomatis*

Recommandations de prise en charge des personnes ayant une syphilis

Traitement curatif des personnes infectées par *Mycoplasma genitalium*

3 grands messages

- « On voulait également inscrire ces recommandations **dans une démarche globale de santé sexuelle** : il ne s'agit pas uniquement de prescrire un antibiotique. Il faut penser au contexte, à l'accompagnement, aux violences sexuelles éventuelles, à la prévention, à la PrEP VIH, au dépistage du ou des partenaires... Il y a une **vraie dimension globale** à ne pas négliger »
- « Le message clé est que les prescripteurs doivent adopter **un usage raisonné des antibiotiques pour les IST**, comme pour toute autre infection. Il faut utiliser le bon antibiotique, à la bonne dose, pour la bonne durée, selon les principes du bon usage des antibiotiques »
- **Préservatif** : Pas de rapports sexuels ou rapports sexuels protégés durant les 7 j suivant la fin du traitement

Epidémiologie

Recrudescence de toutes les IST...



Chlamydie (Chlamydia trachomatis)



La Syphilis (Treponema pallidum)



Les IST bactériennes font de la résistance... ou pas !

Pas de
résistance
acquise

Pas de
résistance
acquise
(sauf macrolides)

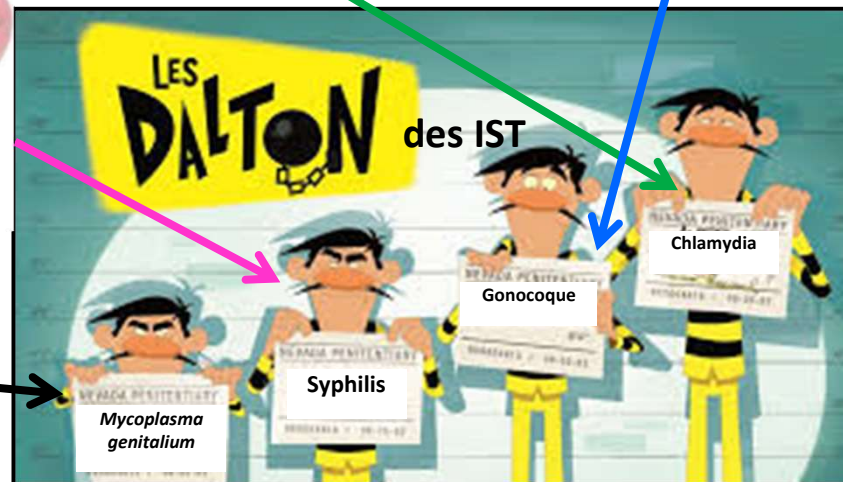


XDR

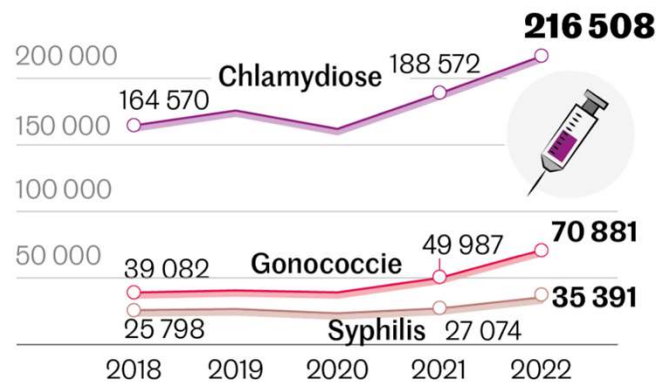
La Syphilis
(Treponema pallidum)



XDR



Evolution du nombre de cas en Europe



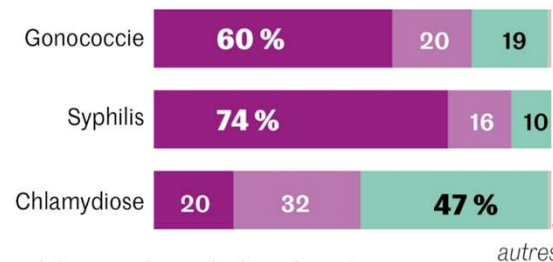
Infographie *Le Monde*

Source : European Centre for Disease Prevention and Control

Les hommes homosexuels particulièrement vulnérables

En pourcentage des cas totaux*, en Europe

Hommes ayant des rapports homosexuels
Hommes ayant des rapports hétérosexuels
Femmes ayant des rapports hétérosexuels



