

Réponses aux questions fréquentes – 2^e partie

Maladies sexuellement transmissibles: communication, urétrite, verrues génitales

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

^a Medizinische Universitätsklinik, Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; ^b checkin Zollhaus, Zollstr. 121, 8005 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 Allgemeine Innere Medizin FMH, FA Homöopathie (SVHA), Richterswil ZH; ^k Regionalspital Rheinfelden, Chirurgische Klinik, Gesundheitszentrum Fricktal AG; ^l Positivrat Schweiz, Bern; ^m 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, 3010 Bern, Switzerland; ^q Sigma Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine; * Ces auteur.es ont participé au manuscrit de manière égale

En cas de maladie sexuellement transmissible (MST), il est essentiel d'adopter une attitude respectueuse, sans jugement, et d'utiliser un langage simple et non stigmatisant. La prise en charge comprend le suivi des patient.es ainsi que la gestion des partenaires. En cas d'urétrite, il est recommandé de procéder par étapes. Les verrues anogénitales peuvent avoir un impact psycho-social. Dans les pays où la vaccination HPV a été introduite plus tôt, elles ont quasiment disparu.

Communication

Une communication ouverte sur le sexe et la contraception conduit-elle à plus de rapports sexuels et d'MST (*maladies sexuellement transmissibles*)?

Non, cette crainte a été réfutée par de nombreuses études [108–110], y compris dans le cadre des consultations avant la vaccination HPV [111, 112].

Qu'en est-il du conseil et de l'éducation sexuelle pour les adolescent.es?

Idem. Il est démodé et irréaliste de nier que les adolescent.es aient des relations sexuelles entre eux. Une bonne éducation sexuelle et une communication transparente et ouverte ne conduisent ni à plus de rapports sexuels, ni à des rapports plus précoces, ni à plus de partenaires [110]. Au contraire, en cas de bonne information et éducation sexuelle une diminution des MST, des grossesses et des interruptions de grossesse chez les adolescent.es ont été documentées [113, 114]. Il en va de même pour la contraception d'urgence («pilule du lendemain») [115–117] et la vaccination HPV des

adolescent.es [109]. Les adolescent.es vaccinés contre le HPV ont tendance à être mieux informés sur les MST et leurs connaissances proviennent souvent de sources de meilleure qualité [110]. D'ailleurs 85% des adolescent.es suisses utilisent un préservatif lors de leur premier rapport sexuel et seuls 9% des hommes et 22% des femmes le perçoivent comme étant «désagréable» [118].

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*.



La 1^{ère} partie est parue dans le numéro de *Primary and Hospital Care* en 10/2022, la 3^{ème} partie sera publiée dans le numéro de 12/2022.

Que faut-il mettre en avant dans le conseil sexuel et la prévention des MST?

Au lieu de propager des messages négatifs tels que la peur et l'abstinence, il faut transmettre des informations sur une sexualité saine et agréable. C'était pour ça que le message de la campagne LOVE LIFE de l'OFSP n'était donc pas «Stop au danger», mais «Vers des rapports sexuels protégés» [119]. Attention: même en cas d'utilisation anamnétique de préservatifs, il faudrait tout de même considérer la présence d'une MST en raison de leur efficacité limitée.

Comment parler des MST à mon/ma patient.e?

Il est absolument essentiel d'adopter une attitude respectueuse, sans jugement, et d'utiliser un langage simple et non stigmatisant. Les questions ouvertes permettent au/à la patient.e de donner plus d'informations au médecin. La méthode anglaise des «5P» (tab. 1) peut y aider [60]. D'autres aides concrètes à la communication sont présentées dans le tableau 2. L'entrée en matière pourrait se faire ainsi: «Êtes-vous d'accord que nous parlions de votre vie sexuelle? Cela m'aiderait à trouver une solution à votre problème. Vous êtes libre de répondre à mes questions ou non».

Comment parler des MST avec les migrant.es?

