



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Evaluation des pratiques de prise en charge des infections génitales à
Chlamydia trachomatis et *Neisseria gonorrhoeae* aux urgences
gynécologiques du CHRU de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 29 septembre 2016 à 14h00
au Pôle Recherche

Par Matthieu BELLENGIER

JURY

Président :

Madame le Professeur FAURE Karine

Assesseurs :

Monsieur le Professeur SUBTIL Damien

Monsieur le Docteur DESSEIN Rodrigue

Madame le Docteur GIRAUDET Géraldine

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur CANNESSON Olivier

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDC	Centers for Disease Control and prevention
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNR	Centre National de Référence
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
CRP	C-Reactive Protein
DIU	Dispositif Intra-Utérin
FCS	Fausse Couche Spontanée
FCV	Frottis Cervico-Vaginal
GEU	Grossesse Extra-Utérine
HCG	Human Chorionic Gonadotropin
IGB	Infection Génitale Basse
IGH	Infection Génitale Haute
IM	Intra-Musculaire
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IV	Intra-Veineux
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
PCR	Polymerase Chain Reaction
PMA	Procréation Médicalement Assistée
SFD	Société Française de Dermatologie
SPILF	Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
Matériels et méthodes.....	7
I. Caractéristiques de l'étude	7
II. Recueil des données	7
III. Population étudiée	8
IV. Données recueillies	8
A. Données administratives	9
B. Motifs de consultation.....	9
C. Antécédents	9
D. Examen clinique	9
E. Echographie	10
F. Biologie	10
G. Prise en charge initiale	10
H. Prise en charge secondaire.....	10
I. Suivi	11
J. Synthèse	11
V. Analyse statistique.....	12
Résultats	13
I. Description de la population	13
A. Données démographiques	14
B. Antécédents gynéco-obstétricaux des patientes	15
II. Prise en charge aux urgences	17
A. Données cliniques	17
B. Données Paracliniques	19
C. Diagnostic évoqué.....	20
D. Prise en charge thérapeutique	21
III. Prise en charge après résultats microbiologiques	24
A. Résultats microbiologiques	24
B. Diagnostic secondaire	25
C. Traitements utilisés après résultats microbiologiques	26
IV. Prise en charge en consultation.....	27
V. Evaluation des pratiques selon les recommandations	31
Discussion	34
Conclusion.....	41
Références bibliographiques	42
Annexes	45
Annexe 1 : Critères majeurs et additifs pour le diagnostic d'IGH (7).....	45
Annexe 2 : Recommandations de prise en charge thérapeutique des IGH et IGB : traitements de première intention selon chaque société savante (7)(10)(11)(12)..	46
Annexe 3 : Evolution de la proportion de souches de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> résistantes à la Ciprofloxacine, entre 2001 et 2013 (13).....	47
Annexe 4 : Evolution des comportements sexuels au cours des 12 derniers mois	

chez les patients ayant une gonococcie, réseau RésIST, 2004-2014 (15).....	48
Annexe 5 : Evolution du nombre d'infections uro-génitales à <i>Chlamydia trachomatis</i> et de laboratoires participants selon le sexe, réseau Rénachla, 2000-2014 (15).....	49
Annexe 6 : Evolution du nombre d'infections à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> selon le sexe, réseau des laboratoires Rénago, 2001-2014 (15).	50
Annexe 7 : Questionnaire de recueil de données.....	51
Annexe 8 : Courrier-type de convocation en consultation de Maladies Infectieuses.	58

RESUME

Contexte : Les infections à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* sont les Infections Sexuellement Transmissibles bactériennes les plus fréquentes, particulièrement chez les personnes de moins de 25 ans. Les Infections Génitales Hautes qu'elles peuvent provoquer sont la cause d'une morbidité importante, nécessitant de les diagnostiquer et de les traiter au moindre signe d'appel. Nous avons réalisé une évaluation des pratiques de prise en charge des infections génitales pour ces 2 bactéries au sein des urgences gynécologiques du CHRU de Lille.

Méthode : 92 patientes ayant une PCR *Chlamydia trachomatis* et/ou *Neisseria gonorrhoeae* positives lors d'un prélèvement réalisé aux urgences gynécologiques ont été incluses entre le 1er septembre 2014 et le 31 décembre 2015. Les données cliniques, biologiques et de suivi ont été recueillies rétrospectivement. La prise en charge à la fois diagnostique et thérapeutique de ces infections a été comparée aux recommandations de 4 sociétés savantes : le CNGOF, la SPILF, le CDC, et la SFD.

Résultats : Nous avons répertorié 75 infections à *Chlamydia trachomatis*, 11 à *Neisseria gonorrhoeae* et 6 co-infections. Le motif de consultation principal était les douleurs abdomino-pelviennes (61%). 75% des patientes étaient âgées de 25 ans ou moins. 25% présentaient un antécédent d'Interruption Volontaire de Grossesse. 34% se sont présentées pour un constat d'agression sexuelle. Plus de 50% des dossiers n'avaient aucun diagnostic clairement évoqué, et 53% des patientes ressortaient sans traitement antibiotique probabiliste. Parmi les patientes traitées, le traitement était adapté aux recommandations dans 26% des cas le jour de la consultation et 54% des cas après réception des résultats microbiologiques. La Doxycycline et l'Ofloxacin étaient utilisées en proportion quasi équivalente dans respectivement 37 et 32% des cas. 40% des patientes (hors constats d'agression sexuelle) étaient revues en consultation de suivi. Le taux de guérison clinique était de 60% à la première consultation et de 100% à la seconde.

Conclusion : Un dépistage systématique pourrait être proposé aux urgences gynécologiques : Femmes <25 ans actives sexuellement, ou >25 ans présentant des

facteurs de risque. Un questionnaire « type » pourrait être inclus dans l'observation des urgences afin de dépister ces facteurs. Il est primordial qu'une prise en charge uniformisée de ces infections soit mise en place.

INTRODUCTION

Depuis les années 1980 et la médiatisation de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les infections sexuellement transmissibles (IST) ont pris une place particulière dans l'imaginaire collectif.

En médecine générale, les IST les plus fréquemment rencontrées restent de loin les IST bactériennes, avec en tête de liste les infections à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*. Elles sont grevées d'une morbidité importante et entraînent des complications sévères, essentiellement chez la femme. (Grossesse extra-utérine (GEU), stérilité tubaire...) (1).

Chlamydia trachomatis est une bactérie appartenant au genre *Chlamydia*, auquel appartiennent 9 espèces. L'espèce *Chlamydia trachomatis* comprend 19 sérovars (caractéristiques antigéniques permettant de différencier les souches), entraînant des infections sérovars-spécifiques (2). L'infection à *Chlamydia trachomatis* est la plus fréquente des IST bactériennes en Europe et aux Etats-Unis. La prévalence est estimée à 1,4% chez l'homme et 1,6% chez la femme selon le réseau NATCHLA (3), et 6% chez l'homme et la femme selon le réseau RENACHLA, comportant une population plus sélectionnée (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), Centre de Planification et d'Education Familiale(CPEF)) (4). Les infections uro-génitales sont asymptomatiques chez 75% des femmes et 50% des hommes. **Chez l'homme**, le tableau classique associe urétrite mucopurulente trainante, pouvant se compliquer d'orchite-épididymite. **Chez la femme**, on retrouve des infections génitales basses (vaginites, cervicites) ou hautes (salpingite, endométrite, maladie pelvienne inflammatoire, péri-hépatite ou infection tubaire latente). L'inflammation génitale générée par l'infection est à l'origine de fibrose et de modifications structurelles pouvant être irréversibles, surtout en cas d'infections répétées, et peut être source de séquelles après traitement. Elle serait la 1ère cause de stérilités tubaires (5).

Neisseria gonorrhoeae est un diplocoque, Gram négatif, appartenant au genre *Neisseria*. Le tableau clinique classique **chez l'homme** est l'urétrite antérieure aiguë, souvent bruyante, caractérisée par une dysurie douloureuse, un écoulement urétral purulent jaune verdâtre généralement abondant, un prurit urétral, des symptômes d'épididymite, une méatite inflammatoire voire une balanite. L'infection est dans la majorité des cas symptomatique chez l'homme. **Chez la femme**, l'infection

gonococcique est le plus souvent asymptomatique, dans 50 à 90% des cas selon les études. L'expression clinique chez la femme, lorsqu'elle est présente, se traduit par une cervicite, avec leucorrhées purulentes (cervico-vaginite), voire une irritation vulvaire (cervico-vulvo-vaginite). Il peut s'y associer une urétrite : brûlures mictionnelles, dysurie, dyspareunie, métrorragies ou pesanteur pelvienne. Les complications les plus fréquemment observées sont une inflammation des glandes para-urétrales et des glandes de Bartholin, une endométrite ou une salpingite. Celles-ci peuvent entraîner une algie pelvienne inflammatoire, une stérilité tubaire et un risque de grossesse extra-utérine (6).

On distingue les infections génitales hautes (IGH) et les infections génitales basses (IGB). Les infections génitales hautes représentent les infections utéro-annexielles compliquées ou non : endométrites, salpingites, abcès tubo-ovariens, pelvipéritonite d'origine génitale. Leur diagnostic est réalisé à partir de critères majeurs et additifs (Annexe 1). La présence des 2 critères majeurs est suffisante pour initier un traitement. Si un seul critère majeur est présent, il faut poursuivre les examens afin d'améliorer la suspicion diagnostique à l'aide de critères additifs. La définition d'IGH compliquée se limite aux abcès tubo-ovariens ou pelvipéritonites nécessitant une prise en charge chirurgicale. **Les infections génitales basses** représentent les infections ne présentant pas ces critères (7).

Le dépistage de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae* s'effectue chez l'homme par PCR sur premier jet d'urine, qui est équivalent au prélèvement urétral mais a l'avantage d'être mieux accepté et toléré. **Chez la femme, la méthode recommandée est la PCR sur Prélèvement Vaginal**, soit par un médecin, soit par auto-prélèvement (efficacité comparable). En revanche, la détection sur premier jet d'urine serait jusqu'à 10% inférieure au prélèvement vaginal (8), et est également moins bien acceptée que l'auto-prélèvement vaginal (9). Une culture de *Neisseria gonorrhoeae* peut être ajoutée en cas d'échec d'un traitement initial afin de rechercher des résistances au traitement (10).

Les recommandations des différentes sociétés savantes divergent sur le traitement antibiotique et notamment sur la place des quinolones (Annexe 2). Néanmoins toutes les recommandations sont d'accord sur un point : en cas de suspicion d'IGH, une antibiothérapie probabiliste doit être débutée sans attendre les

résultats bactériologiques, par voie orale et en ambulatoire si possible, puisqu'il n'existe pas d'avantage par rapport à un traitement intraveineux et/ou en hospitalisation (7)(10)(11)(12). L'évolution récente est marquée par l'émergence des résistances aux quinolones de *Neisseria gonorrhoeae*. Près de 40% des souches sont maintenant résistantes (13)(Annexe 3), les quinolones restant néanmoins le traitement de première intention des IGH recommandé par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (7).

Le suivi est bien protocolé et s'organise comme suit : première consultation au 7ème jour, dont l'objectif est l'évaluation de la guérison clinique (disparition de la symptomatologie), la recherche d'IST associées et le dépistage et traitement des partenaires. Une consultation à 5 semaines a pour objectif l'évaluation de la guérison biologique (PCR de contrôle) et enfin une consultation entre 3 et 6 mois est recommandée pour contrôle de la recontamination éventuelle (6)(14).

L'évolution des pratiques sexuelles est marquée par une utilisation insuffisante du préservatif masculin, en particulier lors des rapports bucco-génitaux, ainsi qu'une modification des modes de rencontre de nouveaux partenaires facilitant les rencontres et pouvant augmenter le nombre de partenaires ou les rapports à risque (sites internet, applications smartphone, speed dating etc...). On constate parallèlement une augmentation du nombre de cas de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae*. Le corollaire de cette situation est la nécessité d'une vigilance accrue de la part des médecins afin d'effectuer le dépistage précoce de ces infections (15)(annexes 4, 5 et 6).

Les études récentes s'intéressant à ces infections sont concentrées sur des populations spécifiques (centre de dépistages anonymes et gratuits (CDAG), centre d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), prostituées, militaires, population homosexuelle etc...). Elles s'étaient principalement intéressées à l'épidémiologie et la prévalence des formes asymptomatiques.

Dans la population féminine, la tranche d'âge la plus touchée par les IST est celle de moins de 25 ans (16). Or à cet âge, en dehors de l'occasionnelle consultation pour renouvellement de contraception chez leur médecin traitant, les femmes jeunes ne bénéficient d'aucun autre suivi, d'où l'importance d'aborder le sujet de la sexualité et des dépistages au cours de ces consultations. Les urgences gynécologiques constituent souvent la seule autre source de recours médical chez

les femmes jeunes en bonne santé, d'où l'importance de rechercher un possible lien entre le motif de consultation aux urgences et une IST.