* Cas pour lesquels des informations sur le mode de transmission ont été signalés

Infographie *Le Monde*

Source : European Centre for Disease Prevention and Control

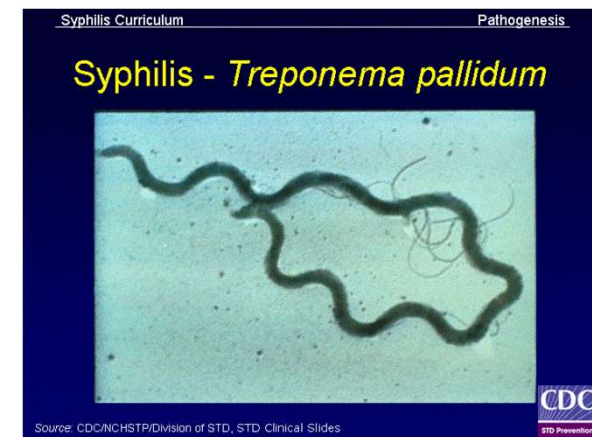
European Centre for Disease Prevention and Control. Chlamydia, Gonorrhoea, Syphilis. In: ECDC. Annual Epidemiological Report for 2022. Stockholm: ECDC; March 7 2024.

Syphilis



Syphilis

- **Fiche d'identité rapide**
 - **Spirochète**
 - *Treponema pallidum* subsp. *pallidum*
 - **Cultivable (depuis peu) !!!**
- **Antibiotiques de choix**
 - **Benzathine benzylopénicilline G (BPG) +++**
 - Alternatives : doxycycline, ceftriaxone
- **Résistances acquises : surtout à l'azithromycine +++**



Quid des syphilis congénitales en 2025 ?

- **Nombre de cas mondiaux** : 7 millions en 2020 à 8 millions en 2022
- **Syphilis congénitales** : 700 000 en 2022
- **USA**
 - Autant de syphilis en 2022 qu'en 1950
 - 3 2000 syphilis congénitales
- **France**
 - Warning sur la France ultramarine : Guyane française, Mayotte, La Réunion
 - Vigilance y compris en France hexagonale

Recommandations syphilis (1)

- **Syphilis précoce (< 1 an)**
 - 1/ BPG 2,4 M UI + 1 cc lidocaïne à 1 %
 - 2/ Doxycycline : 200 mg/j en 1 à 2 prises 14 j
 - Si allergie pénicilline : penser à la consultation allergologique
- **Syphilis tardive (> 1 an, tertiaire, cardiovasculaire)**
 - 1/ BPG 2,4 M UI + 1 cc lidocaïne à 1 %, 3 injections à 1 semaine d'intervalle
 - 2/ Doxycycline : 200 mg/j en 1 à 2 prises **28 j**

Recommandations syphilis (2)

- **Neurosyphilis (syphilis OPH et ORL)**
 - **1/ Pénicilline G** IV 20 M UI/j 10 j (formes peu graves) à 14 j (formes plus graves)
 - Modalités : IVSE, soit 10 M UI sur 12 h ou en ou perfusion D/C, soit 5 M UI toutes les 6 h
 - **2/ Ceftriaxone** : d'emblée ou en relais, 2 g/j IV pour 10-14 j au total
 - Facilite administration et RAD, mais spectre plus large...
 - **3/ Doxycycline** : 200 mg X 2/j 28 j
 - Attention tolérance digestive

Recommandations syphilis (3)

- **Syphilis et grossesse : femme enceinte**
 - 1/ Même qu'en population générale, CI doxycycline aux 2^{ème} et 3^{ème} T
 - Si doxycycline utilisée au 1^{er} T → considérer le NN comme syphilis congénitale et le traiter comme tel
 - 2/ Traitement à effectuer le plus rapidement possible
 - < 16 SA : 1 seule IM
 - > 16 SA : 2 IM à 1 semaine d'intervalle
 - 3/ En cas d'allergie à la pénicilline :
 - Bilan allergologique rapide
 - Possibilité de réaliser une induction de tolérance
- **Syphilis et grossesse : syphilis congénitale**
 - 1/ Pénicilline G IV : 150 000 UI/kg pendant 10-14 j
 - 2/ Alternative (uniquement si PL normale) : BPG 50 000 UI/kg et 1 IM/j 10-14 j