La sensibilité culturelle et linguistique est essentielle et doit être cultivée avec [120-124]:

- une attitude respectueuse,
- un environnement agréable,
- une attitude centrée sur le/la patient.e en
- prenant du temps,
- étant à l'écoute,
- posant des questions ouvertes,
- se renseignant sur leurs problèmes et soucis,
- et leur demandant un dévêtement uniquement s'il est essentiel,

- en cas de barrière linguistique, penser éventuellement à faire appel à un.e interprète spécialisé.e.

L'expérience montre que la plupart des migrant.es originaires de pays où le VIH est endémique sont soulagés qu'une sérologie VIH leur permette de savoir s'ils sont porteurs du VIH ou du sida et qu'un traitement salvateur pourrait ensuite être commencé en conséquence.

Comment informer de la nécessité d'un test de dépistage du VIH?

Nous plaidons pour la détente. Il suffit d'informer à l'oral que l'on va faire un test [125]. Il n'est pas nécessaire d'obtenir un accord écrit, ni d'avoir recours à des conseils complexes ou à une exploration intime et détaillée du comportement sexuel [125, 126]. Néanmoins une anamnèse approfondie des risques est surtout importante lorsque l'exposition remonte à moins de 48h, afin de pouvoir déterminer l'indication d'une prophylaxie post-exposition (PEP) au VIH [37].

Gestion des partenaires et suivi

Dois-je également traiter les partenaires sexuel. les asymptomatiques des personnes atteintes d'une MST?

Jusqu'à présent, le traitement des partenaires était considéré comme faisant partie intégrante de toute gestion réussie des MST [65, 66]. De manière pragmatique, les partenaires sexuel.les des 60 derniers jours (s'ils peuvent être contacté.es) sont traités en cas d'MST bactérienne. De plus en plus souvent, les partenaires souhaitent un dépistage et un traitement antibiotique ciblé (c.à.d. uniquement si la PCR est aussi positive). C'est une approche raisonnable, surtout si ces partenaires en question n'ont plus de relations sexuelles. Il faut toutefois souligner le rapport coût-efficacité dis-

Tableau 1: Méthode des 5P pour une anamnèse sexuelle respectueuse et sans jugement.

Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous des relations sexuelles avec des hommes, des femmes ou les deux? • Avec combien de partenaires avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 3 derniers mois? • Pouvez-vous prendre contact avec vos partenaires sexuel.les des 3 derniers mois?
Pratiques	<ul style="list-style-type: none"> • Pour mieux évaluer le risque: Pouvez-vous me dire quels types de rapports sexuels vous avez eus? Vaginal, anal, oral? • A quelle fréquence utilisez-vous des préservatifs? Jamais, parfois, toujours? <ul style="list-style-type: none"> – Si <i>jamais</i>: pourquoi pas? – Si <i>parfois</i>: dans quelles situations les utilisez-vous? Quand ne les utilisez-vous pas?
Prévention de la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> • Comment vous protégez-vous d'une grossesse non désirée?
Protection contre les MST	<ul style="list-style-type: none"> • Comment vous protégez-vous des MST? • Êtes-vous vacciné(e) contre l'hépatite B (chez les HSH également contre l'hépatite A) et le HPV? • HSH ayant des partenaires alternant.es: avez-vous déjà été conseillé sur la PrEP-VIH ou prenez-vous déjà une PrEP?
Anamnèse personnelle des MST	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous ou l'un de vos partenaires ont-ils eu une MST par le passé? • Avez-vous ou l'un de vos partenaires ont-ils déjà fait un test de dépistage des MST?

Tableau 2: Les choses à dire et à ne pas dire lors de l'anamnèse des MST.

