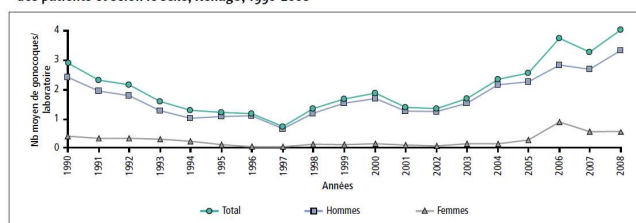


## 1. Les Gonococcies

### a. *Epidémiologie*

De 2008 à 2009, le nombre d'infections à gonocoques a augmenté de 52% en France. Selon les indicateurs de l'Institut national de veille sanitaire (INVS), l'évolution croissante de ces infections sexuellement transmissibles (IST), se poursuit depuis plusieurs années

Évolution du nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire actif pour l'ensemble des patients et selon le sexe, Rénago, 1990-2008

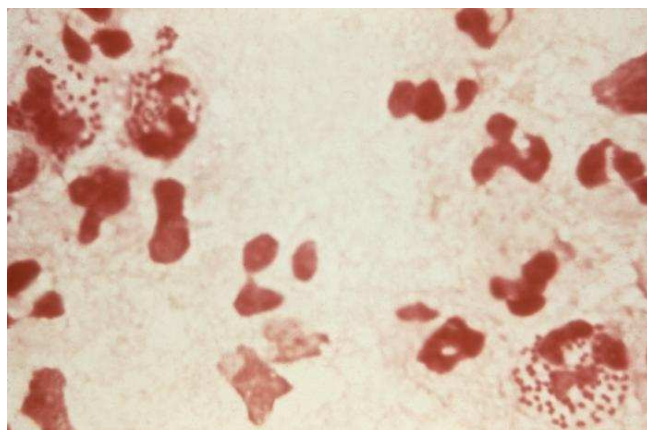


Source : INVS.

### b. *Intérêt de la PCR*

Une étude présentée à la RICAI 2010 par le groupement BIO67, a permis d'évaluer l'intérêt de la recherche systématique de gonocoques sur plus de 2500 échantillons uro-génitaux adressés pour recherche de IST, nous avons diagnostiqués 80 infections à *Chlamydia trachomatis* et 40 infections à gonocoques.

Pour les urétrites franches avec prélèvement urétral, l'examen direct est, le plus souvent, franchement positif et le diagnostic aisé. Par contre, pour les prélèvements génitaux chez la femme (avec 50% des IST asymptomatiques), les prélèvements d'ano-rectite ou les cultures d'urine (diagnostic évoqué d'infection urinaire), le diagnostic de certitude a été posé avec certitude par PCR dans 1/3 des cas.



Coloration de Gram d'un frottis urétral (Image issue de la Public Health Image Library (PHIL))

Conclusion : La PCR combinée *Chlamydia trachomatis/Neisseria gonorrhoeae* permet d'augmenter le nombre de diagnostics de gonococcie en particulier chez les femmes, les patients sous antibiothérapie, en cas d'ano-rectite et lorsque seul un prélèvement urinaire (en cas de gonococcie non suspectée au départ) est adressé au laboratoire.

### c. *Les traitements*

La résistance de *N. gonorrhoeae* aux antibiotiques augmente. Sur les 40 dernières souches transmises par notre laboratoire au Centre National de Référence, 82,5% des souches sont résistantes au Ciflox®, 98% à la pénicilline G alors **que 100% des souches sont sensibles à la Rocéphine®** (Traitement préconisé en 1<sup>ère</sup> intention par l'AFSSAPS).

## 1.L'Herpès Génital

### a. Epidémiologie

L'herpès est une infection largement répandue et présentant des aspects cliniques variés.

**La séroprévalence des infections-HSV-1 dans la population générale française adulte âgée de 18 à 60 ans est de 67%.**

**Pour l'infection HSV-2, la prévalence est de 15% (19% chez les femmes et de 11 % chez les hommes).**

**Classiquement**, l'herpès labial est causé par HSV1 et l'herpès génital par HSV2. En fait, l'herpès génital est une infection sexuellement transmissible actuellement causée par les deux types de virus.