Gonocoque



N. gonorrhoeae : qui es-tu ?

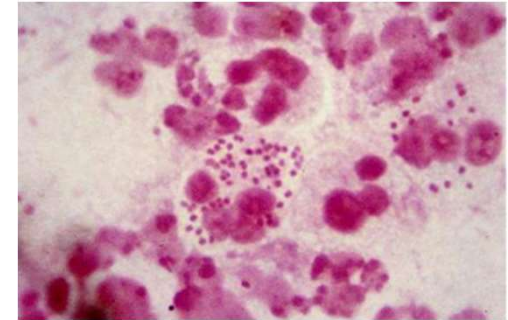
- **Fiche d'identité rapide**

- **Cocci à Gram négatif, diplocoque**
- Fragile, fastidieux, culture moins sensible que les tests avec amplification d'acides nucléiques (TAAN)

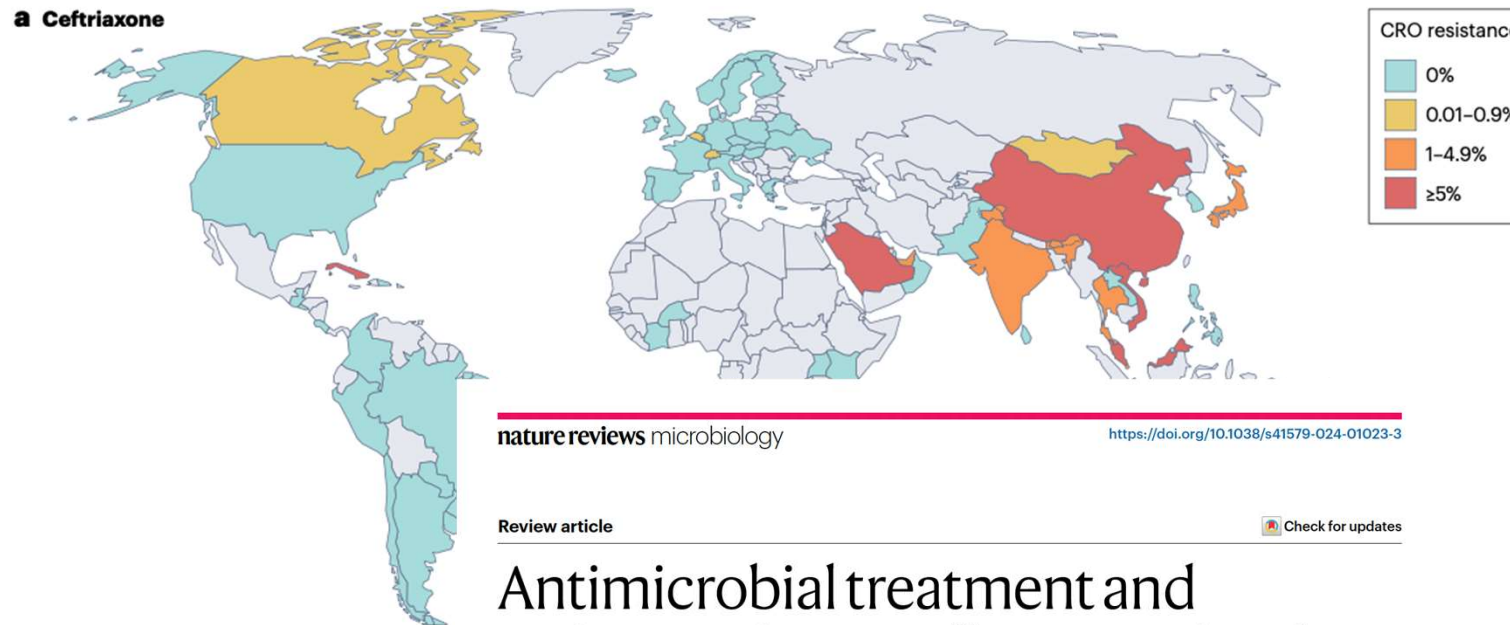
- **Antibiotique de choix**

- **Ceftriaxone +++**
- Alternatives

- **Résistances acquises : progressivement apparues dans le temps**



Pourcentage de souches avec une sensibilité diminuée à la ceftriaxone en 2020



Merci Pr C. BEBEAR

Jensen and Unemo, Nat Rev Microbiol, 2024

Jorgen S. Jensen¹✉ & Magnus Unemo^{2,3}

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



Sébastien Fouéré¹
Charles Cazanave^{2,3}
Marion Hélyar⁴
Nicolas Dupin⁵
Pierre Tattevin⁶
Cécile Bébear³
Marie Beylot-Barry⁷
Jean-Michel Molina⁸
Olivier Chosidow⁹
Agnès Riche¹⁰ and
Béatrice Berçot^{11,12}



