

# Infections sexuellement transmissibles (IST) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose IC-162

- Connaître les causes des infections sexuellement transmissibles (IST) selon leur expression clinique
- Connaître la fréquence des différentes IST et leurs facteurs de risque
- Connaître les mesures préventives des IST
- Connaître les principes de prise en charge du ou des partenaires
- Connaître les causes des ulcérations génitales infectieuses ou non infectieuses
- Photographie d'un herpès génital
- Photographie d'un chancre (syphilis primaire)
- Connaître les signes cliniques de l'urétrite masculine
- Connaître les causes des urétrites chez l'homme
- Connaître les signes cliniques d'une infection génitale basse chez la femme
- Connaître les signes cliniques d'une infection génitale haute chez la femme (salpingite, endométrite)
- Connaître les causes d'infections génitales basses chez la femme
- Connaître les causes d'infections génitales hautes chez la femme
- Connaître les manifestations extra génitales des IST
- Connaître les examens complémentaires à réaliser en cas d'IST : ulcérations génitales, urétrites, orchites, infections basses de la femme, infections hautes de la femme, localisation extragénitales
- Connaître les mesures générales de prise en charge des IST (médicamenteuses et non médicamenteuses)
- Connaître les explorations à réaliser en cas d'infection génitale haute chez la femme
- Connaître les modalités du traitement probabiliste des IST
- Connaître les modalités de dépistage des infections à papillomavirus humain (HPV)
- Connaître les modalités de choix des antibiotiques après documentation microbiologique de l'IST
- Connaître les modalités thérapeutiques des infections génitales hautes de la femme
- Connaître les modalités de prévention des IST
- Connaître les signes cliniques d'une syphilis précoce
- Connaître les signes cliniques d'une syphilis tardive
- Connaître les différentes présentations cliniques de la syphilis secondaire (formes neurologiques notamment)
- Photographie d'une éruption au stade de syphilis secondaire
- Connaître les tests sérologiques au cours de la syphilis
- Connaître les modalités du traitement de la syphilis primaire
- Connaître les modalités du traitement de la syphilis secondaire
- Connaître les manifestations cliniques liées au HPV
- Connaître les modalités de traitement des infections liées au HPV
- Connaître les étiologies parasitaires des IST
- Connaître les examens complémentaires à réaliser pour le diagnostic d'une trichomonose, d'une infection à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae
- Connaître les modalités du traitement d'une trichomonose, d'une infection à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae
- Connaître les principales conséquences à long terme des IGH chez la femme
- Reconnaître les particularités des IST en fonction de l'âge
- Photographie d'un condylome

---

## Connaître les causes des infections sexuellement transmissibles (IST) selon leur expression clinique OIC-162-01-A

*Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*, isolément ou en association, sont des IST responsables d'infections urogénitales chez l'homme et de cervicovaginites chez la femme.

### Gonococcie :

- *Neisseria gonorrhoeae* ou gonocoque, Diplocoque encapsulé Gram négatif, intracellulaire.
- Principaux sites d'infection: urètre, col et vagin, pharyngé

Infections non compliquées :

- **Chez l'homme** : souvent bruyant (urétrite +++, anorectite, oropharyngite), mais peut être asymptomatique
- **Chez la femme** : cervicite ; anorectite et oropharyngite possibles mais le plus souvent asymptomatiques

### Chlamydie :

- *Chlamydia trachomatis*
- Bacille Gram négatif, intracellulaire obligatoire, immobile

Chlamydioses non compliquées :

- **Chez l'homme** : 50% asymptomatique, urétrite, anorectite, opharyngite (moins bruyant qu'avec la gonococcie)

- **Chez la femme** : cervicite mais le plus souvent asymptomatique

### Syphilis :

- *Treponema pallidum*, spirochète

Syphilis précoce :

- **Primaire** : chancre au point d'inoculation, adénopathie satellite
- **Secondaire** : roséole syphilitique, syphilides (papuleuses, palmo-plantaires, génitales, ...), atteinte des phanères (depilation des sourcils, alopecie, ...) +/- signes généraux (fébricule) et non cutanéomuqueux (céphalées, poly-ADP, ...)