L'objectif de tout service d'urgence est de trier les pathologies par degré d'urgence. Actuellement, dans notre centre, en cas de suspicion d'IST, un prélèvement est effectué et en l'absence de critères de gravité, le retour à domicile est autorisé. La mise en route d'un éventuel traitement probabiliste dans l'attente des résultats est décidée par le clinicien.

En cas de résultats positifs, la patiente est recontactée. Un traitement antibiotique est alors initié ainsi qu'un dépistage systématique de toutes les autres IST et une proposition de dépistage du partenaire. Une consultation de suivi en maladies infectieuses est également proposée.

L'objectif principal de cette étude est une évaluation des pratiques professionnelles concernant la prise en charge diagnostique de ces IST, différenciant les infections génitales hautes et basses à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*, ainsi que leur prise en charge thérapeutique aux urgences gynécologiques puis en consultation de maladies infectieuses, comparées aux recommandations françaises et américaines.

Les objectifs secondaires sont la description des caractéristiques démographiques et épidémiologiques de la population, de l'observance du suivi, de l'observance du traitement et de sa tolérance.

MATERIELS ET METHODES

I. Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective mono-centrique de type « évaluation des pratiques professionnelles », réalisée sur la période du 1^{er} septembre 2014 au 31 décembre 2015.

II. Recueil des données

Le recueil de données a été effectué de façon rétrospective pour la période entre le 1^{er} septembre 2014 et le 31 décembre 2015.

Les patientes ont été sélectionnées à partir de la base de données du laboratoire de Bactériologie. La liste de l'ensemble des patientes pour lesquelles un prélèvement vaginal a été réalisé à la recherche de *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria Gonorrhoeae* par PCR, a été extraite sur les UF4102 et 4104 correspondant aux urgences gynécologiques. A partir de cette liste nous avons retenu les prélèvements positifs.

Le recueil des données cliniques et biologiques a été réalisé à partir des dossiers papiers des urgences gynécologiques de l'hôpital Jeanne de Flandres (ou archivés au sein de la société Recall), des dossiers de constats d'agression sexuelle archivés à l'hôpital Jeanne de Flandres, des dossiers informatisés, c'est-à-dire les courriers de sortie, courriers de consultation et examens complémentaires (échographie par exemple) provenant de Gynécologie ou de Maladies Infectieuses, disponibles dans le Système d'Information Hospitalier « Sillage », des dossiers papiers de suivi en Maladies Infectieuses, archivés à l'hôpital Claude Huriez et enfin à partir des fiches IST faxées en maladies infectieuses par la Cadre de santé des urgences gynécologiques. Les données administratives ont été recueillies via le logiciel GAM (Gestion Administrative du Malade).

III. Population étudiée

Les critères d'inclusions étaient :

- Patientes ayant bénéficié d'une consultation aux urgences gynécologiques de l'hôpital Jeanne de Flandres,
- sur la période du 1^{er} septembre 2014 au 31 décembre 2015,
- pour lesquelles une recherche de *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* a été réalisée, et était positive à au moins l'une de ces deux bactéries.

Ainsi, les patientes incluses dans l'étude étaient identifiées à partir des résultats du laboratoire de microbiologie.

L'intégralité des patientes répondant à ces critères sur la période d'observation ont été incluses dans l'étude, soit 92 patientes sur 497 prélèvements effectués sur cette période.

IV. Données recueillies

La création d'un dossier administratif permettant de convoquer et de suivre les patientes en Maladies Infectieuses a été validée par la CNIL (demande n° DEC2015-73). Une seconde demande a été effectuée pour la création du fichier de recueil de données, mais celui-ci étant complètement anonyme, il s'avère qu'il n'entre pas dans le cadre de la Loi Informatique et Libertés, et n'est donc pas soumis à déclaration.

Le recueil a été effectué sur un questionnaire papier (annexe 7) en raison des multiples sources, puis retranscrit dans un masque de saisie sur le logiciel EpiData v3.1 (17).

Il est découpé en 10 chapitres :

A. Données administratives

Cette première partie contient les données administratives suivantes : Age, statut marital et couverture sociale.

B. Motifs de consultation

La seconde partie regroupe les principaux motifs de consultation aux urgences gynécologiques : Douleurs abdominopelviennes, leucorrhées, métrorragies, signes fonctionnels urinaires, symptômes vulvaires, dyspareunie et enfin les constats d'agression sexuelle.

C. Antécédents

La troisième partie précise les antécédents recensés au moment de leur consultation aux urgences : le nombre de grossesses et d'enfants, ainsi que les éventuelles fausses couches spontanées, IVG, IMG, GEU ou PMA, la notion d'IGH ou IGB antérieures, et si des IST ont déjà été diagnostiquées.

La variable « rapport non protégé récent » correspond à la présence écrite dans l'observation des urgences d'un rapport non protégé dans le mois précédent la consultation aux urgences. On y précise ensuite la prise de produits désinhibants avant le rapport (alcool, drogue).

La variable « Suivi gynéco » correspond à la présence dans le dossier du nom d'un gynécologue « référent » de la patiente, une case étant prévue à cet effet sur la feuille d'observation des urgences.

La variable « FCV de moins de 3 ans » correspond à la réalisation d'un Frottis Cervico-Vaginal récent, et comprend une réponse « non concernée », correspondant aux femmes de moins de 25 ans (18).

La dernière donnée décrit le moyen de contraception.

D. Examen clinique

La quatrième partie précise les symptômes retrouvés aux urgences : Fièvre, leucorrhées, métrorragies, syndrome rectal, signes fonctionnels urinaires, prurit, mais également les critères majeurs d'une IGH : Douleurs pelviennes spontanées, douleurs annexielles provoquées et douleurs à la mobilisation utérine (cf annexe 1).

E. Echographie

La cinquième partie contient le diagnostic échographique. Trois critères mineurs sont recensés (Épaississement pariétal tubaire supérieur à 5mm, signe de la roue dentée, masse hétérogène latéro-utérine) (cf annexe 1), ainsi que d'autres signes échographiques classiques ne rentrant pas dans ces critères, comme un épanchement du cul de sac de Douglas par exemple.

F. Biologie

La sixième partie contient les résultats de CRP, de leucocytes et de BétaHCG, lorsqu'ils sont demandés.

Les seuils de CRP ainsi que d'hyperleucocytose ont été choisis arbitrairement, étant donné l'absence de seuil défini dans les recommandations, qui utilisent les termes de CRP « élevée » ou d' « Hyperleucocytose ».

G. Prise en charge initiale

La septième partie, contenant le terme « initial », correspond à ce qui a été réalisé le jour de la consultation : Le diagnostic posé aux urgences, le traitement prescrit en détaillant les molécules utilisées, les posologies et la durée, ainsi qu'une éventuelle prise en charge chirurgicale. On y mentionne également la réalisation ou non d'une ordonnance pour le partenaire, et si la patiente est hospitalisée ou reconvoquée avant sa sortie.

La réponse « pas de diagnostic » correspond à l'absence de diagnostic précis noté dans l'observation des urgences.

La réponse « pas de traitement » correspond à l'absence de traitement mentionné dans ce questionnaire. Il peut donc y avoir eu un traitement symptomatique ou un traitement (non antibiotique) ne rentrant pas dans le cadre de l'étude.

H. Prise en charge secondaire

La huitième partie regroupe les résultats microbiologiques, ainsi que la prise en charge des patientes après réception de ces résultats. Elle reprend en grande partie les mêmes items qu'au chapitre précédent.

En ce qui concerne les résultats biologiques, la réponse « non fait » correspond à l'absence de prélèvements réalisés le jour du passage aux urgences.

I. Suivi

La neuvième partie comprend toutes les informations concernant le suivi en consultation, soit de Maladies Infectieuses, soit de Gynécologie, et en particulier la notion de guérison clinique et biologique.

La variable « Fiche IST faxée » correspond au tableau de recueil des fiches IST faxées en Maladies Infectieuses par la Cadre de santé des urgences gynécologiques. En cas de constat d'agression sexuelle, la fiche n'est volontairement pas faxée, d'où la réponse numéro 3.

La variable « convoquée » correspond aux patientes recontactées par le service de Maladies Infectieuses afin de définir une date de consultation de suivi. La réponse « non contactée » comprend les patientes pour lesquelles aucune fiche IST n'a été faxée. La réponse « non joignable » correspond à celles pour lesquelles une fiche a bien été faxée mais n'ayant pas pu être joignable personnellement par téléphone afin d'organiser la consultation.

La « guérison clinique » correspond à la disparition de la symptomatologie ayant amené la patiente à consulter aux urgences, ainsi que l'absence de nouveaux symptômes pouvant correspondre à une IGH ou une IGB.

La « guérison biologique » correspond à la négativation de la PCR correspondante.

J. Synthèse

Ce dernier chapitre correspond à la synthèse de l'évaluation des pratiques, il s'agit donc d'une interprétation de l'auteur de l'étude.

-Le « diagnostic » est déduit en fonction des données de l'observation, en accord avec les recommandations diagnostiques des IGH (annexe 1).

« IGH probable » correspond à la présence des 2 critères majeurs.

« IGH possible » correspond à la présence d'1 critère majeur et d'au moins 1 critère additif (choix arbitraire, le nombre de critères additifs nécessaires à l'affirmation du diagnostic n'étant pas précisé dans les recommandations).

« IGB » correspond à la présence d'1 critère majeur sans critère additif, ou d'aucun critère majeur.

« Ne peut pas répondre » sous-entend l'absence d'informations cliniques suffisantes permettant de prendre une décision.

-Les traitements entrepris aux chapitres 7 et 8 (initial et secondaire) sont ensuite comparés aux recommandations (Annexe 2), afin de définir si le traitement est adapté ou non.

Le traitement a été jugé « non adapté » si :

- Absence de traitement probabiliste en cas d'IGH probable ou possible,
- l'association de molécules ne correspondait à aucune recommandation,
- les posologies étaient inférieures aux posologies recommandées,
- la durée de traitement était inférieure à la durée recommandée.

« Ne peut pas répondre » correspond aux diagnostics n'ayant pas pu être interprétés, ou à l'absence de données sur les traitements entrepris.

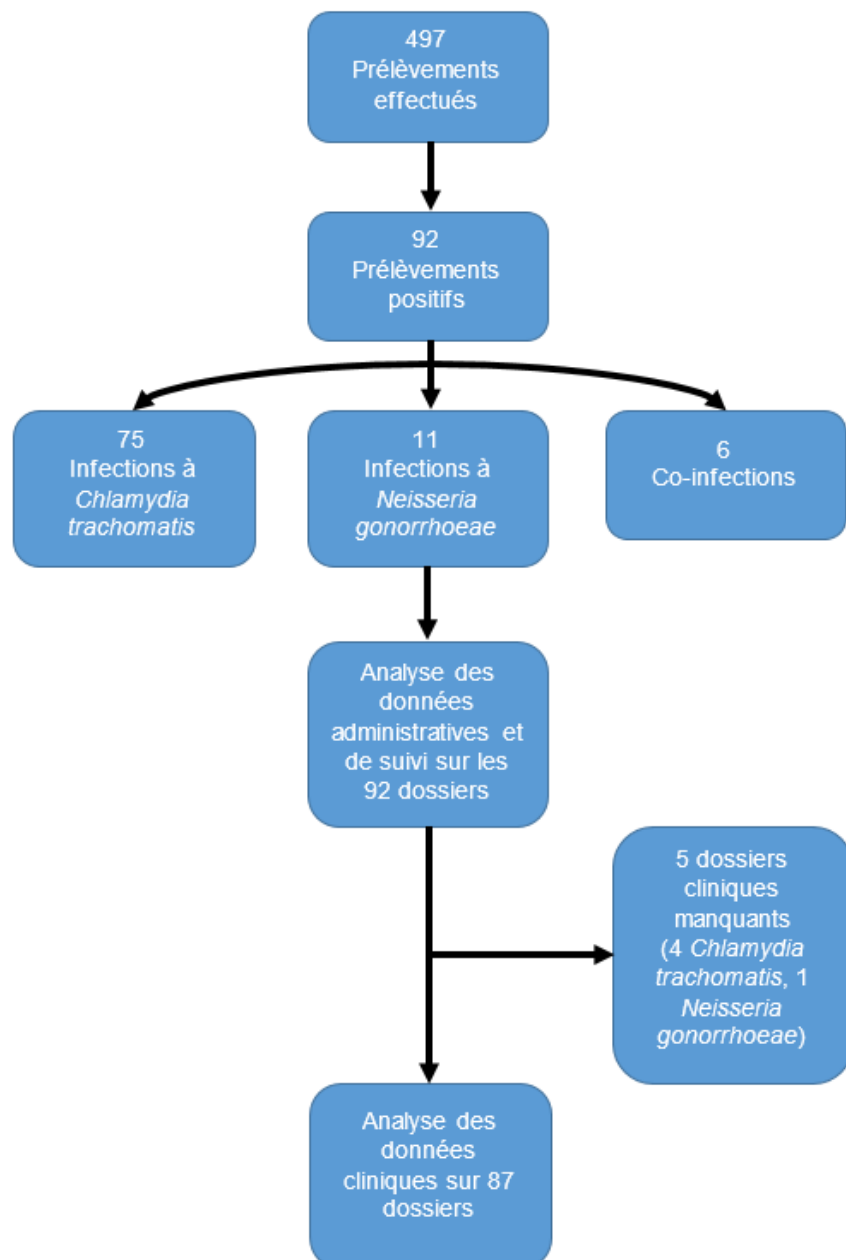
V. Analyse statistique

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel R (19). La comparaison des variables catégoriques a été effectuée à l'aide d'un test exact de Fisher ou d'un test de χ^2 . Une valeur de $P < 0.05$ était considérée significative.