- TTT des infections ano-génitales non compliquées à gono : bithérapie ou pas ?
- **Réponse française : monothérapie !**

- **Ceftriaxone (CRO)** = molécule de référence
 - CMI CRO gono en France basses et 0 souches résistantes (à part qq exceptions importées)
 - **AZM ↗ R Mg !!!**

→ TTT des infections ano-génitales non compliquées à gono : **CRO 1 g IM + lido 1 %**

→ TTT des portages pharyngés à gono « autochtones » : CRO 1 g IM (pas de TOC à S2)

→ TTT des portages pharyngés à gono *au retour d'Asie* : CRO 1 g IM + AZM 2 g (TOC à S2)

→ Dès que possible faire des **cultures** (surtout anus) pour mieux connaître épidémiologie de la R française !

Message : taper fort ET bien !

C. trachomatis



Chlamydiose (*Chlamydia trachomatis*)

C. trachomatis

- **Fiche d'identité rapide**
 - Intracellulaire obligatoire
 - 1^{er} agent d'IST bactériennes dans le monde
 - Génotype D à K +++, génotype L (LGV)
- **Antibiotiques de choix**
 - Cyclines +++
 - Macrolides
 - Fluoroquinolones (FQ, CMI plus élevées)
- **Résistances acquises : exceptionnelles !**



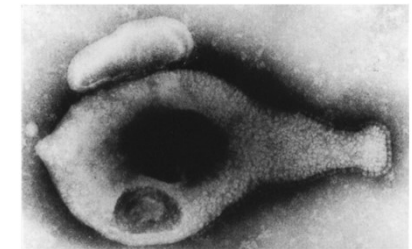
Recommandations Ct (1)

- **Doxycycline : pour toutes et tous !**
 - Doxycycline : 100 mg X 2 /j PO 7 j
 - Y compris T1 grossesse
 - Surtout infections ano-rectales +++
 - Cas particulier de la LGV : au moins 21 j
- **Macrolides : en 2**
 - Azithromycine : 1 g PO en DU
 - Si doute observance ou bien T2 ou T3 grossesse

M. genitalium



M. genitalium : qui es-tu ?



- **Fiche d'identité rapide**

- Pas de paroi
- Agent reconnu et émergent d'IST
- Infection chronique chez la ♀ associée à un risque accru d'acquisition de l'infection VIH