### Infection à HPV :

- *Human papillomavirus*
- HPV à bas risque oncogène (++ 6 et 11), haut risque (++ 16 et 18)

Lésions anogénitales :

- **Condylomes** : acuminés (« crêtes-de-coq »), plans (maculo-papuleux rosés)
- **Néoplasies Intra-épithéliales (NIE)** : lésions précancéreuses, HSIL ou LSIL

### Trichomonose :

- *Trichomonas vaginalis*, protozoaire flagellé, anaérobie

Trichomonoses non compliquées :

- **Chez l'homme** : asymptomatique +++, urétrite subaiguë, balanoposthite
- **Chez la femme** : asymptomatique +++, cervicovaginite ou vulvo-vaginite (prurit +++)

## Connaître la fréquence des différentes IST et leurs facteurs de risque OIC-162-02-B

**Gonococcie** : incidence en augmentation

- Hommes +++/ femmes
- Plus élevée en Ile-de-France

**Chlamydie** : plus fréquente que la gonococcie.

- Première cause d'IST bactérienne dans les pays industrialisés (prévalence jusqu'à 10 %).
- Première cause identifiée d'urétrite aiguë
- Pic d'incidence 15-34 ans chez la femme et 20-39 ans chez l'homme
- Fréquence élevée du portage asymptomatique

### Syphilis :

- Recrudescence depuis 2000 en France et pays industrialisés,
- Homosexuels masculins +++ territoire métropolitain, 40 % des patients sont infectés par le VIH
- Hétérosexuels +++ dans les départements et régions d'outre-mer (risque syphilis congénitale)

**Infection à HPV** : IST la plus fréquente, augmentation dans pays développés (chez les 16-25 ans +++)

- Près de 40 % de la population de jeunes femmes européennes est infectée par l'HPV
- Prévalence mondiale des infections latentes de 25% des moins de 25 ans.

**Trichomonose** : Faible en France depuis plusieurs années, prévalence similaire chez la femme et chez l'homme.

Les principaux facteurs de risques d'IST sont : le multipartenariat (au moins 2 partenaires différents dans l'année), le changement de partenaire récent, une IST chez un partenaire, un antécédent d'IST, une autre IST active, l'homosexualité masculine, la prostitution et les violences sexuelles

## Connaître les mesures préventives des IST OIC-162-03-A

- Protection des rapports sexuels par l'usage de préservatifs
- Vaccination préventive pour l'HPV et l'hépatite B (et l'hépatite A chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes)

- Identifier le, la ou les partenaire(s) contaminé(e)s ou contaminateur(trice)s, et proposer un dépistage, un diagnostic et/ou un traitement probabiliste ;

- Proposer systématiquement :
    - sérologie VIH,
    - test tréponémique,
    - une sérologie d'hépatite B
    - PCR urinaire ou génitale à la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*
    - PCR pharyngée et anale selon les pratiques sexuelles
  - Insister sur les risques de recontamination (éducation)
  - Envisager un traitement de type PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition) contre le VIH en cas de prise de risque trop régulière
- 

## Connaître les principes de prise en charge du ou des partenaires OIC-162-04-A

- Identifier le, la ou les partenaire(s) contaminé(e)s ou contaminateur(trice)s et proposer un dépistage, un diagnostic et/ou un traitement probabiliste ;

- Proposer systématiquement :
    - sérologie VIH,
    - test tréponémique,
    - une sérologie d'hépatite B
    - PCR urinaire ou génitale à la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*,
    - PCR pharyngée et anale selon les pratiques sexuelles
  - Insister sur les risques de recontamination (éducation).
  - Envisager un traitement de type PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition) contre le VIH en cas de prise de risque trop régulière
- 

## Connaître les causes des ulcérations génitales infectieuses ou non infectieuses OIC-162-05-A

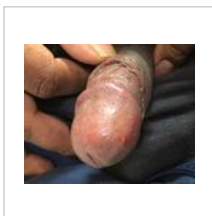
Infectieuses :