RESULTATS

I. Description de la population

Figure 1 : Diagramme de flux



497 prélèvements ont été effectués sur la période d'intérêt. Sur ces 497 prélèvements, 92 sont revenus positifs dont 75 à *Chlamydia trachomatis*, 11 à *Neisseria gonorrhoeae* et 6 co-infections. 87 des 92 dossiers cliniques ont pu être retrouvés et analysés.

A. Données démographiques

L'âge médian était de 21.5 ans (minimum : 15 – maximum : 53), pour une moyenne de 23.34 ans. 75% des patientes étaient âgées de 25 ans ou moins.

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques

	Effectif n=92 (%)
Statut conjugal	
En couple/mariée	17 (18)
Non en couple	65 (71)
Non renseigné	10 (11)
Couverture sociale	
Sécurité sociale (avec ou sans mutuelle)	59 (64)
CMU+CMUC	22 (24)
Non renseigné	11 (12)

La majorité des patientes n'étaient pas en couple au moment de leur consultation (71%). 88% des patientes avaient déclaré une couverture sociale à l'entrée, dont une minorité dépendait de la CMU.

B. Antécédents gynéco-obstétricaux des patientes

Tableau 2 : Gestité et Parité

	Effectif n=87 (%)
Nombre de grossesses	
0	48 (55)
1	13 (15)
2	14 (16)
3 et +	11 (13)
Non renseigné	1 (1)
Nombre d'enfants	
0	62 (71)
1	15 (17)
2	3 (3)
3 et +	6 (7)
Non renseigné	1 (1)

La majorité des patientes étaient nulligestes et nullipares. 44% des patientes avaient un antécédent de grossesse, mais seulement 27% avaient un enfant.

Tableau 3 : Causes d'interruption de grossesse

	Effectif n=87 (%)
Antécédents de FCS	7 (8)
Antécédents d'IVG	21 (25)
Nombre d'IVG	
0	62 (71)
1	12 (14)
2	7 (8)
3 et +	2 (2)
Non renseigné	3 (3)
Antécédents d'IMG	1 (1)
Antécédents de GEU	3 (3)
Antécédents de PMA	1 (1)

Parmi les causes d'interruption de grossesse, 25% des patientes avaient un antécédent d'IVG.

Tableau 4 : Antécédents infectieux et conduites à risques

	Effectif n=87 (%)
Antécédents d'IGH	4 (5)
Non renseigné	79 (91)
Si oui, IGH compliquée	0
Antécédents d'IGB	1 (1)
Non renseigné	81 (93)
Antécédents d'IST	3 (3)
Non renseigné	82 (94)
Micro-organisme non connu	1 (1)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	2 (2)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	0
VIH	0
VHB	0
VHC	0
Syphilis	0
Rapport non protégé récent	54 (62)
Non renseigné	33 (38)
Si oui, consommation avant le rapport	
Alcool	14 (16)
Drogues (cannabis, cocaïne)	8 (9)
Non renseigné	32 (37)

Les antécédents d'IGH, d'IGB et d'IST n'étaient pas précisés dans les dossiers dans respectivement 91, 93 et 94% des cas. 62% des patientes avaient déclaré un rapport récent non protégé. Une consommation d'alcool était retrouvée dans 16% des cas et de drogues dans 9% des cas.

Tableau 5 : Suivi gynécologique

	Effectif n=87 (%)
Suivi gynécologique	19 (22)
Non renseigné	30 (34)
FCV <3ans	30 (34)
Non concernée (<25 ans)	43 (50)
Non renseigné	14 (16)
Mode de contraception	
Pilule (oestroprogestative ou progestative)	21 (24)
Implant	9 (10)
DIU	18 (21)
Préservatif	3 (3)
Aucune	34 (39)
Non renseigné	2 (2)

Une minorité de patientes bénéficiaient d'un suivi par un gynécologue (22%).
39% des patientes n'utilisaient aucun moyen de contraception.

II. Prise en charge aux urgences

A. Données cliniques

Tableau 6 : motifs de consultation

	Effectifs n=87 (%)
Motifs de consultation	
Douleurs abdominopelviennes	53 (61)
Leucorrhées	19 (22)
Métrorragies	13 (15)
Dyspareunies	3 (3)
Symptomatologie vulvaire	5 (6)
Signes fonctionnels urinaires	9 (10)
Constat d'agression sexuelle	30 (34)

34% des patientes de notre population s'étaient présentées pour un constat d'agression sexuelle.

Sur le plan symptomatique, les douleurs abdominopelviennes étaient le symptôme principal amenant à consulter (61% des patientes), suivi par les leucorrhées (22%).

Tableau 7 : Signes cliniques

	Constats n=30 (%)	Autres motifs n=57 (%)
Signes cliniques		
Fièvre	0	3 (5)
Leucorrhées	3 (10)	31 (54)
Métrorragies	1 (3)	11 (19)
Syndrome rectal	1 (3)	0
Signes fonctionnels urinaires	1 (3)	9 (16)
Prurit	1 (3)	4 (7)
Critères majeurs :		
Douleurs pelviennes spontanées	5 (17)	52 (91)
Douleurs annexielles provoquées	0	16 (28)
Douleurs à la mobilisation utérine	0	24 (42)
Toucher vaginal non réalisé	30 (100)	2 (4)

Le toucher vaginal n'était jamais réalisé lors des constats d'agression sexuelle. Pour les patientes consultant pour une symptomatologie, les principaux signes cliniques étaient les douleurs pelviennes spontanées, les leucorrhées et les douleurs à la mobilisation utérine.

B. Données Paracliniques

Tableau 8 : Données paracliniques

	Constats n=30 (%)	Autres motifs n=57 (%)
Echographie		
Non réalisée	30 (100)	3 (5)
Normale		28 (49)
Si anormale : Critères additifs		
Epaississement pariétal tubaire >5mm		6 (23)
Signe de la roue dentée		0
Masse hétérogène latéro-utérine		4 (15)
Autres signes échographiques :		
Epanchement du cul de sac de Douglas		14 (54)
Hématométrie		2 (8)
Pyosalpinx		2 (8)
Muqueuse utérine anormale ou épaissie		1 (4)
Kyste de l'ovaire		10 (38)
CRP		
Positive 5 à 50 mg/L	0	22 (39)
>50 mg/L	0	10 (18)
Négative	1 (3)	17 (30)
Non demandée	29 (97)	8 (14)
Leucocytes		
>12 000 /mm ³	5 (17)	18 (32)
Négatifs	23 (77)	31 (54)
Non demandés	2 (7)	8 (14)
BétaHCG		
Positifs	0	2 (4)
Négatifs	30 (100)	44 (77)
Non demandés	0	11 (19)

L'échographie n'était jamais réalisée lors des constats d'agression sexuelle. La CRP était également très peu demandée (3%).

46% des patientes consultant pour une symptomatologie présentaient une anomalie échographique, majoritairement un épanchement du cul de sac de douglas (54%). On retrouvait également 56% de CRP supérieures à la normale et 32% d'hyperleucocytoses.

C. Diagnostic évoqué

Tableau 9 : Diagnostic aux urgences

	Constats n=30 (%)	Autres motifs n=57 (%)
Diagnostic		
Suspicion d'IGH		9 (16)
Salpingite		6 (11)
Endométrite		1 (2)
Abcès tubo-ovarien		1 (2)
Vulvo-vaginite		3 (5)
Cystite		4 (7)
IGB		2 (4)
Pas de diagnostic	30 (100)	31 (54)

Aucun diagnostic probabiliste n'était émis lors des constats, mais il y avait également 54 % des dossiers de consultation pour lesquels aucun diagnostic n'était évoqué.

D. Prise en charge thérapeutique

Tableau 10 : Prise en charge aux urgences

	Constats n=30 (%)	Autres motifs n=57 (%)
Traitement probabiliste		
Prescrit aux urgences	27 (90)	26 (46)
Informée par téléphone et ordonnance envoyée	0	1 (2)
Non joignable mais ordonnance envoyée	0	0
Pas de traitement	3 (10)	30 (53)
Retrait DIU	0	7 (12)
Non concernée	30 (100)	39 (68)
Cœlioscopie/traitement chirurgical	0	1 (2)
Sérovaccination VHB	22 (73)	0
Trithérapie	25 (83)	0
Contraception d'urgence	21 (70)	0
Ordonnance pour le partenaire	0	0
Non faite/non mentionnée	30 (100)	57 (100)
Adressé vers médecin traitant	0	0
Hospitalisation	1 (3)	13 (23)
Si oui, service :		
Gynécologie	0	12 (92)
Maladies Infectieuses	0	0
Autres	1 (3)	1 (8)
Reconvoquée	0	13 (23)

53% des patientes (hors constats d'agression sexuelle) sortaient sans traitement probabiliste. 23% des patientes étaient reconvoquées, et 23% également étaient hospitalisées. Aucun dossier ne faisait mention du partenaire le jour de la consultation aux urgences.

Tableau 11 : Molécules utilisées en traitement probabiliste

	Constats n=30 (%)	Autres motifs n=57 (%)
Bétalactamines :		
Ceftriaxone	0	12 (21)
Cefixime	0	0
Amoxicilline-Acide clavulanique	0	4 (7)
Macrolides :		
Azithromycine	19 (63)	1 (2)
Erythromycine	0	0
Cyclines :		
Doxycycline	3 (10)	12 (21)
Quinolones :		
Ofloxacine	0	6 (11)
Levofloxacine	0	0
Imidazolés :		
Métronidazole	1 (3)	19 (33)
Acides Phosphoniques		
Fosfomycine	0	4 (7)

On remarque que l'azithromycine était majoritairement utilisée lors des constats d'agression sexuelle, correspondant principalement à des situations d'infections asymptomatiques. Pour les autres motifs, la Doxycycline était utilisée dans 21% des cas en probabiliste contre 11% d'utilisation de l'Ofloxacine.

12 associations de molécules différentes ont été recensées en traitement probabiliste, la plus utilisée étant l'association Doxycycline-Métronidazole-Ceftriaxone (11%).

Concernant les posologies et durées de traitement :

Pour l'Azithromycine, la posologie utilisée à 100% était d'1g en prise unique.

Pour la Doxycycline, la posologie était toujours de 100 mg x2/j, mais la durée d'utilisation variait selon les cas : 7j (7%), 15j (7%), 21j (53%), 5 Durées non précisées (33%).

Pour l'Ofloxacine, 2 posologies étaient utilisées : 200 mgx2/j (17%), et 400mgx2/j (67%), et 1 posologie non précisée (17%). La durée était de 14 ou 15 jours dans tous les cas.

Pour la Ceftriaxone, 2 posologies étaient également utilisées : 500mg en prise unique (8%) ou 2g/j pendant 21j (58%), et 4 posologies non précisées (33%).

Pour le Métronidazole, on retrouvait 2 posologies également : 500mg x2/j (15%) ou 500mgx3/j (45%) et 7 posologies non précisées (35%). Les durées étaient très variables : 1j (5%), 7j (5%), 14-15j (25%), 21j (40%) et 4 durées non précisées (20%).

Pour l'Amoxicilline-Acide clavulanique, le schéma utilisé était toujours d'1gx3/j pendant 7j.