Don'ts: Les choses à ne pas dire	Dos: Les choses à dire
	Êtes-vous sexuellement actif.ve?
Vous ne prenez pas le safer sexe au sérieux?	Avez-vous déjà eu une MST?
Êtes-vous gay? Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec des hommes?	Avez-vous des relations sexuelles avec des hommes, des femmes ou les deux?
N'êtes-vous donc pas fidèle à votre partenaire ?	Dans votre situation, un test VIH serait utile.
Avez-vous eu des rapports sexuels non protégés avec un.e prostitué.e?	Avez-vous eu des rapports sexuels tarifés dans le passé? Je pense à la possibilité d'une infection sexuellement transmissible – en principe est-ce que ce serait possible? À quand date votre dernier contact intime? J'aimerais faire un test pour la syphilis.
Avec vos nombreux partenaires, vous êtes certainement déjà séro-positif.ve.	Un test VIH fait partie du bilan de santé.
Les chlamydias rendent stérile.	Les chlamydias peuvent très rarement entraîner des complications telles qu'une grossesse extra-utérine ou une stérilité – c'est pourquoi je vous recommande de prendre des antibiotiques.
Vous prenez des drogues?	Utilisez-vous des substances stimulantes lorsque vous sortez, faites la fête ou voulez avoir des rapports sexuels?
Avez-vous eu des rapports sexuels en étant ivre / sous l'emprise de drogues et le regrettez-vous maintenant?	Les troubles que vous décrivez apparaissent parfois chez des personnes qui ont eu des rapports sexuels involontaires. Est-ce que cela pourrait également jouer un rôle dans votre cas?
	Avez-vous subi des violences physiques ou psychologiques?

cutable: traiter aujourd'hui peut être moins coûteux que de tester et éventuellement traiter dans deux semaines après l'apparition de symptômes. De plus, le dépistage doit être effectué au plus tôt après deux semaines, car les résultats de la PCR peuvent encore être faussement négatifs dans les deux semaines suivant l'exposition [67, 68]. Le dépistage/traitement ciblé n'est recommandée qu'en cas d'abstinence sexuelle, afin d'éviter les infections à ping-pong. En particulier en cas de partenaires sexuel.les régulier.es/fixes, le traitement du/de la partenaire (même antibiotique, au même moment) est préférable au dépistage individuel. L'abstinence sexuelle n'est pas nécessaire sous traitement. En cas de syphilis, le traitement des partenaires est toujours recommandé sans délai en raison de la probabilité élevée de contagion (>50%) et du risque de séquelles (et en même temps, y compris VDRL/RPR, afin d'obtenir une valeur de base pour vérifier l'efficacité du traitement). En cas de *Mycoplasma genitalium*, seuls les partenaires sexuel.les régulier.es sont dépistés ou traités conjointement [63, 64].

Quand est-ce que le/la patient.e peut à nouveau avoir des rapports sexuels après une MST?

Il convient d'attendre le résultat des analyses, surtout en cas de forte probabilité de MST. En outre, sept jours doivent s'écouler après le début de l'antibiothérapie (chez le/la patient.e et leurs partenaires sexuel.les) et les symptômes doivent avoir disparu [69–71].

Faut-il un frottis de contrôle (appelé «test of cure») après chaque traitement contre les MST ?

Non. Pour la gonorrhée et *M. genitalium*, certain.es spécialistes considèrent que c'est essentiel pour documenter le succès du traitement antibiotique. Cet argument est contrebalancé par le coût des analyses ainsi que l'effort et investissement pour le/la patient.e. La PCR de contrôle (et la culture) est effectuée au plus tôt 14 jours (gonorrhée) ou 6 semaines (*M. genitalium*) après le traitement, car avant cela l'ADN des germes morts peut encore être présent malgré un traitement réussi. Pour la syphilis, un suivi sérologique régulier (VDRL/RPR) est essentiel (voir la 3^{ème} partie dans le numéro du PHC qui paraîtra en 12/2022).

Diagnostic de l'urétrite

Mon patient présente un écoulement urétral et des brûlures après un rapport sexuel sans préservatif. Quels germes de MST dois-je rechercher?

Effectuer en premier lieu une PCR pour les gonocoques et les chlamydias, éventuellement aussi pour *Mycoplasma genitalium*. Si tout est négatif: voir plus bas.

Qu'en est-il des uréaplasmes?

Les uréaplasmes (tout comme les *Mycoplasma hominis*) ne sont pas une étiologie reconnue en cas d'urétrite [57–60]. Nous recommandons donc de ne pas les dépister.

Puis-je mettre plusieurs frottis (urètre/méat, pharynx, vagin, anus) dans une seule éprouvette («pooling» des frottis)?