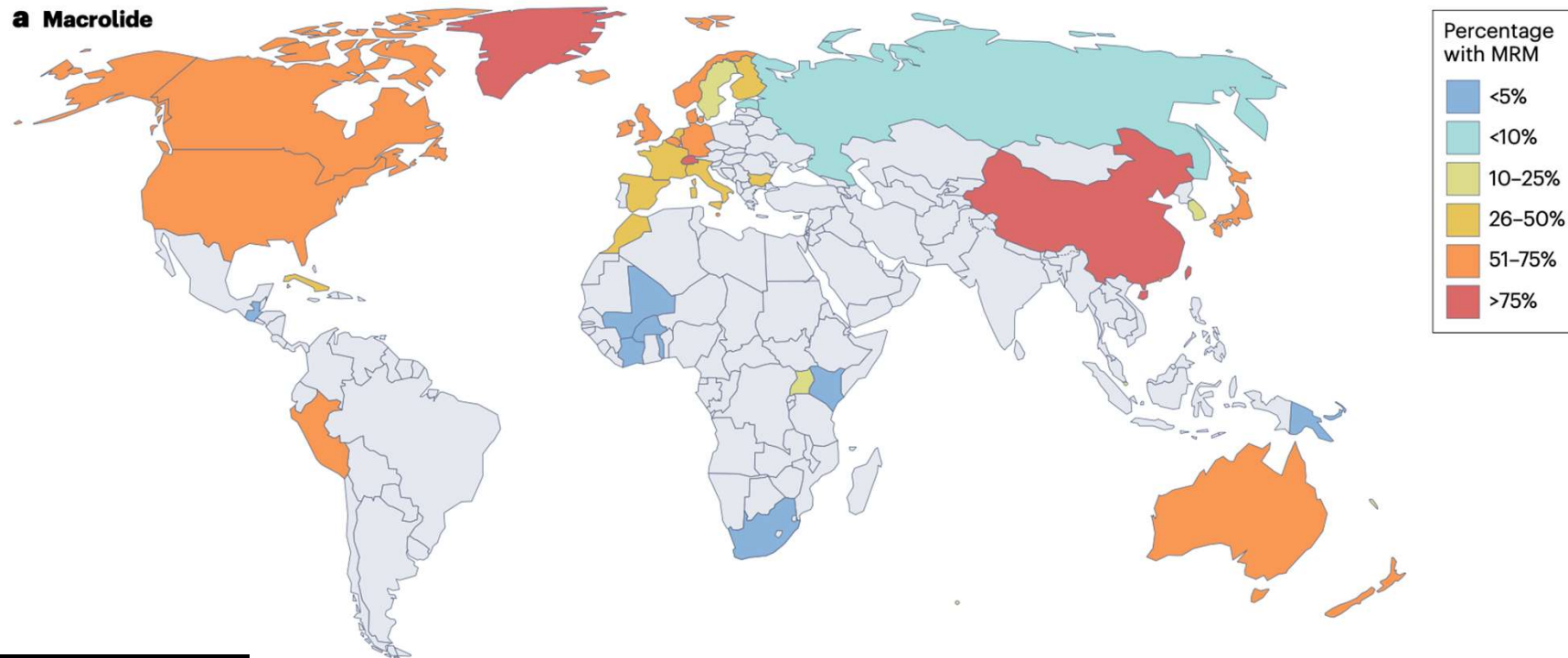
- **Antibiotiques de choix**

- En 2025 ?