III. Prise en charge après résultats microbiologiques

A. Résultats microbiologiques

Tableau 12 : Résultats microbiologiques

	Constats n=30 (%)	Autres motifs n=57 (%)	Non fait /ininterprétable (%)
PCR <i>Chlamydia trachomatis</i> positive	25 (83)	52 (91)	0
PCR <i>Neisseria gonorrhoeae</i> positive	9 (30)	7 (12)	2 (2)
Sérologie VIH positive	0	0	53 (61)
Sérologie VHB positive	0	0	53 (61)
Non vaccinée	17 (57)	5 (9)	
Vaccinée	11 (37)	1 (2)	
Sérologie VHC positive	0	0	53 (61)
Sérologie syphilis positive	0	0	57 (66)
Culture <i>Neisseria gonorrhoeae</i> positive	2 (7)	2 (4)	74 (85)
PCR <i>Mycoplasma genitalium</i> positive	0	0	87 (100)
Prélèvement vaginal			6 (7)
Normal	20 (67)	30 (53)	
Vaginose	9 (30)	19 (33)	
Levures	1 (3)	2 (4)	

Nous avons recensé au total 75 PCR *Chlamydia trachomatis* positives, 11 PCR *Neisseria gonorrhoeae* positives, et 6 Co-infections, mais 5 dossiers n'ont pas pu être classés dans ce tableau faute de données cliniques.

La PCR *Mycoplasma genitalium* n'était jamais demandée. Les sérologies VIH, VHB, VHC et syphilis étaient peu demandées le jour de la consultation aux urgences : entre 61 et 66% de sérologies non réalisées, l'IST n'étant pas encore diagnostiquée à ce moment de la consultation.

25 % des patientes n'étaient pas vaccinées contre le VHB.

B. Diagnostic secondaire

Tableau 13 : Prise en charge après résultats microbiologiques

	Constats n=30 (%)	Autres motifs n=57 (%)
Diagnostic secondaire		
IGH non compliquée	0	7 (12)
IGH compliquée	0	1 (2)
Salpingite	0	14 (25)
Endométrite	0	1 (2)
Abcès tubo-ovarien	0	2 (4)
Vulvo-vaginite	0	3 (5)
Cystite	0	0
IGB	0	1 (2)
Pas de diagnostic	30 (100)	28 (49)
Traitement secondaire		
Prescrit et donné en mains propres	18 (60)	37 (65)
Informée par téléphone et ordonnance envoyée	3 (10)	10 (18)
Non joignable mais ordonnance envoyée	6 (20)	10 (18)
Pas de traitement	3 (10)	0
Poursuite du traitement probabiliste	19 (63)	15 (26)
Retrait DIU	0	10 (18)
Non concernée	30 (100)	38 (67)
Cœlioscopie/traitement chirurgical	0	3 (5)
Sérovaccination VHB	21 (70)	0
Trithérapie	22 (73)	0
Contraception d'urgence	18 (60)	0
Ordonnance pour le partenaire	0	17 (30)
Non faite/non mentionnée	28 (93)	39 (68)
Adressé vers médecin traitant	2 (7)	1 (2)

Aucun diagnostic n'était émis lors des constats d'agression sexuelle.

49 % des dossiers de consultation (hors constats) ne présentaient toujours pas de diagnostic après réception des résultats bactériologiques.

Les diagnostics appartenant à la famille des IGH étaient les diagnostics majoritairement évoqués dans les dossiers (25 sur 29 diagnostics recensés).

33% de l'ensemble des patientes recevaient une ordonnance par courrier, dont 18% sans avoir pu être joignables.

Le traitement du partenaire n'était pas mentionné dans 77% des cas.

C. Traitements utilisés après résultats microbiologiques

Tableau 14 : Molécules utilisées après résultats microbiologiques

	Constats n=30 (%)	Autres motifs n=57 (%)
Bétalactamines :		
Ceftriaxone	3 (10)	18 (32)
Cefixime	0	0
Amoxicilline-Acide clavulanique	0	1 (2)
Macrolides :		
Azithromycine	21 (70)	18 (32)
Erythromycine	0	0
Cyclines :		
Doxycycline	3 (10)	21 (37)
Quinolones :		
Ofloxacin	0	18 (32)
Levofloxacin	0	0
Imidazolés :		
Métronidazole	2 (7)	35 (61)
Acides Phosphoniques		
Fosfomycine	0	0

L'azithromycine était toujours majoritairement utilisée lors des constats d'agression sexuelle. Dans les autres cas, la Doxycycline et l'Ofloxacin se partageaient les prescriptions, respectivement à 37 et 32%.

20 schémas thérapeutiques différents ont été recensés après réception des résultats microbiologiques, les plus utilisés étant les associations Doxycycline-Ceftriaxone-Métronidazole à 13% et Ofloxacine-Métronidazole à 12%.

Concernant les posologies et durées de traitement :

Pour l'Azithromycine, la posologie utilisée à 100% était d'1g en prise unique.

Pour la Doxycycline, la posologie était toujours de 100 mg x2/j, mais la durée d'utilisation variait selon les cas : 7j (8%), 10j (4%), 14-15j (33%), 21j (50%), 2 Durées non précisées (8%).

Pour l'Ofloxacine, 2 posologies étaient utilisées : 200 mgx2/j (22%), et 400mgx2/j (56%), et 4 posologies non précisées (22%). La durée était de 7j (6%), 14-15j (78%) ou 21j (17%).

Pour la Ceftriaxone, 3 posologies étaient utilisées : 500mg (19%), 1g (14%) ou 2g/j (52%), et 3 posologies non précisées (14%). Les posologies à 500mg et 1g étaient toujours utilisées en prise unique, alors que la posologie à 2g/j était utilisée soit pendant 14j (9%) ou 21j (91%).

Pour le Métronidazole, on retrouvait 2 posologies également : 500mg x2/j (30%) ou 500mgx3/j (49%) et 8 posologies non précisées (22%). Les durées étaient variables : 7j (5%), 14-15j (51%) et 21j (38%).

Pour l'Amoxicilline-Acide clavulanique, le schéma utilisé était toujours d'1gx3/j pendant 7j.

IV. Prise en charge en consultation

Tableau 15 : Suivi en consultation

	Constats n=30 (%)	Autres motifs n=57 (%)
Fiche IST faxée	5 (17)	47 (82)
Patiente convoquée	3 (10)	31 (54)
Patiente non joignable	2 (7)	16 (28)
Venue en consultation de Maladies Infectieuses	0	23 (40)
Si non, consultation de gynécologie	0	2 (4)
Venue à la seconde consultation de suivi	0	13 (23)

En dehors des constats pour lesquels les fiches IST n'étaient normalement pas faxées, le taux de fiches effectivement faxées était de 82%, pour un taux de suivi en consultation de Maladies Infectieuses de 40%.

Pour la 1^{ère} consultation de suivi, le délai médian était de 35 jours (minimum : 8 – maximum : 113), pour une moyenne de 39.64 jours.

De même, pour la seconde consultation de suivi, le délai médian était de 94 jours (minimum : 24 – maximum : 149), pour une moyenne de 86.69 jours.

Tableau 16 : Suivi clinique

	Patientes suivies en consultation n=25 (%)
Guérison clinique	15 (60)
Guérison clinique (2^e consultation n=13)	13 (100)
Tolérance du traitement	23 (92)
Changement d'antibiothérapie	7 (28)
Si oui, motif :	
Mauvaise tolérance	2
Echec du traitement	2
Traitement non optimal	2
Durée non optimale	1

Parmi les patientes effectivement venues en consultation, on retrouvait un taux de guérison clinique de 60% à la première consultation et 100% à la seconde. La tolérance des traitements était globalement bonne à 92%.

Tableau 17 : Suivi biologique

	Patientes suivies en consultation n=25 (%)
Guérison biologique	14 (56)
Non demandée	10 (40)
Guérison biologique (2^e consultation n=13)	8 (62)
Non demandée	4 (31)
CRP	
Positive 5 à 50 mg/L	1 (4)
>50 mg/L	0
Négative	6 (24)
Non demandée	18 (72)
Leucocytes	
>12 000 /mm ³	2 (8)
Négatifs	5 (20)
Non demandés	18 (72)
BétaHCG	
Positifs	0
Négatifs	2 (8)
Non demandés	23 (92)

Parmi les patientes venues en consultation, on retrouvait un taux de guérison biologique de 56% à la première consultation, sachant que si le délai recommandé de 7 jours était respecté, il était normalement trop tôt pour contrôler la PCR, expliquant les 40% de PCR de contrôle non demandées. La guérison biologique était de 62% lors de la seconde consultation, mais comportant encore une fois 31% de PCR non demandées. La CRP, les leucocytes et les bétaHCG étaient peu demandés en consultation de suivi.

Tableau 18 : Suivi microbiologique

	Patientes suivies en consultation n=25 (%)	Non fait/ininterprétable (%)
Contrôle des autres sérologies	22 (88)	3 (12)
Sérologie VIH positive	0	6 (24)
Sérologie VHB positive	0	6 (24)
Non vaccinée	10 (40)	
Vaccinée	9 (36)	
Sérologie VHC positive	0	7 (28)
Sérologie syphilis positive	0	5 (20)
Prélèvement vaginal	3 (12)	22 (88)
Normal	1	
Vaginose	1	
Levures	1	

Le contrôle sérologique était effectué dans 88% des consultations. Chez les patientes dépistées, il n'a pas été retrouvé d'IST associée. Enfin, 40% des patientes se présentant en consultation n'étaient pas vaccinées contre le VHB.

Tableau 19 : Prise en charge du partenaire

	Patientes suivies en consultation n=25 (%)	Non renseigné (%)
Présence du partenaire	2 (8)	8 (32)
Ordonnance de dépistage remise pour le partenaire	3 (12)	7 (28)
Traitement du partenaire déjà effectué	12 (48)	7 (28)

Seulement 8% des partenaires étaient présents aux consultations de suivi, mais 48% des partenaires auraient été traités avant cette consultation et une ordonnance de dépistage était remise pour 12% d'entre eux.

V. Evaluation des pratiques selon les recommandations

Tableau 20 : Evaluation des pratiques selon les recommandations

	Autres motifs n=57 (%)
Diagnostic	
IGH Probable	31 (54)
IGH Possible	15 (26)
IGB	11 (19)
Ne peut pas répondre	0
Traitement probabiliste adapté	15 (26)
Ne peut pas répondre	11 (19)
Si oui, selon quelles recommandations :	
CNGOF	12 (80)
CDC	3 (20)
SPILF	10 (67)
SFD	0
Traitement secondaire adapté	31 (54)
Ne peut pas répondre	1 (2)
Si oui, selon quelles recommandations :	
CNGOF	26 (84)
CDC	11 (35)
SPILF	20 (65)
SFD	9 (29)

Les 30 constats d'agression sexuelle n'ont pas été interprétés, faute de données cliniques suffisantes, en particulier le Toucher Vaginal manquant dans chaque dossier et correspondant à 2 critères majeurs d'IGH sur 3.

Le traitement probabiliste des Infections Génitales Basses n'a également pas été interprété, correspondant aux 11 mentions « ne peut pas répondre ».

D'après les recommandations, il y avait 80% d'IGH Probable ou Possible parmi les 57 consultations (hors constats).

Le traitement probabiliste était adapté au diagnostic dans 26% des cas et le traitement secondaire dans 54% des cas. Les recommandations les plus suivies étaient celles du CNGOF (80 à 84% des traitements adaptés).

Tableau 21 : Comparaison de l'adaptation des traitements selon le diagnostic

	IGH Probable	IGH Possible	IGB	P
Traitement initial adapté n=15 (%)	10 (67)	5 (33)	Non interprétés	P=1
Non adapté	21 (68)	10 (32)		
Traitement secondaire adapté n=31 (%)	18 (58)	6 (19)	7 (23)	P=0.4
Non adapté	12 (48)	9 (36)	4 (16)	

Il n'y avait pas de différence significative entre la bonne adaptation du traitement et le diagnostic.

Tableau 22 : Utilisation de l'Ofloxacine selon la bactérie

	<i>Chlamydia trachomatis</i> seul n=71 (%)	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> ou Co-infection n=16 (%)	p
Ofloxacine	16 (23)	2 (13)	p=0.5
Pas d'Ofloxacine	54 (77)	14 (88)	

On ne retrouve pas de différence significative sur l'utilisation de l'Ofloxacine selon la bactérie en cause.

Tableau 23 : Taux de suivi en consultation selon différents paramètres

	Venue en consultation	Non venue en consultation	p
Fiche IST faxée n=52 (%)	23 (44)	29 (56)	P<0.01
Non faxée	0	17 (100)	
CMU n=21 (%)	2 (10)	19 (90)	P=0.02
Non CMU	21 (38)	34 (62)	
Traitement remis en mains propres n=34 (%)	14 (41)	20 (59)	P=0.55
Ordonnance envoyée	9 (53)	8 (47)	

Un régime de sécurité sociale autre que la CMU était significativement associé à un meilleur taux de suivi en consultation (38% contre 10%, $p<0.05$).

Les fiches IST faxées influencent significativement le taux de suivi en consultation : 44% contre 0, $p<0.01$.

Il n'y avait pas de différence significative sur le taux de suivi en consultation, que le traitement soit remis en mains propres ou envoyé au domicile de la patiente.