- Chance syphilitique : unique à fond propre, induré, localisation variable
- Herpès : ulcérations superficielles douloureuses à contours polycycliques
- Chancre mou : terrain (Afrique, Amérique du Sud, Asie), lésion(s) unique/multiples, fond sale, douleurs (+++), adénopathies inflammatoires
- Donovanose : terrain (Afrique, Amérique du Sud, Asie), lésions peu douloureuses granulomateuses
- Maladie de Nicolas-Favre (ou lymphogranulomatose vénérienne) : terrain (Afrique, Amérique du Sud, Asie, homosexuels), anorectite, ulcérations anogénitales, diarrhées trompeuses

Non infectieuses : traumatique, caustique, mécanique, dermatose bulleuse, toxidermie, ...

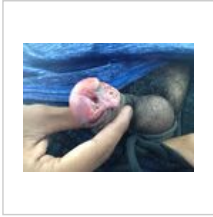
---

## Photographie d'un herpès génital OIC-162-06-A



Herpès génital :  
lésions  
millimétriques  
douloureuses post  
vésiculeuses à  
bordure  
inflammatoire du  
gland

## Photographie d'un chancre (syphilis primaire) OIC-162-07-A



Chancre syphilitique : ulcération non douloureuse en regard du frein de la verge.

---

## Connaître les signes cliniques de l'urétrite masculine OIC-162-08-A

Urétrite :

- Écoulement urétral ;
- Dysurie ;
- Douleurs urétrales : brûlures permanentes ou mictionnelles ;
- Prurit urétral ;
- Méatite, voire balanite
- Aiguë ou sub-aiguë

---

## Connaître les causes des urétrites chez l'homme OIC-162-09-B

### Origine vénérienne :

- Gonococcie : antérieure aiguë ++, écoulement urétral purulent (90 % des cas)
- Chlamydiose : urétrite (moins bruyante que pour le gonocoque) +/- écoulement urétral présent (< 50 % des cas), le plus souvent clair, modéré et intermittent.
- Trichomonose : urétrite subaiguë, écoulement matinal, +/- prurit

### Origine non vénérienne :

- Infectieuse : Escherichia, Klebsiella, Enterobacter, Serratia, ...
- Traumatique
- Radique
- Tumorale
- Irritative

---

## Connaître les signes cliniques d'une infection génitale basse chez la femme OIC-162-10-A

- Cervicite :

- Leucorrhée ;
  - Pesanteur pelvienne ;
  - Signe d'urétrite associée ;
  - Col +/- inflammatoire et écoulement à l'orifice cervical
- Vulvo-vaginite : prurit, dyspareunie, leucorrhées, vulve œdématiée

---

## Connaître les signes cliniques d'une infection génitale haute chez la femme

## (salpingite, endométrite) OIC-162-11-B

- Salpingite :

- +/- fièvre
- Douleurs pelviennes, métrorragies, +/- leucorrhées
- Examen gynécologique : douleur au toucher vaginal, inflammation endocol

- Endométrite : fièvre +++, douleur pelvienne augmentée au TV, écoulement de l'orifice du col

---

## Connaître les causes d'infections génitales basses chez la femme OIC-162-12-A

- Gonocoque :

- Clinique : leucorrhées purulentes, pesanteur pelvienne, signes d'urétrite associée
- Examen gynécologique : col non ou peu inflammatoire et écoulement purulent à l'orifice cervical

- Chlamydiose, Mycoplasme :

- Clinique : leucorrhées blanchâtres ou jaunâtres, cystalgies, syndrome urétral et/ou dyspareunie.
- Examen gynécologique : fragilité du col utérin et/ou sécrétions mucopurulentes, et/ou un ectropion friable et hémorragique

- Trichomonose :

- Clinique : prurit intense +++, +/- dyspareunie, +/- signes urinaires, leucorrhées abondantes, verdâtres, spumeuses et malodorantes, vulve est œdématisée

- Examen gynécologique : colpite punctiforme (« léopard »).