Même après la réduction du prix de la détection des germes par PCR par l'OFSP du 1.12.2020 [61], le «pooling» des frottis permet d'économiser de l'argent (surtout si la franchise est élevée). La probabilité de détection pourrait certes être un peu plus faible [62], mais des années d'expérience en Suisse montrent que la sensibilité des analyses reste très élevée, même pour les échantillons «poolés». Le «pooling» ne permet plus de suivre la localisation exacte de la MST, mais cela n'a qu'une importance limitée dans la pratique: les recommandations de traitement sont les mêmes pour les infections génitales, anales et orales. Important: chez les HSH avec une détection anale ou «poolée» de chlamydia: demander un test des chlamydia pour les souches LGV (lymphogranuloma venereum).

Un.e patient.e se présente avec une dysurie et un écoulement urétral. Dois-je attendre les résultats du frottis avant de commencer le traitement?

Chez la majorité des patients, la souffrance et les maux sont faibles et il est donc possible d'attendre les résultats de la PCR avant de commencer un traitement et ainsi d'économiser des antibiotiques (toutefois: pas de rapports sexuels tant que le diagnostic n'est pas clair). En cas de symptômes prononcés, commencer éventuellement un traitement empirique contre les gonocoques et les chlamydias (fig. 1).

Les résultats des frottis de mon/ma patient.e atteint.e d'urétrite sont négatifs. Que faire?

La sensibilité des tests PCR pour les chlamydias et les gonocoques est d'environ 90–95%, deux semaines après l'exposition – il peut donc rarement y avoir des



Figure 1: Verrues anogénitales, illustration: © Bettina Rigoli, Bâle (bcrigoli[at]yahoo.com), reproduite avec aimable autorisation.

résultats de frottis faussement négatifs. Si les chlamydias et les gonocoques sont PCR négatifs et que les symptômes persistent: demander une PCR pour les *Mycoplasma genitalium* [63, 64]. De plus envisager une urétrite à HSV. Celle-ci peut se présenter avec ou sans vésicules groupées génitales et/ou péri-génitales sur fond rouge. Chez les hommes, il existe souvent comme indice clinique une inflammation du méat urétral (méatite) avec rougeur périmétrique et sensibilité au toucher. Dans cette situation, prélever un frottis du méat pour une PCR HSV-1 et -2 (en l'absence de signe d'une méatite: PCR HSV à partir de l'urine). En l'absence d'amélioration suite au traitement empirique, des agents pathogènes plus rares responsables d'urétrite entrent également en ligne de compte (consulter un.e spécialiste): Trichomonas, adénovirus, streptocoques, etc.

Herpès génital

Nous avons abordé les questions principales relatives à l'herpès génital, y compris une checkliste détaillée pour la consultation herpétique, dans le numéro du PHC de 03/2020 (<https://primary-hospital-care.ch/article/doi/phc-d.2020.1014>) [72].

Verrues anogénitales

(Synonymes: verrues génitales, condylomes, condylomata acuminata)

Quels sont les symptômes des verrues anogénitales?

Les condylomes sont généralement asymptomatiques. Elles peuvent toutefois être douloureuses, démanger ou saigner en fonction de leur taille et localisation. Les

coïnfections avec d'autres germes de MST sont relativement fréquentes [94]. Les condylomes peuvent être associées à la honte et au dégoût. Un manque d'hygiène est souvent invoqué comme cause, mais ne joue aucun rôle dans l'apparition des condylomes. Les non-spécialistes peuvent toutefois les associer à ce problème, ce qui constitue une source de stress supplémentaire pour les personnes concernées.

Les condylomes sont-ils fréquents?

Oui, le risque à vie est de >10%. Depuis les années 1990, les condylomes ont nettement augmenté, surtout chez les jeunes. Les femmes et les hommes sont concernés à peu près à égalité – par contre les HSH sont environ 4 fois plus concernés que les personnes hétérosexuelles.

La vaccination contre le HPV protège-t-elle contre les condylomes?

Oui, >95% des condylomes sont causées par les types HPV 6 et 11 (qui sont contenus dans le Gardasil et le Gardasil-9). Chez les personnes vaccinées contre l'HPV avant leur premier rapport sexuel, les verrues génitales sont devenues extrêmement rares [95].