DISCUSSION

Nous avons pu identifier 92 infections génitales sur 497 prélèvements effectués entre septembre 2014 et décembre 2015. Sur ces 92 cas d'infection, nous avons répertorié 75 infections à *Chlamydia trachomatis*, 11 à *Neisseria gonorrhoeae* et 6 co-infections. Le motif de consultation principal était les douleurs abdomino-pelviennes (61%). 75% des patientes étaient âgées de 25 ans ou moins. 25% présentaient un antécédent d'IVG. 34% se sont présentées pour un constat d'agression sexuelle. Les antécédents d'IGH, IGB ou IST n'étaient pas mentionnés dans plus de 90% des cas. Plus de 50% des dossiers n'avaient aucun diagnostic clairement évoqué, et 53% des patientes ressortaient sans traitement antibiotique probabiliste. La prise en charge du partenaire était également très peu réalisée. Parmi les patientes traitées, le traitement était adapté aux recommandations dans 26% des cas le jour de la consultation et 54% des cas après réception des résultats microbiologiques. La Doxycycline et l'Ofloxacine étaient utilisées en proportion quasi équivalente dans respectivement 37 et 32% des cas. 40% des patientes (hors constats d'agression sexuelle) étaient revues en consultation de suivi, soit en Maladies Infectieuses, soit en Gynécologie. Le taux de guérison clinique était de 60% à la première consultation et de 100% à la seconde.

Les prévalences rapportées dans la littérature concernant *Chlamydia trachomatis* varient selon les études et les populations : on retrouve une prévalence de 1,4% chez l'homme et 1,6% chez la femme selon le réseau NATCHLA (3), et 6% chez l'homme et la femme selon le réseau RENACHLA, comportant une population plus sélectionnée (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit, Centre de Planification et d'Education Familiale) (4). Pour *Neisseria gonorrhoeae*, il n'existe pas de données de prévalence en raison du caractère asymptomatique très fréquent chez la femme et de l'absence de déclaration obligatoire depuis juin 2000 (6). Les données du réseau de laboratoires Rénago montrent une augmentation du nombre de gonococcies de 2001 à 2014, en concordance avec les données du réseau des cliniciens RésIST (15). Aux Etats-Unis, on estime l'incidence à 108.7 cas/100 000

habitants, touchant particulièrement les 15-24 ans avec un pic d'incidence à 19 ans à 761/100 000 habitants (16).

En 2014, le taux de positivité des prélèvements (nombre d'infections/nombre de recherches) sur le réseau Rénachla (4) est de 7% contre 19% dans notre étude, cela peut s'expliquer par une meilleure évaluation de la situation clinique grâce à l'expertise gynécologique mais aussi par la fonction d'un service d'urgence qui est de répondre à l'objet de la consultation et qui n'est donc pas dans une politique de dépistage systématique.

L'originalité de notre étude est de se centrer sur une population particulière, féminine, non sélectionnée d'urgences gynécologiques, plus représentative de la médecine générale. Par définition, cette population exclut les patientes présentant un portage asymptomatique (hors constat d'agression sexuelle) puisque la consultation aux urgences est motivée par un symptôme et un motif précis. Nos données ne sont donc pas extrapolables à la population des CDAG, par contre elles se rapprochent davantage des personnes consultant en médecine de ville. En effet, 84% des personnes infectées dépistées de manière systématique dans les CDAG étaient asymptomatiques, alors que 66% des diagnostics réalisés en médecine libérale l'étaient chez des personnes symptomatiques (15).

Les co-infections restent fréquentes. Dans notre étude, l'infection par *Neisseria gonorrhoeae* était associée dans 35% des cas au *Chlamydia trachomatis*, en concordance avec les données du CNR Gonocoque (29% en 2013) (13), et *Chlamydia trachomatis* était associée à *Neisseria gonorrhoeae* dans 6.5% des cas, en concordance avec le CNR *Chlamydia* (6% en 2014) (20). Nous notons que, de même que dans la littérature, la population des patientes concernées est une population jeune, 75% de nos patientes étant âgées de 25 ans ou moins. Ces données sont en accord avec les données rapportées par les différents réseaux de surveillance en France, à savoir le réseau Rénago (âge médian de 22 ans), le réseau ResIST (âge médian de 21 ans) et le réseau Rénachla (âge médian 23 ans) (15). Les données française et américaine s'accordent pour citer la tranche d'âge des 15-24 ans comme la plus à risque (16). On retrouvait également une grande majorité de femmes déclarées célibataires, ce qui peut être en lien avec un autre facteur de risque : le fait d'avoir eu un nouveau partenaire ou d'avoir des partenaires multiples (21). La couverture sociale par la CMU+CMU-C, utilisée comme indicateur de précarité dans notre étude, représentait 24% des patientes, ce qui est plus de

deux fois supérieur au taux de bénéficiaires de la CMU-C dans notre région Nord-Pas-de-Calais, estimé à 11% en 2014 par le Fonds CMU (22). En l'absence d'un groupe témoin permettant de réaliser une analyse statistique sur ce groupe, une association pourrait être envisagée entre le fait d'être bénéficiaire de la CMU-C et le fait de présenter un risque plus élevé d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae*, au sein de notre population. De plus, d'autres thèses de médecine générale avaient retrouvé une association significative entre la présence d'un critère de précarité (dont les personnes relevant de la CMU) et le fait d'avoir un test positif à *Chlamydia trachomatis* (23).

Par ailleurs, une sous population particulière est apparue dans notre étude : celle des constats d'agression sexuelle, population très peu étudiée dans la littérature. Elle représente un tiers des prélèvements positifs de notre étude. Leur prise en charge à la fois diagnostique et thérapeutique est différente des consultations habituelles aux urgences gynécologiques, il paraissait donc intéressant de décrire cette population en comparaison aux autres motifs de consultation. Les facteurs individuels principaux associés au risque d'être victime d'une agression sexuelle sont : le fait d'être une femme, le jeune âge, la maltraitance dans l'enfance, les antécédents d'agression sexuelle, la consommation d'alcool et de drogues, et le fait de travailler dans l'industrie du sexe (24)(25). L'étude de J.Dumont et coll qui s'est intéressée à 7 hôpitaux spécialisés dans l'accueil des victimes de viol, soit 882 victimes, a retrouvé un risque de viol 4 fois plus élevé si une prise de médicaments, drogues ou alcools de manière festive avait été réalisé dans les jours précédant l'agression. Il y avait également 2 fois plus de risque d'être victime chez les personnes possédant un métier, probablement lié au coût d'accès dans les bars et les pubs. A noter qu'1/3 des patients victimes de viols étaient étudiants donc non éligibles à la CMU (25). Il convient d'ajouter qu'en dehors des agressions sexuelles, la prise d'alcool et/ou de drogues entraîne une désinhibition et favorise les conduites à risque et donc le risque d'IST.

Les recommandations de prise en charge des IGH se basent en premier lieu sur 3 critères majeurs cliniques : Les douleurs pelviennes spontanées, les douleurs annexielles provoquées et/ou les douleurs à la mobilisation utérine (annexe 1). En pratique, dans notre étude, il semblerait que le diagnostic soit rarement posé au stade clinique et il faut souvent attendre les examens complémentaires voire les résultats microbiologiques pour que le diagnostic soit évoqué. Cela peut s'expliquer

par les nombreux diagnostics différentiels qui peuvent être évoqués, gynécologiques ou non. En effet, les infections génitales à *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae* provoquent une grande variabilité de tableaux cliniques, allant des infections génitales basses (cervicites, vaginites) aux infections génitales hautes (salpingite, endométrite, maladie pelvienne inflammatoire, péri-hépatite, infection tubaire latente). La diversité de ces tableaux cliniques entraîne une longue liste de symptomatologies possibles : leucorrhées, irritation vulvaire, brûlures mictionnelles, dysurie, dyspareunie, métrorragies, pesanteur pelvienne...(5)(6). Cette grande variabilité clinique entraîne donc une difficulté diagnostique supplémentaire.

Il n'existe pas actuellement de protocole de prise en charge diagnostique aux urgences gynécologiques de notre centre, mais uniquement des protocoles thérapeutiques. Devant des douleurs pelviennes spontanées, des leucorrhées ou une suspicion d'IST, la décision de prélever reste à l'appréciation du clinicien. Le CDC recommande un dépistage annuel de *Chlamydia trachomatis* chez toutes les femmes de moins de 26 ans ayant une activité sexuelle, ainsi que chez les femmes de plus de 26 ans présentant des facteurs de risque (avoir un nouveau partenaire ou des partenaires multiples). En ce qui concerne *Neisseria gonorrhoeae*, le dépistage est recommandé uniquement chez les femmes de moins de 25 ans présentant des facteurs de risque : antécédent de gonococcie ou d'autre IST, nouveau partenaire ou partenaires multiples, absence d'utilisation du préservatif, professionnelle du sexe, consommatrice de drogue (8). En France, l'ANAES recommande le dépistage systématique uniquement dans les centres à vocation de dépistage : CPEF, CDAG, Dispensaires antivénéériens et centre d'IVG (26). Les urgences ne sont certes pas un lieu de dépistage, mais la question d'élargir les indications de réalisation de ces prélèvements aux urgences gynécologiques mérite d'être posée, chez cette population jeune qui consulte peu par ailleurs. Notre étude retrouve un âge médian des personnes infectées de 21.5 ans. Un dépistage plus systématique des personnes consultant aux urgences gynécologiques pourrait être proposé, en s'inspirant des recommandations de dépistage du CDC, par exemple pour les femmes de moins de 25 ans actives sexuellement et n'ayant pas bénéficié d'un dépistage dans l'année précédente, ou celles de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque. A cet effet, un interrogatoire plus poussé est nécessaire afin de dépister les facteurs de risques d'IST. Un questionnaire « type » pourrait être inclus dans la feuille d'observation des urgences gynécologiques.

Dans notre étude, 55% des patientes présentant des leucorrhées et pour lesquelles un prélèvement à la recherche d'IST a été effectué n'ont pas reçu de traitement probabiliste. Même en l'absence de signes d'IGH, la présence de ce symptôme et le fait qu'un prélèvement soit réalisé devrait justifier la mise en route d'un traitement d'IGB sans attendre les résultats. De même, 43% des patientes ayant des critères d'IGH n'ont pas reçu de traitement probabiliste. Les recommandations du collège de gynécologie concernant les IGH précisent pourtant que « la présence des critères majeurs (en l'absence d'autre diagnostic) est suffisante pour la mise en route du traitement » (7). Un possible frein au traitement probabiliste est la diversité clinique entraînant une difficulté diagnostique évoquée plus haut. L'absence de diagnostic précis noté en synthèse de l'observation nous oblige souvent à déduire le diagnostic supposé à partir du traitement administré. Il est important pour le suivi et la coordination entre les services d'insister sur la présence d'un diagnostic, même probabiliste, clairement énoncé dans le dossier médical et justifiant la prise en charge. La mise en valeur d'une suspicion d'IGH pourrait inciter à une meilleure mise en route d'un traitement probabiliste. La formation du personnel est primordiale et des cours pourraient être instaurés en début de semestre afin de sensibiliser les nouveaux internes des urgences gynécologiques au dépistage de ces infections et à la réalisation plus fréquente des prélèvements.

Le traitement probabiliste n'était adapté que dans 32% des cas d'IGH Probable et 33% des cas d'IGH Possible. Après réception des résultats microbiologiques, les traitements n'étaient toujours adaptés que dans 60 et 40% des cas respectivement. Une explication possible est la diversité des recommandations existantes parmi les sociétés savantes des différentes spécialités (cf annexe 2), pouvant entraîner une confusion dans la prise en charge thérapeutique. Par exemple, au moment de cette étude, le traitement recommandé par les gynécologues pour la prise en charge des IGH est celui du CNGOF soit l'Ofloxacin (associée au Métronidazole, et au cas par cas à la Ceftriaxone), alors que les recommandations appliquées au sein du service d'infectiologie, service qui réalise le suivi, positionnent la Doxycycline en première intention (en permanence associée au Métronidazole et à la Ceftriaxone). Cela entraîne une utilisation de la Doxycycline à 40% dans notre étude et de l'Ofloxacin à 36%, reflétant un manque d'homogénéisation des pratiques au sein du centre. Les

recommandations des infectiologues se justifient par la modification de l'écologie bactérienne et l'augmentation des souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes aux quinolones. En effet, près de 40% des souches de *Neisseria gonorrhoeae* sont résistantes aux quinolones en France, cette valeur s'étant stabilisée depuis 2006 (13) (Annexe 2). Aux États-Unis, la résistance aux quinolones est en augmentation, passant de 9.6% en 2009 à 19.2% en 2014 (27). La faible proportion d'infections à *Neisseria gonorrhoeae* dans notre étude explique probablement que cette vérité microbiologique n'ait pas de retentissement sur le taux de guérison clinique. En ce qui concerne les constats d'agression sexuelle, un protocole décrit les prélèvements à effectuer et les différents traitements à administrer. Il n'y est fait mention dans la catégorie « IST Bactérienne » que de l'Azithromycine 1g en prise unique, ce qui explique son utilisation en traitement probabiliste dans 63% des cas de constats. On note que la diversité des traitements possibles peut entraîner une confusion dans la prise en charge. Il serait intéressant que les sociétés savantes s'accordent pour une prise en charge uniforme, ou du moins qu'un protocole soit mis en place au sein de notre centre afin de faciliter la prise en charge entre les services. Il est intéressant de noter qu'à la suite de ce travail de thèse, un nouveau protocole de prise en charge des IGH non compliquées est d'ores et déjà en cours dans notre centre (daté de juin 2016) associant les différents prélèvements à effectuer ainsi que les techniques à utiliser, mais aussi un traitement antibiotique recommandé en 1^{ère} intention au sein des urgences gynécologiques (ne suivant plus les recommandations du CNGOF) : Ceftriaxone 1g IM en prise unique, Doxycycline 100mgx2/j et Métronidazole 500mgx3/j pendant 10 jours.

