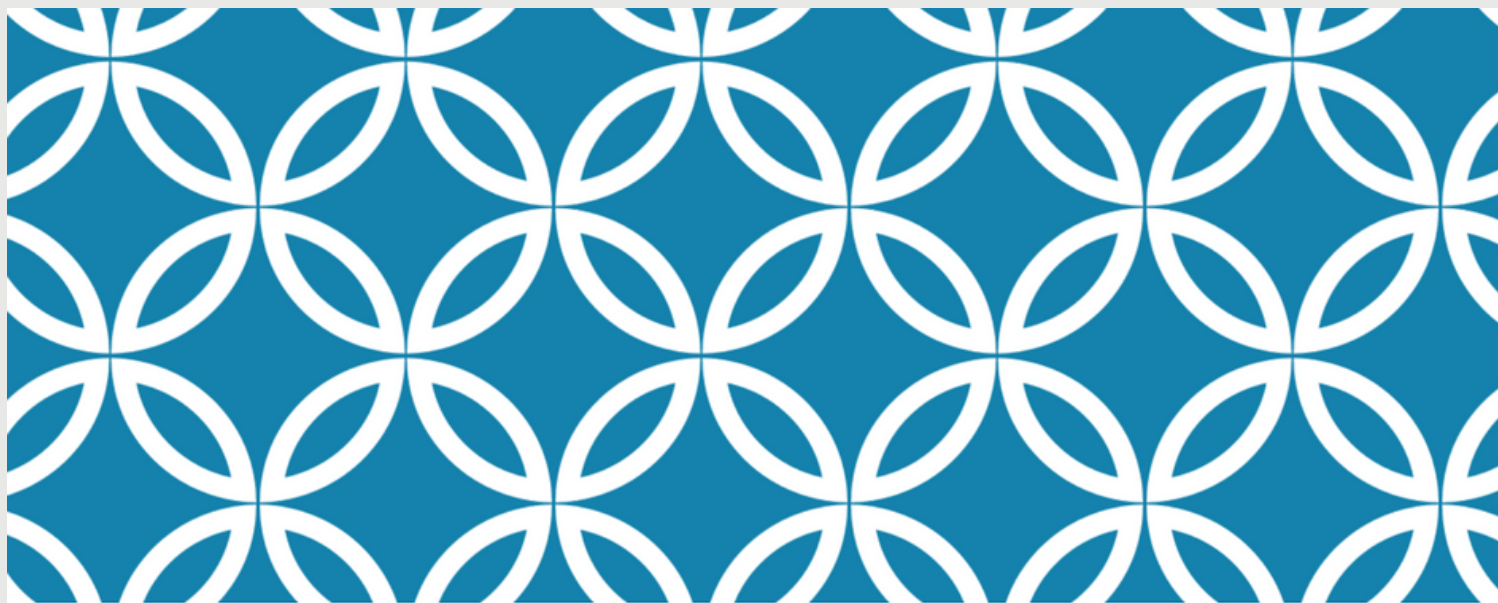


QUIZ IST

Messages clés suite à votre participation

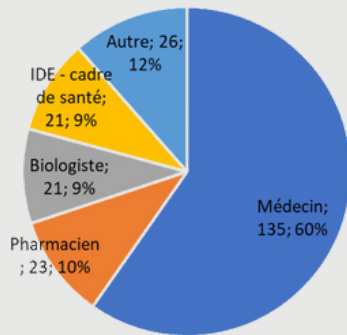


01

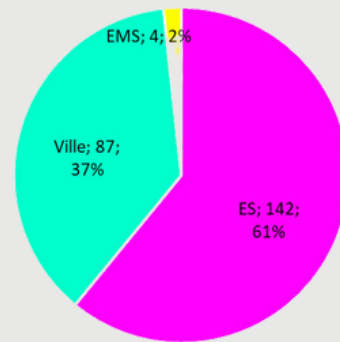
Principaux résultats du Quiz

226 réponses entre le 15/11 et le 13/12/2023

Participation par fonction



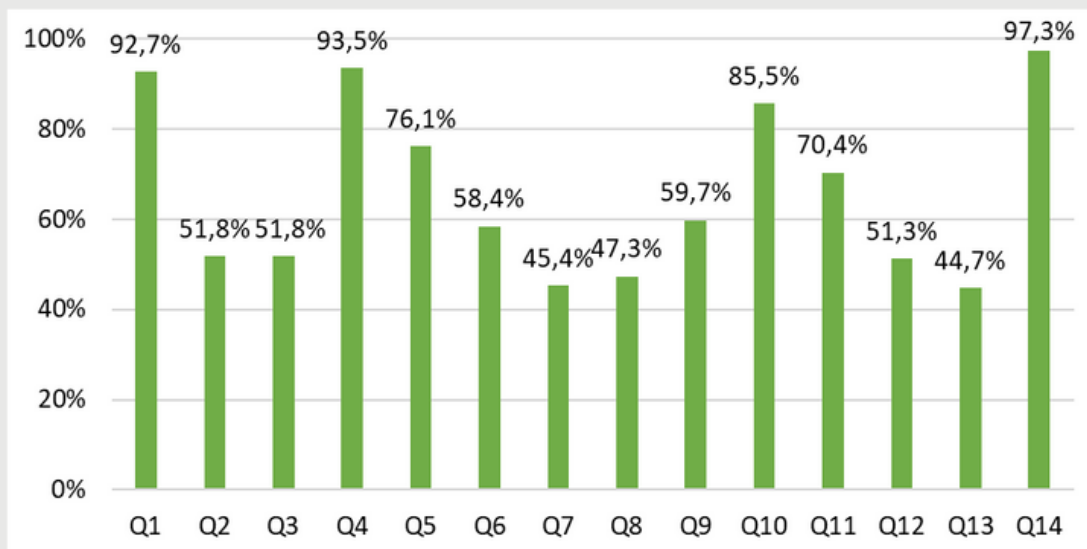
Participation par secteur



Répartition du score global par participant

Score global	Min	Médiane	Max
% de bonnes réponses (N= 14 questions)	36,4%	72,7%	81,8%

Pourcentage de bonnes réponses par question*



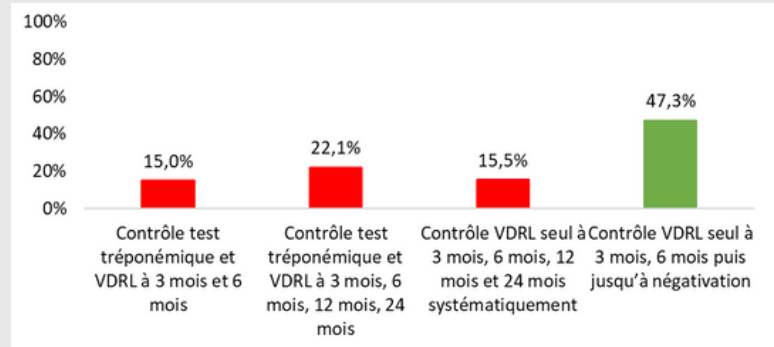
* détails des questions [ici](#)

02

La notion de cicatrice syphilitique

Réponses à la question 8 du Quiz :

Quelle surveillance biologique proposez-vous suite à la sérologie positive ? (N=226)



Lors d'une syphilis primaire, la sérologie se positive avant le 10ème jour du chancre :

- Les anticorps anti-tréponèmes se positivent en 1er (IgM puis IgG) : J7-J10
- Le test non tréponémique (VDRL quantitatif) se positive ensuite (J10-J15) : son dosage varie de façon proportionnelle à l'intensité de l'infection. Le titre doit être quantifié car sa décroissance permet de juger de la réponse au traitement.

Le dépistage initial se fait par un test tréponémique automatisé (méthode EIA le plus souvent) qualitatif, en remplacement du TPHA. Si ce test est positif, le laboratoire doit le confirmer par un test quantitatif non tréponémique (VDRL).

Après le traitement antibiotique : **le test tréponémique reste positif la plupart du temps**. C'est la **cicatrice syphilitique**.

- ➡ Il n'est donc pas nécessaire de traiter à nouveau si le test tréponémique reste positif à distance du traitement.
- ➡ Dans l'idéal, ne pas surveiller ce dosage, afin d'éviter de diagnostiquer une récurrence (à tort) et de prescrire des antibiotiques de façon inappropriée.

Mais alors, quelle surveillance biologique ?