Qui m'a transmis les verrues génitales?

Les verrues génitales peuvent apparaître des mois, voire des années après la contamination par l'HPV, ce qui signifie que le moment et la source de la contagion ne peuvent pas être déterminés de manière définitive.

Les verrues anogénitales sont-elles des lésions précancéreuses?

Les HPV de types 6 et 11 ne sont pas oncogènes, c'est-à-dire que les condylomes ne constituent pas des lésions précancéreuses. Mais elles ne protègent pas non plus du cancer, comme on le prétend parfois. Les verrues génitales sont, d'un point de vue épidémiologique, clairement associées aux cancers (qu'ils soient liés à l'HPV ou à d'autres types de cancer comme le cancer du poumon, peut-être via davantage de comportements sexuels à risque et de tabagisme) [96, 97]. Inversement, il n'existe pas de données indiquant que les types HPV oncogènes à haut risque tels que les types 16 ou 18 provoquent des condylomes [98]. La recherche d'ADN d'HPV ou le typage d'HPV ne sont pas recommandés en cas de condylomes.

Quelle est l'évolution sans traitement?

Chez environ 1/3 des personnes concernées, les condylomes guérissent spontanément au bout de 1 à 2 ans – attendre sans traitement peut être une option acceptable.

Quelle est l'efficacité et le confort du traitement?

Le traitement est souvent pénible et douloureux. Aucune méthode de traitement n'est clairement supérieure à l'autre [98, 99]. En règle générale 2 à 6 visites chez le médecin sont nécessaires. Tous les traitements topiques ont des effets secondaires cutanés locaux parfois pénibles. Par exemple la crème imiquimod (Aldara®) provoque des rougeurs locales, une inflammation ou des démangeaisons chez >50% des personnes traitées. Le virus n'est pas toujours éliminé par le traitement – les récurrences sont donc fréquentes (>20–30%) indépendamment de la méthode de traitement.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré de liens financiers ou personnels en rapport avec cet article.

Les neuf références principales

- Dietrich L, Notter J, Huber B, et al. HPV-Impfung: Update 2019 für die Impfberatung. *Swiss Med Forum*. 2019;19:220–6.
- Itin P, Bosshard P, Trelu L, et al. Syphilis: Diagnostik und Behandlung. *Swiss Med Forum – Schweizerisches Medizin-Forum*. 2015;19:459–65.
- Schoepf I, Haerry D, Tarr P. HIV Prophylaxe. *Pharmakritik*. 2021;42(6)PK1135. https://www.infomed.ch/pk_template.php?pkid=1135
- British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of infection with *Mycoplasma genitalium* 2018 [Internet]. Published online 2019. Available from <https://bashh.org/guidelines> (Accessed 10.02.2021).
- Tarr P. Sexuell übertragene Infektionen mit *Chlamydia trachomatis*: Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Sexuelle Gesundheit (EKSG) und der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (SSI). *BAG Bull*. 2017;(August):8–14.
- British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). 2018 UK national guideline for the management of infection with *Neisseria gonorrhoeae* [Internet]. Published online 2020. Available from <https://www.bashhguidelines.org/current-guidelines/urethritis-and-cervicitis/mycoplasma-genitalium-2018/> (Accessed 09.02.2021).
- Trelu T, Oertle, D Itin, P Furrer, H Scheidegger, C Stoeckle, M Schmid, P Bernasconi, E Cavassini, M Boffi El Amari, E Kahlert C, Veronazza, P Fehr, J Calmy, A Low, N Martinetti Lucchini, G Tarr P. Gonorrhoe: neue Empfehlungen zu Diagnostik und Behandlung. *Swiss Med Forum*. 2014;14(20).
- Surber J, Hunziker M, Navarria I, et al. Genitalherpes – Update 2020 für die Praxis. *Prim Hosp Care Allg Inn Medizin*. 2020;20(3):100–4.
- Golden MR, Marra CM, King HK. Update on Syphilis Resurgence of an Old Problem. *JAMA – J Am Med Assoc*. 2003;290(11):1510–4.

Références

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