Concernant le suivi, le délai moyen de la 1^{ère} consultation était de 39.64 jours pour une médiane de 35 jours. Il est pourtant recommandé une 1^{ère} consultation à 7 jours. Afin de réduire le délai de cette première consultation, il pourrait être envisagé d'inclure dans ces consultations de suivi les spécialités prenant en charge les IST : gynécologues, infectiologues et dermatologues.

Le taux de suivi en consultation était de 40%, les patientes s'étant présentées pour un constat d'agression sexuelle ne relevant pas de ce suivi. Cela est supérieur à ce qui était ressenti par l'équipe médicale de Maladies Infectieuses, mais reste bien trop insuffisant. Afin d'augmenter ce taux, un courrier-type a depuis été créé et est systématiquement envoyé au domicile des patientes, qu'elles aient été joignables par téléphone ou non (annexe 8). L'efficacité de ce courrier reste à évaluer.

La prise en charge du partenaire est également insuffisante, que ce soit aux urgences gynécologiques ou en consultation de maladies infectieuses. Un réseau spécifique pourrait être mis en place pour dépister et traiter les partenaires.

Notre étude a des limites qu'il convient de mentionner : son caractère monocentrique, son effectif restreint, ainsi que les biais liés à son caractère rétrospectif : 5 dossiers cliniques « perdus », des données manquantes dans certains dossiers (soit non trouvées, soit non recherchées par le clinicien). Elle se concentre sur les infections génitales symptomatiques et ne prend pas en compte tous les portages asymptomatiques, puisque c'est un symptôme qui amène les patientes à consulter aux urgences dans la majorité des cas, hors constats d'agression sexuelle. Or, la proportion de patientes asymptomatiques est de 59% en 2014 sur le réseau Rénachla, et de 84% parmi les personnes dépistées de façon systématique en CDAG (15). Enfin, l'inclusion dans l'étude était réalisée à partir du résultat de microbiologie. Il fallait donc qu'un prélèvement soit demandé par le médecin des urgences gynécologiques. On peut supposer qu'un certain nombre d'infections n'ont pas été diagnostiquées, faute de prélèvement réalisé. Afin d'améliorer la prise en charge à la fois diagnostique et thérapeutique au sein de notre centre d'étude, plusieurs pistes, déjà évoquées au fil de la discussion, pourraient être explorées.

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était d'évaluer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des infections génitales à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* aux urgences gynécologiques et en consultation de suivi en Maladies Infectieuses, ainsi que de caractériser cette population présentant des infections symptomatiques.

Les caractéristiques des patientes de notre étude correspondent aux facteurs de risque habituels de ces infections : la grande majorité de nos patientes étaient âgées de moins de 25 ans et déclarées célibataires, donc plus à même d'avoir de multiples partenaires ou un nouveau partenaire récent. Une sous-population particulière est apparue, celle des constats d'agression sexuelle, représentant 34% des cas d'infections de notre étude. Dans la moitié des cas, aucun diagnostic n'était évoqué, et les patientes ressortaient sans traitement antibiotique probabiliste. Initialement ou après réception des résultats microbiologiques, les recommandations restent peu suivies. Toutefois, la guérison clinique est tout de même obtenue dans 100% des cas à la deuxième consultation.

Afin d'améliorer la prise en charge de ces infections dans notre centre, plusieurs pistes peuvent être explorées :

Un dépistage plus systématique des personnes consultant aux urgences gynécologiques pourrait être proposé, par exemple pour les femmes de moins de 25 ans actives sexuellement et n'ayant pas bénéficié d'un dépistage dans l'année précédente, ou celles de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque. Un questionnaire « type » pourrait être inclus dans la feuille d'observation des urgences gynécologiques afin de dépister ces facteurs de risque.

Il serait également intéressant que les sociétés savantes s'accordent pour une prise en charge uniforme, ou du moins qu'un protocole soit mis en place au sein de notre centre, afin d'homogénéiser la prise en charge de ces infections.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Hamdad F. Chlamydia trachomatis urogenital infections in women. Best diagnosis approaches. Gynécologie obstétrique & Fertilité 32. 2004.
2. Agence de la santé publique du Canada. Chlamydia trachomatis - Fiches techniques santé-sécurité: agents pathogènes - [Internet]. Disponible sur: <http://www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/chlamydia-trachomatis-fra.php>
3. Goulet V, de Barbeyrac B, Raheison S, Prudhomme M, Semaille C, Warszawski J, et al. Prevalence of Chlamydia trachomatis: results from the first national population-based survey in France. Sex Transm Infect. août 2010;86(4):263 70.
4. Institut National de Veille Sanitaire. Bulletins des réseaux de surveillance des IST. 2014 déc. [internet] Disponible sur http://invs.santepubliquefrance.fr/fr./layout/set/print/content/download/98227/354438/version/2/file/Bulletin_IST_N4.pdf
5. Haute Autorité de Santé. Diagnostic biologique de l'infection à Chlamydia trachomatis - Document d'avis – 2010 p79. [Internet] Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_995542
6. Haute Autorité de Santé. Rapport d'orientation - Dépistage et prise en charge de l'infection à Neisseria gonorrhoeae: état des lieux et [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1031775
7. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique. [Internet]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252FRPC_infections_2012.pdf&i=459
8. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for the laboratory-based detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae--2014. MMWR Recomm Rep. 14 mars 2014;63(RR-02):1 19.
9. Chernesky MA, Hook EW, Martin DH, Lane J, Johnson R, Jordan JA, et al. Women find it easy and prefer to collect their own vaginal swabs to diagnose Chlamydia trachomatis or Neisseria gonorrhoeae infections. Sex Transm Dis. déc 2005;32(12):729 33.
10. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 5 juin 2015;64(RR-03):1 137.

11. Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales. E.PILLY - Maladies infectieuses et tropicales 2016. 25e éd. CMIT Alinéa plus. 2015.
12. Société Française de Dermatologie. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement Transmissibles. 2016 [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfdermato.org/media/pdf/recommandation/depistage-des-mst-ist-159e1d12e7cb63129d1ee36e0e0a26f8.pdf>
13. Institut Alfred Fournier/GH Saint Louis-Lariboisière-Fernand Vidal. Rapport d'activité 2013 du CNR des gonocoques. [Internet] Disponible sur: http://www.institutfournier.org/attachments/article/57/Rapport%20d'activit%C3%A9_CNR%20gonocoques_2013.pdf
14. B. De Barbeyrac, O. Peuchant, C. Le Roy, M. Clerc, L. Imounga, C. Bébéar. Infection à Chlamydia trachomatis : quoi de neuf ? Feuillet de Biologie Vol LIII N° 306 - Mai 2012
15. Institut National de Veille Sanitaire. Bulletins des réseaux de surveillance des IST / Infections sexuellement transmissibles (IST) / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
16. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2012 - surv2012.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/std/stats12/surv2012.pdf>
17. Lauritsen JM & Bruus M. EpiData (version 3.1). A comprehensive tool for validated entry and documentation of data. The EpiData Association, Odense Denmark, 2004
18. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). Juin 2013. 55p.
19. R Core Team (2015). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. [Internet] Disponible sur <https://www.R-project.org/>.
20. Centre National de Référence des infections à Chlamydiae. Rapport d'activité annuel 2014. [Internet]. Disponible sur: <http://www.cnrchlamydiae.u-bordeaux2.fr/wp-content/uploads/2015/05/CR-CNR-ann%C3%A9-dexercice-2014-final.pdf>
21. Institut de Veille Sanitaire. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Numéro thématique – Chlamydia trachomatis : études de prévalence dans des structures de médecine à vocation préventive. Oct 2006. N°37-38.
22. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Rapport d'activité 2014. [Internet] Disponible sur: https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2014.pdf

23. Dupont S. Dépistage systématique des infections génitales à chlamydiae avant interruption volontaire de grossesse [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
24. Jewkes, R., Sen, P. et Garcia-Moreno, C. (2002). La violence sexuelle. Dans E.G. Krug, L.L. Dahlberg, J.A. Mercy, A. Zwi et R. Lozano-Ascencio (dir.), Rapport mondial sur la violence et la santé (pp. 97-135). Genève: Organisation mondiale de la Santé.
25. Du Mont J, Macdonald S, Rotbard N, Asllani E, Bainbridge D, Cohen MM. Factors associated with suspected drug-facilitated sexual assault. CMAJ. 3 mars 2009;180(5):513-9.
26. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis* en France - Rapport [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_267657
27. Kirkcaldy RD, Harvey A, Papp JR, del Rio C, Soge OO, Holmes KK, et al. *Neisseria gonorrhoeae* Antimicrobial Susceptibility Surveillance — The Gonococcal Isolate Surveillance Project, 27 Sites, United States, 2014. MMWR Surveillance Summaries. 15 juill 2016;65(7):1-19.

ANNEXES

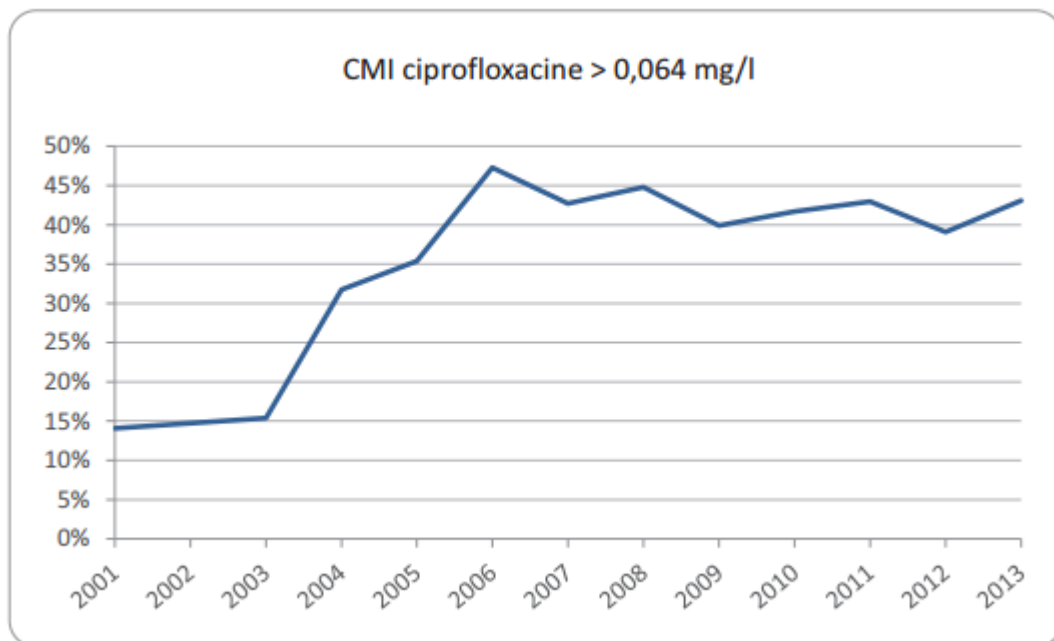
Annexe 1 : Critères majeurs et additifs pour le diagnostic d'IGH (7).