- ➡ Le test non tréponémique (VDRL quantitatif) doit être contrôlé à **3 mois et 6 mois** du traitement, de façon **systématique**.

Puis la surveillance se programme en fonction de ce taux, et jusqu'à ce qu'il soit **indétectable**.

Attention ! sa décroissance peut être très lente :

- ➡ S'il est indétectable à 6 mois, la surveillance biologique peut s'arrêter.
- ➡ S'il est encore positif, la surveillance doit se poursuivre avec un nouveau contrôle à 12 mois. S'il devient indétectable : arrêt de la surveillance.
- ➡ S'il est positif à 12 mois : nouveau contrôle à 24 mois.

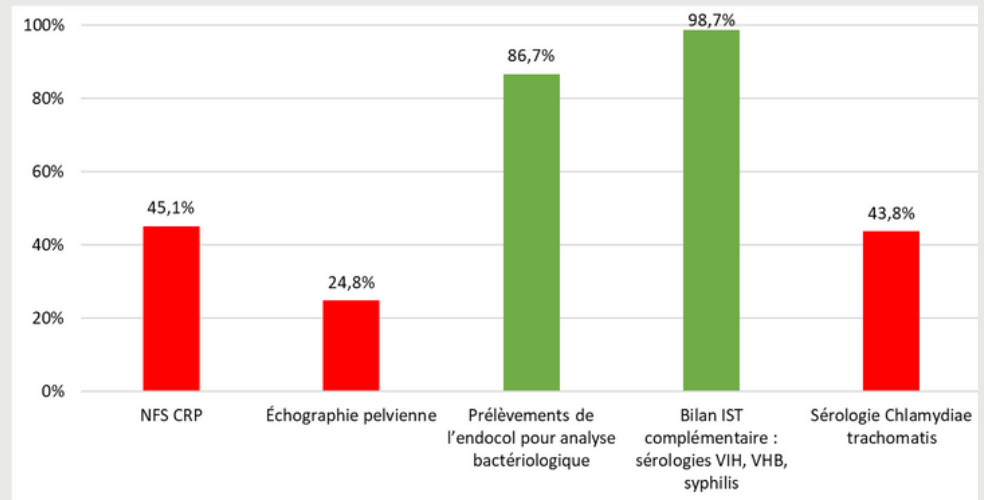
Si, au cours de cette surveillance, le **VDRL augmente à nouveau** (au moins 2 dilutions), il s'agit d'une **réinfection**. Un bilan et un nouveau traitement sont nécessaires.

03

Bilan paraclinique lors d'une cervicite

Devant une suspicion clinique de cervicite (leucorrhées jaunes ou blanches sans fièvre ni douleur abdominale, syndrome urétral, dyspareunies, « spotting »), il n'est pas recommandé de prescrire un bilan biologique comprenant NFS et CRP, car il n'influencera pas la prise en charge (le syndrome inflammatoire reste faible voire nul dans les infections génitales basses). Toutefois, en cas de doute diagnostique, ce bilan biologique peut permettre d'orienter vers une infection génitale haute si le syndrome inflammatoire est marqué.

Réponses à la question 1 du Quiz :
[Suite à une suspicion de cervicite, votre bilan paraclinique comprend](#)



Le bilan recommandé comporte un **prélèvement de l'endocol** (ou **auto-prélèvement vaginal** par la patiente) pour analyse bactériologique, ainsi qu'un bilan pour **recherche d'IST complémentaires** (sérologies VHB, VIH, syphilis).

La recherche de *Chlamydiae trachomatis* se fait sur **PCR sur le prélèvement local** (endocol/vagin). La **sérologie *Chlamydiae trachomatis* n'a aucun intérêt** dans le diagnostic des infections urogénitales basses. En effet, cet examen ne permet pas de dater l'infection et n'apporte donc rien dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

La réalisation d'une échographie pelvienne n'est pas recommandée dans le bilan des infections génitales basses car l'atteinte se limite au niveau du col de l'utérus, sans atteinte parenchymateuse utérine. A noter que cet examen sera pertinent devant un tableau d'infection génitale haute avec atteinte de l'utérus et/ou des trompes utérines.

Référence : Recommandations Société française de dermatologie/SPILF 2016 [Guidelines 2016\(1\).pdf](#) (sfdermato.org)