- Candidose :

- Clinique : leucorrhées blanches, caséeuses, prurit +++, +/- dysurie, +/- pollakiurie, vulvite
- Examen gynécologique : leucorrhées blanches, caillbotées, grumeleuses, tapissant les parois du vagin

- Vaginose bactérienne :

- Clinique : pertes grises peu abondantes malodorantes
- Examen gynécologique : peu d'irritation locale

- Vulvovaginite :

- Bactérienne à *Streptocoque pyogenes*
- Parasitaire à oxyurose

- Hormonale (non infectieuse) :

- Atrophie chez les femmes ménopausées

- Néoplasique (non infectieuse) :

- Clinique : leucorrhées associées ou non à des métrorragies
  - Examen gynécologique : atteinte du col, masse néoplasique, ...
- 

## Connaître les causes d'infections génitales hautes chez la femme OIC-162-13-B

Origine vénérienne :

- Gonocoque

- Chlamydiose

- Trichomonose

- *Mycoplasma genitalium*

Origine non vénérienne : streptocoque, staphylocoque, entérocoques, entérobactérie, ...

---

## Connaître les manifestations extra génitales des IST OIC-162-14-B

**Gonocoque :**

- Anorectite : asymptomatique +++, prurit anal, anite, écoulement rectal purulent, diarrhée, saignements anorectaux, syndrome rectal (ténésme, épreintes, diarrhée mucopurulente) et/ou sensations de défécations incomplètes.

- Oropharyngite : asymptomatique +++
- Septicémie gonococcique : fièvre, atteinte cutanée (purpura pétéchial ; papules ou papulo-pustules acrales ou périarticulaires), et/ou atteinte articulaire (mono- ou oligo-arthrites septiques ; ténosynovites)
- Autres : péri-hépatite, endocardite ou méningite.

#### **Chlamydie :**

- Pharyngite
- Anorectites : asymptomatiques +++
- Syndrome oculo-urétrro-synovial : polyarthrite aiguë ou subaiguë réactionnelle, urétrite, conjonctivite bilatérale, balanite circinée, kératodermie palmoplantaire psoriasiforme, kératoconjonctivite, arthrite
- Chez le nouveau-né : kératoconjonctivite, pneumopathie
- Autres : péri-hépatite

#### **Syphilis secondaire :**

- Roséole syphilitique : 1ère éruption syphilis secondaire, 6 semaines après le chancre, macules rosées, sur le tronc, pas d'autres symptômes fonctionnels
- Syphilides : papuleuses, palmoplantaires
- Autres symptômes cutané-phanériens : fausse perlèche, papules acnéiformes du menton, dépilation en aires de la langue, dépilation sourcils, ...
- Signes généraux : fébricule, céphalées, poly-ADP, poly-arthralgies, neuro syphilis, manifestations ophtalmiques, ...

---

## **Connaître les examens complémentaires à réaliser en cas d'IST : ulcérations génitales, urétrites, orchites, infections basses de la femme, infections hautes de la femme, localisation extragénitales OIC-162-15-A**

Bilan IST :

- Sérologies : VIH, VHB, test tréponémique +/- test non tréponémique
- PCR : Gonocoque et chlamydia (sur 1er jet urinaire, écoulement urétral, auto-prélèvement vaginal, pharyngé et anal selon les pratiques sexuelles)
- PCR pharyngée et anale selon les pratiques sexuelles
- Culture : systématique pour le gonocoque, écoulement urétral, auto-prélèvement vaginal, selon la symptomatologie
- Infection haute de la femme : CRP, NFS, prélèvement avec pose de speculum pour examen direct + culture standard + PCR, prélèvement chirurgicaux ou radioguidés si infection compliquée pour culture + PCR + rechercher de mycoplasmes
- Examen du col de l'utérus si condylome chez la patiente ou son conjoint

---

## **Connaître les mesures générales de prise en charge des IST (médicamenteuses et non médicamenteuses) OIC-162-16-B**

#### **Pour toute IST, il faut :**

Identifier le, la ou les partenaire(s) contaminé(e)s ou contaminateur(trice)s, et proposer d'emblée un dépistage, un diagnostic et/ou un traitement probabiliste ;

Proposer systématiquement :

- sérologie VIH,
- Test tréponémique,
- une sérologie d'hépatite B
- PCR urinaire ou génitale à la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*
- PCR pharyngée et anale selon les pratiques sexuelles

Insister sur les risques de recontamination (éducation).