<p>Critères majeurs proposés (l'absence des critères tend à éliminer le diagnostic d'IGH)</p> <ul style="list-style-type: none"> — Douleur pelvienne spontanée (en l'absence d'autres pathologies) — ET : <ul style="list-style-type: none"> • douleur annexielle provoquée • et/ou douleur à la mobilisation utérine
<p>Critères additifs (chaque critère présent augmente d'autant la probabilité d'une IGH)</p> <p>Interrogatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> — antécédent d'IST — contexte de post-partum, post-abortum, manœuvre endo-utérine récente — métrorragies — syndrome rectal (ténésme, épreinte) <p>Examen clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> — T > 38 °C — leucorrhées purulentes <p>Examens complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> — élévation de la CRP — présence de <i>Chlamydia trachomatis</i>, gonocoque ou <i>Mycoplasma genitalium</i> à l'examen bactériologique — histologie : <ul style="list-style-type: none"> • endométrite à la biopsie endométriale • salpingite à la biopsie fimbriale — présence de signes échographiques spécifiques : <ul style="list-style-type: none"> • épaissement pariétal tubaire > 5 mm • OU signe de la roue dentée (franges tubaires épaissies donnant un aspect de septa incomplets) • OU masse hétérogène latéro-utérine +/- cloisonnée avec de fins échos <p>Absence d'autres pathologies (GEU, appendicite, endométriose, kyste ovarien compliqué (torsion, rupture), infection urinaire, pathologie fonctionnelle...)</p>

Annexe 2 : Recommandations de prise en charge thérapeutique des IGH et IGB : traitements de première intention selon chaque société savante (7)(10)(11)(12).

	CNGOF	CDC	SPILF	SFD
IGB	Azithromycine 1g per os en prise unique			
	<u>Ou</u> Doxycycline 100mg x2/j pendant 7j			
	Ceftriaxone 500mg IM <u>Ou</u> Ofloxacine 400mg	Ceftriaxone 250mg IM Prise unique	Ceftriaxone IM Prise unique	Ceftriaxone 500mg Prise unique
IGH non compliquée	Ofloxacine 400mg x2/j +Métronidazole 500mg x2/j Pendant 14j +/- Ceftriaxone 500mg IM Prise unique	Doxycycline 100mg x2/j Pendant 14j +Ceftriaxone 250mg IM Prise unique +/- Métronidazole 500mgx2/j Pendant 14j	Doxycycline 100mg x2/j +Métronidazole 500mg x3/j Pendant 14j +Ceftriaxone 1g IM Prise unique	Pas de recommandations
IGH compliquée	Doxycycline 100mg x2/j IV +Métronidazole 500mgx3/j IV +Ceftriaxone 1 à 2g/j IV Durée 14 à 21j	Doxycycline 100mg x2/j Per os ou IV +Cefotetan 2g x2/j IV <u>Ou</u> Cefoxitin 2g x4/j IV	Doxycycline 100mg x2/j +Métronidazole 500mg x3/j +Ceftriaxone 1g/j IM Pendant 21j	Pas de recommandations
+ Traitement chirurgical				

Annexe 3 : Evolution de la proportion de souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes à la Ciprofloxacine, entre 2001 et 2013 (13)

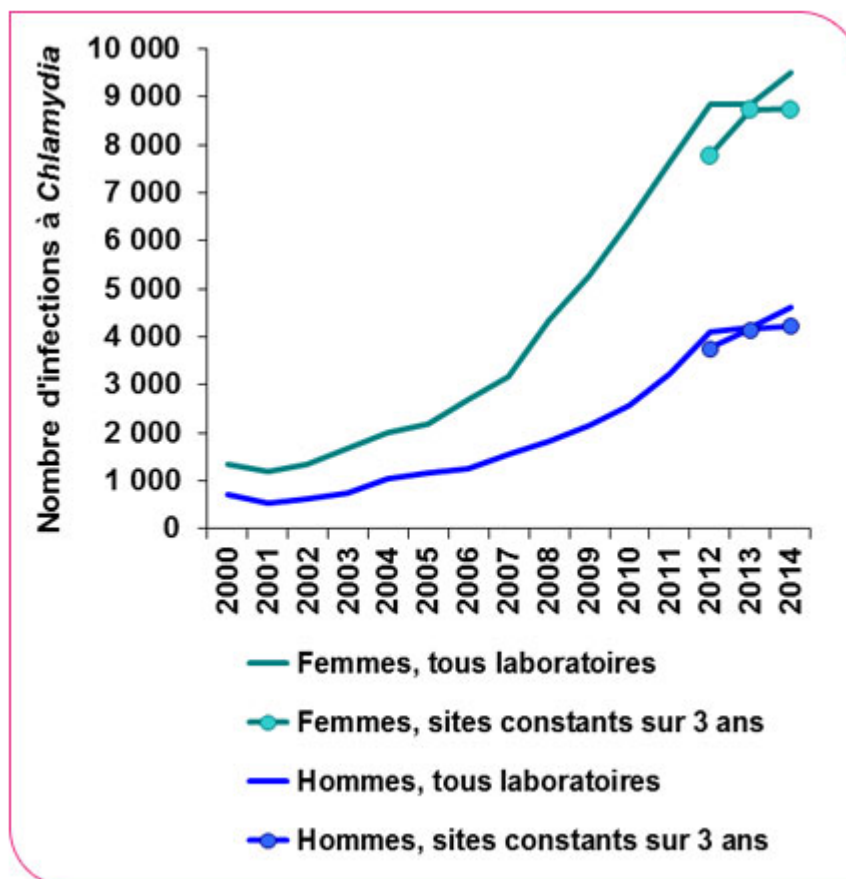


Annexe 4 : Evolution des comportements sexuels au cours des 12 derniers mois chez les patients ayant une gonococcie, réseau RésIST, 2004-2014 (15).

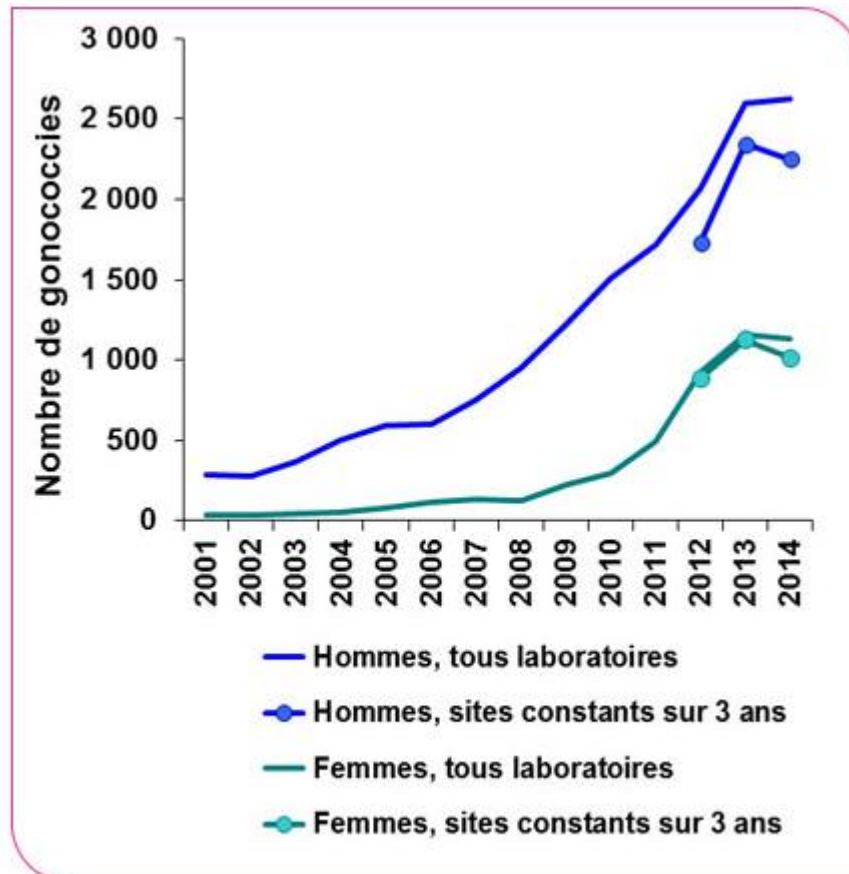
	2004-2011	2012	2013	2014
Utilisation systématique du préservatif (%)				
Pénétration anale (hommes homo-bisexuels)	40,6	27,4	37,2	35,4
Pénétration vaginale (hommes bisexuels)	45,9	41,9	51,8	37,5
Pénétration vaginale (hommes hétérosexuels)	11,9	9,2	8,3	12,2
Pénétration vaginale (femmes hétérosexuelles)	5,6	4,9	9,5	6,9
Utilisation systématique du préservatif (%)				
Fellation (hommes homo-bisexuels)	1,1	0,0	0,6	1,5
Fellation (hommes hétérosexuels)	1,8	1,9	1,6	2,0
Fellation (femmes hétérosexuelles)	0,9	2,2	1,8	0,5
Nombre médian de partenaires				
Hommes homo-bisexuels	10	10	7	8
Hommes hétérosexuels	3	3	3	3
Femmes hétérosexuelles	2	2	2	2

* Les informations sur les comportements sont disponibles pour environ deux tiers des patients.

Annexe 5 : Evolution du nombre d'infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* et de laboratoires participants selon le sexe, réseau Rénachla, 2000-2014 (15).



Annexe 6 : Evolution du nombre d'infections à *Neisseria gonorrhoeae* selon le sexe, réseau des laboratoires Rénago, 2001-2014 (15).



Annexe 7 : Questionnaire de recueil de données.

DONNEES ADMINISTRATIVES

Q1-1	Age de la patiente	##
Q1-2	Statut marital (1=celibataire, 2=en couple, 3=mariee, 4=divorcee 9=NR)	#
Q1-3	Couverture sociale (1=Securite sociale seule, 2=Secu+mutuelle, 3=CMU, 4=CMU+CMUC, 9=NR)	#

MOTIFS DE CONSULTATION

Q2-1	Douleurs abdominopelviennes (1=oui, 2=non)	#
Q2-2	Leucorrhées	#
Q2-3	SFU	#
Q2-4	Métrorragies	#
Q2-5	Prurit douleurs oedème vulvaire	#
Q2-6	Dyspareunies	#
Q2-7	Constat d'agression sexuelle	#

ANTECEDENTS

Q3-1	Nombre de grossesses	##
Q3-2	Nombre d'enfants	##
Q3-3	Antécédents de FCS (1=oui, 2=non)	#
Q3-4	Nombre de FCS	##
Q3-5	Antécédents d'IVG	#
Q3-6	Nombre d'IVG	##
Q3-7	Antécédents d'IMG	#
Q3-8	Nombre d'IMG	##
Q3-9	Antécédents de GEU	#
Q3-10	Nombre de GEU	##
Q3-11	Antécédents de PMA	#
Q3-12	Nombre de PMA	##
Q3-13	Antécédents d'IGH	#
Q3-14	Si oui IGH compliquée	#
Q3-15	Antécédents d'IGB	#

Q3-16	Antecedents d IST si oui :	#
Q3-17	Germe Non connu	#
Q3-18	Antecedents de Chlamydia	#
Q3-19	Antecedents de Gonocoque	#
Q3-20	Antecedents de VIH	#
Q3-21	Antecedents de VHB	#
Q3-22	Antecedents de VHC	#
Q3-23	Antecedents de Syphilis	#
Q3-24	Rapport non protege recent	#
Q3-25	Consommation alcool avant rapport	#
Q3-26	Consommation drogue avant rapport (cannabis,cocaine...)	#
Q3-27	Suivi gyneco	#
Q3-28	FCV de moins de 3ans (1=oui, 2=non, 3=non concerne, 9=NR)	#
Q3-29	Mode de contraception (1=pilule OestroProgestative, 2=pilule Progestative) (3= implant, 4= DIU, 5=Preservatif, 6= autre,retrait etc, 9=aucune)	#

EXAMEN CLINIQUE

Q4-1	Presence de Fievre (1=oui, 2=non)	#
Q4-2	Presence de Leucorrhées	#
Q4-3	Presence de Metrorragies	#
Q4-4	Presence d un syndrome rectal	#
Q4-5	Presence de signes fonctionnels urinaires	#
Q4-6	Presence d un prurit	#
Q4-7	Douleurs pelviennes spontanees	#
Q4-8	Douleurs annexielles provoquées	#
Q4-9	Douleurs a la mobilisation uterine	#

ECHOGRAPHIE

Q5-1	Echographie normale (1=oui, 2=non, 9=non realisee)	#
	Si non,	
Q5-2	Epaississement pariétal tubaire sup 5mm	#
Q5-3	Signe de la roue dentee (franges tubaires epaisses avec aspect de septa incomplets)	#
Q5-4	Masse heterogene laterouterine (plus ou moins cloisonee avec de fins echos)	#
Q5-5	Epanchement du cul de sac de Douglas	#
Q5-6	Hematometrie	#
Q5-7	Pyosalpinx	#
Q5-8	Muqueuse uterine anormale ou epaissie	#
Q5-9	Kyste de l ovaire	#

BIOLOGIE

Q6-1	CRP (1=positive 5 a 50, 2= sup a 50, 3=negative, 9=non demandee)	#
Q6-2	Hyperleucocytose sup a 12 000 (1=oui, 2=non, 9=non demandee)	#
Q6-3	BHCG positifs (1=oui, 2=non, 9=non demandee)	#