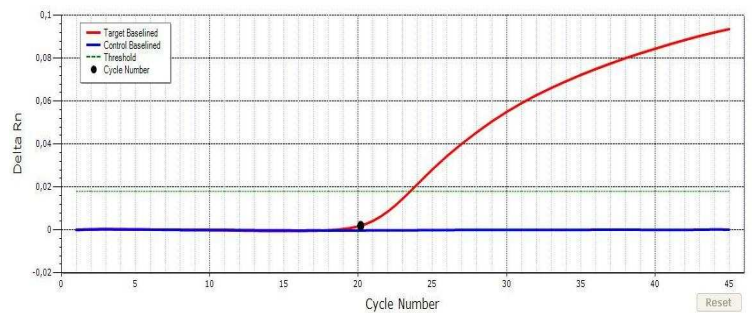
En effet, si l'herpès génital est encore majoritairement causé par HSV2, de nombreuses études ont montré que HSV1 est fréquemment retrouvé au cours du premier épisode d'herpès génital chez les adolescents et les adultes jeunes.

L'infection génitale à HSV1 est caractérisée par une moindre contagion et un nombre limité (voire l'absence) de récurrence. Par contre, HSV2 est presque toujours retrouvé lors de l'herpès génital récurrent et majoritairement responsable de l'herpès néonatal. Le risque de transmission est majeur lors d'une primo-infection chez la mère au dernier mois de grossesse, la contamination s'effectuant principalement au moment de l'accouchement.

### b; Intérêt de la PCR

Le diagnostic d'une infection herpétique peut être confirmé soit de manière directe essentiellement par la culture ou la PCR, soit de manière indirecte par la sérologie.

**La PCR combinée herpès HSV1 et HSV2** permet le diagnostic direct d'une infection herpétique. Elle est aussi spécifique que la culture virale, mais plus sensible, permettant notamment de **mettre en évidence les excréctions virales asymptomatiques**. Elle a également l'avantage d'être **moins contraignante au niveau des conditions de prélèvement et de transport**, l'herpès étant un virus fragile. C'est une **PCR qualitative permettant de différencier les deux types de virus HSV1 et HSV2**. Il est évident que la PCR Herpès permet également le diagnostic des infections herpétiques non génitales, notamment dans les formes cliniques atypiques.



La sérologie Herpès HSV1+2 (Réactifs Diasorin sur automate Liaison) est une technique ELISA différenciant les IgM et les IgG mais pas les deux virus HSV1 et 2.

Une sérologie spécifique HSV1 et HSV2 aurait l'avantage de permettre de connaître le type de virus impliqué, mais a l'inconvénient majeur d'être moins sensible avec une séroconversion souvent très tardive.

De plus, seule la sérologie indifférenciée est remboursée par la nomenclature des actes de biologie médicale.

L'interprétation de la sérologie est plus délicate, surtout en cas de taux faible d'IgM pouvant correspondre à des réactions croisées et pas toujours synonyme d'infection herpétique récente. Un second prélèvement est souvent nécessaire pour suivre la cinétique des anticorps et pouvoir affirmer une séroconversion.

Quand cela est possible, **il est donc préférable de privilégier le diagnostic virologique direct à la sérologie**. Celle-ci est surtout indiquée pour connaître le statut sérologique d'un patient (femme enceinte, patient HIV+, primo-infection...) ou pour étayer un diagnostic lorsque le prélèvement de lésions n'est pas ou plus possible.

### c; En pratique

Présence de lésions	Demande	Echantillon	Condition de transport	Délai de réponse
Oui	Recherche directe d'herpès virus (PCR HSV1 et HSV2)	Ecouvillonnage des lésions sur milieu M4RT (de préférence) ou sur écouvillon eSwab (acceptable)	< 8h : Température ambiante < 4j : +4-8°C >4j : -80°C	Une fois par semaine, mais peut être raccourci en cas d'urgence
Non	Sérologie Herpès (IgG et IgM HVS1+2)	Plasma (tube avec gel à bouchon jaune)	Température ambiante	1 à 2 fois par semaine