Envisager un traitement de type PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition) contre le VIH en cas de prise de risque trop régulière

Protection des rapports sexuels par l'usage de préservatifs, recommandation en particulier d'abstinence/rapports protégés jusqu'à disparition de la contagiosité (au moins 7 jours)

Vaccination préventive pour l'HPV, l'hépatite B (et l'hépatite A chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes)

Devant une urétrite un traitement probabiliste par Doxycycline 200mg/J pendant 7 jours + Ceftriaxone 1g en dose unique peut être proposé

Devant un chancre un traitement probabiliste par Benzathine pénicilline G DU IM 2,4 millions d'unités peut être proposé

Réévaluation systématique de l'efficacité clinique/biologique

---

## Connaître les explorations à réaliser en cas d'infection génitale haute chez la femme OIC-162-17-B

- Infection haute de la femme :

- CRP, NFS,
  - Prélèvement avec pose de speculum pour examen direct + culture standard + PCR *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*,
  - Prélèvement chirurgicaux ou radioguidés si infection compliquée pour culture + PCR *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*, + rechercher de mycoplasmes
- 

## Connaître les modalités du traitement probabiliste des IST OIC-162-18-A

Tableau d'urétrite ou cervicite : traitement d'une infection probabiliste à gonocoque et à chlamydia

- Ceftriaxone dose unique IM ou IV 1000 mg
  - Doxycycline 200 mg PO 7 jours (ou azithromycine 1g dose unique)
- 

## Connaître les modalités de dépistage des infections à papillomavirus humain (HPV) OIC-162-19-A

Le diagnostic de condylome est un diagnostic clinique

- Chez l'homme, si atteinte urétrale : +/- uréthroscopie,
  - Chez les femmes : réaliser un FCV ou test HPV-HR +/- colposcopie-biopsie
  - En cas d'atteinte anale : examen proctologique complet
- 

## Connaître les modalités de choix des antibiotiques après documentation microbiologique de l'IST OIC-162-20-A

Gonococcie :

- Ceftriaxone dose unique IM ou IV 1000 mg
- Si allergie  $\beta$ -lactamines : dose unique azithromycine ou gentamicine ou ciprofloxacine

Chlamydiose :

- Doxycycline per os 200mg pendant 7 jours (ou azithromycine 1g dose unique mais risque de résistance à d'autres microorganismes)
- 2<sup>ème</sup> intention : érythromycine ou ofloxacine

Syphilis précoce : Benzathine pénicilline G DU IM 2,4 millions d'unités

Trichomonose : Métronidazole per os 2g dose unique ou 500 mg 2x/j 7 jours ou Secnidazole 2g dose unique

---

## Connaître les modalités thérapeutiques des infections génitales hautes de la femme OIC-162-21-B

Traitement probabiliste : recommandations de 2018 (CNGOF – SPILF) préconisent :

- IGH non compliquée : Ceftriaxone 1g IV/IM dose unique + Doxycycline 100mg/12h per os 10 jours + Métronidazole 500mg/12h per os 10 jours
- Gonocoque : Ceftriaxone (1 g/j, IV, 14 jours).
- Chlamydiose : Doxycycline (100 mg/12 heures, per os ou IV, 14 jours).

# Connaître les modalités de prévention des IST OIC-162-22-A

Pour toute IST, il faut :

Protection des rapports sexuels par l'usage de préservatifs

Vaccination préventive pour l'HPV, l'hépatite B (et l'hépatite A chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes)

Identifier le, la ou les partenaire(s) contaminé(e)s ou contaminateur(trice)s, et proposer un dépistage, un diagnostic et/ou un traitement probabiliste ;

Proposer systématiquement :

- sérologie VIH,
- test tréponémique,
- une sérologie d'hépatite B
- PCR urinaire ou génitale à la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*
- PCR pharyngée et anale selon les pratiques sexuelles

Insister sur les risques de recontamination (éducation).