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Q7-1	Diagnostic retenu aux urgences (1=suspicion IGH, 2=salpingite, 3=endometrite, 4=abces tubo ovarien) (5=vulvo vaginite, 6=cystite, 7=IGB, 9=pas de diagnostic)	#
Q7-2	Traitement initial (1=prescrit aux urgences, 2=informee par telephone et ordonnance envoyee) (3=non joignable mais ordonnance envoyee, 9= pas de traitement)	#
Q7-3	Azithromycine	#
Q7-4	Posologie (1=1g prise unique, 2=1g/semaine)	#
Q7-5	Duree en jours	###
Q7-6	Erythromycine	#
Q7-7	Posologie (1=500mgx4/j, 2=800mgx4/j)	#
Q7-8	Duree en jours	###
Q7-9	Doxycycline	#
Q7-10	Posologie (1=100mgx2/j)	#
Q7-11	Duree en jours	###
Q7-12	Ofloxacin	#
Q7-13	Posologie (1=300mgx2/j, 2=400mgx2/j, 3=200mgx2/j)	#
Q7-14	Duree en jours	###
Q7-15	Levofloxacin	#
Q7-16	Posologie (1=500mg/j)	#
Q7-17	Duree en jours	###
Q7-18	Ceftriaxone	#
Q7-19	Posologie (1=250mg prise unique, 2=500mg prise unique, 3=1g/j, 4=2g/j)	#
Q7-20	Duree en jours	###

Q7-21	Cefixime	#
Q7-22	Posologie (1=400mg prise unique)	#
Q7-23	Duree en jours	###
Q7-24	Metronidazole	#
Q7-25	Posologie (1=500mgx2/j, 2=500mgx3/j)	#
Q7-26	Duree en jours	###
Q7-27	Fosfomycine/MONURIL prise unique	#
Q7-28	Amoxicilline+acide clavulanique	#
Q7-29	Posologie 1gx3/j	#
Q7-30	Duree en jours	#
Q7-31	Retrait DIU (1=oui, 2=non, 9=non concerne)	#
Q7-32	Coelioscopie/drainage chirurgical	#
Q7-33	Serovaccination VHB	#
Q7-34	Trithérapie	#
Q7-35	Pilule lendemain	#
Q7-36	Ordonnance initiale pour partenaire (1=fait, 2=non faite/non mentionnee, 3=adresse vers medecin traitant)	#
Q7-37	Hospitalisation	#
Q7-38	Si oui, service (1=gynecologie, 2=maladies infectieuses, 3=autre)	#
Q7-39	Reconvoquee	#

PRISE EN CHARGE SECONDAIRE

Q8-1	PCR Chlamydia positive (1=oui, 2=non, 9=non fait/ininterpretable)	#
Q8-2	PCR Gonocoque positive	#
Q8-3	Serologie VIH (1=positive, 2=negative, 3=vaccinee(VHB), 9=non fait)	#
Q8-4	Serologie VHB	#
Q8-5	Serologie VHC	#
Q8-6	Serologie Syphilis	#
Q8-7	Culture Gonocoque	#
Q8-8	PCR Mycoplasma genitalium	#
Q8-9	Prelevement Vaginal (1=Vaginose(nugent 7 a 10), 2=levures, 3=normal, 9=non fait)	#
Q8-10	Diagnostic secondaire (1=IGH non compliquee, 2=IGH compliquee, 3=salpingite, 4=endometrite) (5=abcès tubo ovarien, 6=vulvo vaginite, 7=cystite, 8=IGB, 9=pas de diagnostic)	#

Q8-11	Traitement secondaire (1=prescrit et donne en mains propres, 2=informee par telephone et ordonnance envoyee) (3=non joignable mais ordonnance envoyee, 9= pas de traitement)	#
Q8-12	Poursuite du traitement initial	#
Q8-13	Azithromycine	#
Q8-14	Posologie (1=1g prise unique, 2=1g/semaine)	#
Q8-15	Duree en jours	###
Q8-16	Erythromycine	#
Q8-17	Posologie (1=500mgx4/j, 2=800mgx4/j)	#
Q8-18	Duree en jours	###
Q8-19	Doxycycline	#
Q8-20	Posologie (1=100mgx2/j)	#
Q8-21	Duree en jours	###
Q8-22	Ofloxacine	#
Q8-23	Posologie (1=300mgx2/j, 2=400mgx2/j, 3=200mgx2/j)	#
Q8-24	Duree en jours	###
Q8-25	Levofloxacine	#
Q8-26	Posologie (1=500mg/j)	#
Q8-27	Duree en jours	###
Q8-28	Ceftriaxone	#
Q8-29	Posologie (1=250mg prise unique, 2=500mg prise unique, 3=1g/j, 4=2g/j)	#
Q8-30	Duree en jours	###
Q8-31	Cefixime	#
Q8-32	Posologie (1=400mg prise unique)	#
Q8-33	Duree en jours	###
Q8-34	Metronidazole	#
Q8-35	Posologie (1=500mgx2/j, 2=500mgx3/j)	#
Q8-36	Duree en jours	###
Q8-37	Fosfomycine/MONURIL prise unique	#
Q8-38	Amoxicilline+acide clavulanique	#
Q8-39	Posologie 1gx3/j	#
Q8-40	Duree en jours	#
Q8-41	Retrait DIU (1=oui, 2=non, 9=non concerne)	#
Q8-42	Coelioscopie/drainage chirurgical	#
Q8-43	Serovaccination VHB	#
Q8-44	Trithérapie	#
Q8-45	Pilule lendemain	#
Q8-46	Ordonnance secondaire pour partenaire (1=fait, 2=non faite/non concerne, 3=adresse vers medecin traitant)	#

SUIVI EN CONSULTATION

Q9-1	Fiche IST faxee (1=oui, 2=non, 3=non car constat)	#
Q9-2	Convoquee (1=oui, 2=non(non contactee), 3=non joignable)	#
Q9-3	Venue en consultation de Maladies Infectieuses	#
Q9-4	Si non, Consultation en gyneco	#
Q9-5	Delai de la consultation de suivi en jours	###
Q9-6	Guerison clinique	#
Q9-7	Guerison biologique (1=oui, 2=non, 9=non demandee)	#
Q9-8	Tolerance du traitement	#
Q9-9	Changement antibiotherapie	#
Q9-10	Si oui: motif: (1=mauvaise tolerance, 2=echec traitement) (3=traitement non optimal, 4=duree non optimale)	#
Q9-11	Controle des autres serologies	#
Q9-12	Serologie VIH (1=positive, 2=negative, 3=vaccinee(VHB), 9=non fait)	#
Q9-13	Serologie VHB	#
Q9-14	Serologie VHC	#
Q9-15	Serologie Syphilis	#
Q9-16	Prelevement Vaginal (1=Vaginose(nugent 7 a 10), 2=levures, 3=normal, 9=non fait)	#
Q9-17	CRP (1=positive 5 a 50, 2= sup a 50, 3=negative, 9=non demandee)	#
Q9-18	Hyperleucocytose sup a 12 000 (1=oui, 2=non, 9=non demandee)	#
Q9-19	BHCG positifs (1=oui, 2=non, 9=non demandee)	#
Q9-20	Presence du partenaire a la consultation (1=oui, 2=non, 9=NR)	#
Q9-21	Ordonnance depistage remise au partenaire	#
Q9-22	Traitement du partenaire deja effectue	#
Q9-23	Venue a la seconde consultation de suivi	#
Q9-24	Delai de cette consultation en jours	###
Q9-25	Guerison clinique	#
Q9-26	Guerison biologique (1=oui, 2=non, 9=non demandee)	#

INTERPRETATION DE L'AUTEUR

Q10-1	Diagnostic	#
	(1=IGH probable, 2=IGH possible, 3=IGB, 9=ne peut pas repondre)	
Q10-2	Traitement initial adapte	#
	(1=oui, 2=non, 9=ne peut pas repondre)	
	Si oui:	
Q10-3	Recommandations CNGOF	#
Q10-4	Recommandations CDC	#
Q10-5	Recommandations SPILF	#
Q10-6	Recommandations SFD	#
Q10-7	Traitement secondaire adapte	#
	(1=oui, 2=non, 9=ne peut pas repondre)	
	Si oui:	
Q10-8	Recommandations CNGOF	#
Q10-9	Recommandations CDC	#
Q10-10	Recommandations SPILF	#
Q10-11	Recommandations SFD	#

Annexe 8 : Courrier-type de convocation en consultation de Maladies Infectieuses.

Service de Maladies Infectieuses
HOPITAL Claude HURIEZ



Lille, le 18/07/16

Chef de service
Pr GUERY Benoît

PUPH-Praticien Hospitalier
Pr FAURE Karine

Praticiens Hospitaliers
Dr GALPERINE Tatiana
Dr BOYER-BESSEYRE Marielle

Chef de Clinique
Dr FILALI Amel

Chefs de Clinique Assistante
Dr POITRENAUD Delphine
Dr CANNESSON Olivier
Dr DOUAUD Marion

Cadre Supérieur de Santé
Mme PROVENCE Dorothée

Cadre Gestionnaire
Mme CARRON Maryse

Cadre de Santé
Mme PLANQUART Marie
☎ 03.20.44.57.48

Secrétariat
☎ 03.20.44.57.43
Fax : 03.20.44.57.39

Fax du Service : 03.20.44.57.47

Accueil Hospitalisation
☎ 03.20.44.59.62 Poste : 38 424

PC Infirmier
☎ 03.20.44.57.49

Madame, Monsieur,

Vous avez consulté au CHRU de Lille.
Lors de votre examen, un prélèvement microbiologique est revenu positif.

Nous vous proposons une consultation en Maladies infectieuses.
Ci-joint, la convocation.

Merci de rappeler le secrétariat pour toute modification de date.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de nos sentiments distingués.

Service de Maladies infectieuses
CHRU Lille

AUTEUR : Nom : BELLENGIER

Prénom : Matthieu

Date de Soutenance : Jeudi 29 septembre 2016

Titre de la Thèse : Evaluation des pratiques de prise en charge des infections génitales à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* aux urgences gynécologiques du CHRU de Lille

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : DES Médecine Générale

Mots-clés : Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, infections génitales hautes

Résumé : **Contexte :** Les infections à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* sont les Infections Sexuellement Transmissibles bactériennes les plus fréquentes, particulièrement chez les personnes de moins de 25 ans. Les Infections Génitales Hautes qu'elles peuvent provoquer sont la cause d'une morbidité importante, nécessitant de les diagnostiquer et de les traiter au moindre signe d'appel. Nous avons réalisé une évaluation des pratiques de prise en charge des infections génitales pour ces 2 bactéries au sein des urgences gynécologiques du CHRU de Lille.

Méthode : 92 patientes ayant une PCR *Chlamydia trachomatis* et/ou *Neisseria gonorrhoeae* positives lors d'un prélèvement réalisé aux urgences gynécologiques ont été incluses entre le 1er septembre 2014 et le 31 décembre 2015. Les données cliniques, biologiques et de suivi ont été recueillies rétrospectivement. La prise en charge à la fois diagnostique et thérapeutique de ces infections a été comparée aux recommandations de 4 sociétés savantes : le CNGOF, la SPILF, le CDC, et la SFD.

Résultats : Nous avons répertorié 75 infections à *Chlamydia trachomatis*, 11 à *Neisseria gonorrhoeae* et 6 co-infections. Le motif de consultation principal était les douleurs abdomino-pelviennes (61%). 75% des patientes étaient âgées de 25 ans ou moins. 25% présentaient un antécédent d'Interruption Volontaire de Grossesse. 34% se sont présentées pour un constat d'agression sexuelle. Plus de 50% des dossiers n'avaient aucun diagnostic clairement évoqué, et 53% des patientes ressortaient sans traitement antibiotique probabiliste. Parmi les patientes traitées, le traitement était adapté aux recommandations dans 26% des cas le jour de la consultation et 54% des cas après réception des résultats microbiologiques. La Doxycycline et l'Ofloxacin étaient utilisées en proportion quasi équivalente dans respectivement 37 et 32% des cas. 40% des patientes (hors constats d'agression sexuelle) étaient revues en consultation de suivi. Le taux de guérison clinique était de 60% à la première consultation et de 100% à la seconde.

Conclusion : Un dépistage systématique pourrait être proposé aux urgences gynécologiques : Femmes <25 ans actives sexuellement, ou >25 ans présentant des facteurs de risque. Un questionnaire « type » pourrait être inclus dans l'observation des urgences afin de dépister ces facteurs. Il est primordial qu'une prise en charge uniformisée de ces infections soit mise en place.

Composition du Jury :

Présidente : Madame le Professeur FAURE Karine

Asseseurs : Monsieur le Professeur SUBTIL Damien

Monsieur le Docteur DESSEIN Rodrigue

Madame le Docteur GIRAUDET Géraldine

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur CANNESSON Olivier