- **Résistances acquises : surtout à l'azithromycine, mais aussi aux FQ...**

Prévalence mondiale de la résistance aux macrolides de *M. genitalium*

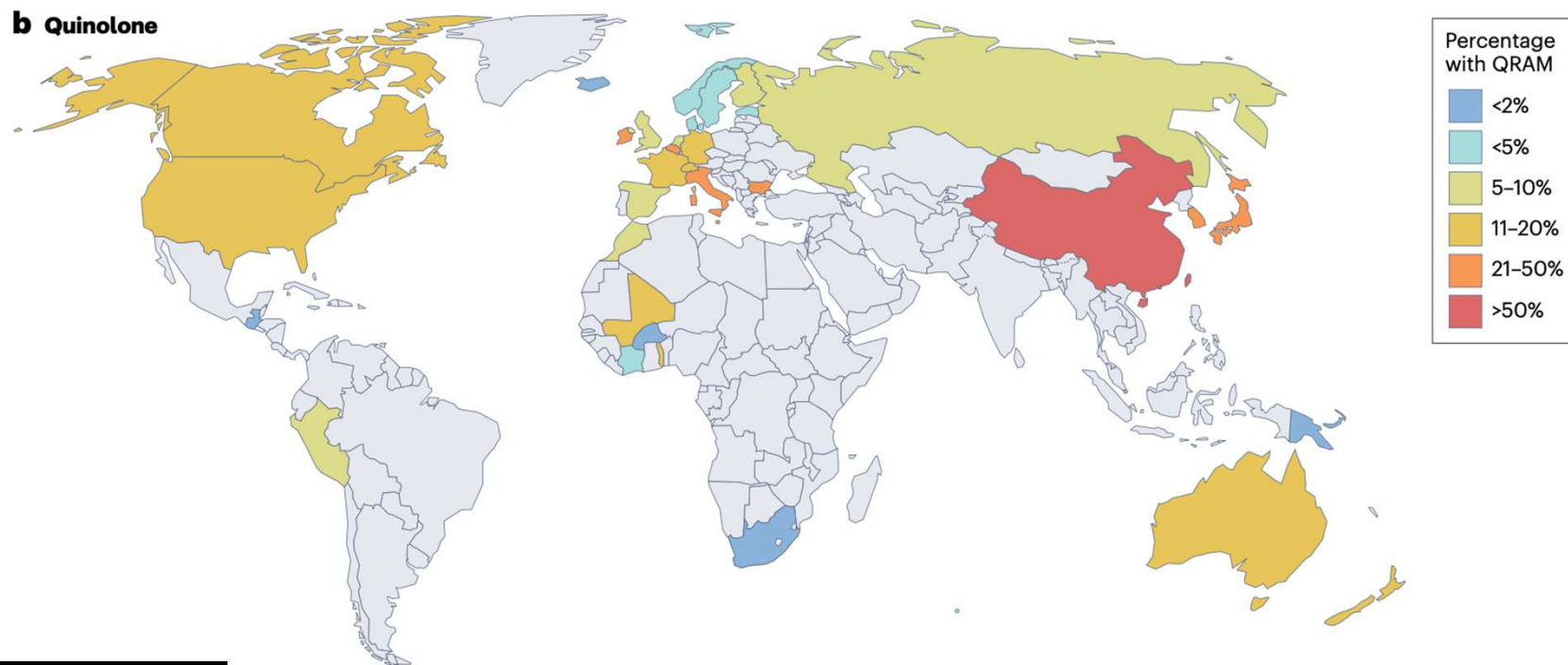
a Macrolide



Merci Pr C. BEBEAR

Jensen and Unemo, Nat Rev Microbiol, 2024

Prévalence de la résistance aux FQ de *M. genitalium*



Merci Pr C. BEBEAR

Jensen and Unemo, Nat Rev Microbiol, 2024

M. genitalium : 1^{ère} étape

- Fin du dépistage Mg des asymptomatiques (même des personnes à haut risque)
 - Communiqué SFD et CNR IST bactériennes 2018
 - Moins de traitements et donc moins de résistance

Les messages à retenir sur Mg

- Bactérie à l'origine de symptômes (urétrites) modérés
- Portage asymptomatique très fréquent → ne pas le rechercher chez les asymptomatiques
- Clairance possible (jusqu'à 90 % à 1 an)
- Principal problème comme Ng : la résistance !
- Recommandations thérapeutiques
 - Si co-infection avec Ng ou Ct : traiter d'abord Ng ou Ct
 - Si traitement : commencer par rechercher résistance macrolide (si possible)
 - Ne traiter que les patients très gênés
 - Traitements prescrits par des médecins spécialisés en IST
 - Objectif : limiter diffusion résistance et impasses thérapeutiques +++

IST virales

Recommandations herpès génital (ambulatoire)

- **Valaciclovir : pour toutes et tous !**
- **Primo-infection**
 - Immunocompétent : 500 mg X 2/j **5 j**
 - Immunodéprimé sévère : 1 000 mg x 2/j 10 j
 - Femme enceinte : 500 mg X 2/j 5 j
- **Récurrence**
 - Immunocompétent : **2000 mg X 2/j 1 j**
 - Immunodéprimé sévère : 1 000 mg x 2/j 5 j
 - Femme enceinte : 500 mg X 2/j 3 j
- **Suppressif de la récurrence**
 - Immunocompétent : 500 mg/j
 - Immunodéprimé sévère : 1 000 mg/j

Que retenir pour la maison

- IST en pleine expansion dans le monde dont certaines oubliées comme les syphilis congénitales
- 4 principales IST bactériennes (Ng, Mg, Ct, Tp) dont 2 préoccupantes pour l'antibiorésistance (Ng, Mg)
- **Gonocoque**
 - Traitement de référence : **ceftriaxone** en dose unique
- ***C. trachomatis***
 - Traitement de référence : **doxycycline**
- **Syphilis**
 - Traitement de référence : **BPG**
- **Emergence**
 - Attention au Mpox clade Ib sexuellement transmis !

Remerciements

- **CNR des IST bactériennes** : Prs C. BEBEAR, B. BERCOT & N. DUPIN
- **ANRS, HAS et CNS**
 - Pr P. DELOBEL
 - Dr S. FOUERE
- **SPILF**
 - Dr B. CASTAN
 - Dr A. DINH
- **A vous toutes et tous !**





Merci pour votre attention

« L'amour est dans le pré... salé »