Envisager un traitement de type PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition) contre le VIH en cas de prise de risque trop régulière

---

## Connaître les signes cliniques d'une syphilis précoce OIC-162-23-A

Syphilis précoce :

- Primaire : durée variable (21 jours en général)

- Chancre : unique ++, fond propre, induré, génital ++, régression spontanée

o Attention : tous les chancres syphilitiques ne respectent pas totalement ces critères

§ Une syphilis doit être évoquée jusqu'à preuve du contraire devant toute ulcération des parties génitales

- ADP satellite : non inflammatoire

- Secondaire : durée <1an

- Roséole syphilitique : macules rosées, sur le tronc, pas d'autres symptômes fonctionnels
- Syphilides papuleuses : papules cuivrées, nombre et localisation variable
- Signes généraux et extra-cutané : fébricule, céphalées, poly-ADP, ...

- Latente précoce : asymptomatique

---

## Connaître les signes cliniques d'une syphilis tardive OIC-162-24-B

La syphilis latente tardive se définit par l'absence de signe clinique et la découverte d'une sérologie positive dont la date présumée du contact est de plus d'un an

Les formes cliniques de syphilis tertiaire sont :

- o Syphilis gommeuse
- o Syphilis osseuse
- o Syphilis cardiovasculaire (aortite, sténose des coronaires, ...)
- o Neurosyphilis tertiaire
- o Tabés

---

## Connaître les différentes présentations cliniques de la syphilis secondaire (formes neurologiques notamment) OIC-162-25-B

Liées à la diffusion systémique du tréponème. Éruption « floraisons » évoluant par poussées.

- Roséole syphilitique : 1ère éruption syphilis secondaire, 6 semaines après le chancre, macules rosées, sur le tronc, pas d'autres symptômes fonctionnels

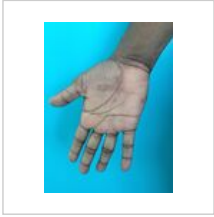
- Syphilides :

- Papuleuses : monomorphe, papule cuivrée, nombre et localisation variable



- Palmoplantaires : très évocatrices ++, papules érythémateuses cuivrées paumes et plantes, inconstantes
  - Génitales et périnéales : indolores, non prurigineuses, multiples, molles, papuleuses/érosives, contagieuses +++
  - Autres symptômes cutanéophanériens : fausse perlèche, papules acnéiformes du menton, plaques fauchées de la langue, dépilation sourcils, ...
  - Signes généraux et extra-cutanéomuqueux : fébricule, céphalées, poly-ADP, poly-arthralgies, neurosyphilis (manifestations ophtalmologiques, hypoacousie, acouphènes, paralysie faciale, méningite,...)
- 

## Photographie d'une éruption au stade de syphilis secondaire OIC-162-26-B



Syphilides palmaire

## Connaître les tests sérologiques au cours de la syphilis OIC-162-27-A

- Les tests tréponémiques (TT) : réaction spécifique des tréponématoses.
    - ELISA : test immuno-enzymatique automatique, taux d'IgM et d'IgG
    - TPHA est un test d'agglutination et de fluorescence manuel ; résultat exprimé en dilution
    - Cinétique : TT + entre 7<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> jour du chancre.
  - Les tests non tréponémiques (TNT) : VDRL et RPR (Rapid Plasma Reagin) ne sont pas des réactions spécifiques des tréponématoses (+++).
  - TT- et TNT- : absence de tréponématose ou très récente (ou guérie et traitée précocement)
  - TT+ et TNT+ : interprétation selon la cinétique du TNT (début d'une syphilis avec croissance du TNT, syphilis traitée avec décroissance du TNT)
  - TT- et TNT+ : faux positif
  - TT+ et TNT- : tréponématose guérie ou très précoce ou syphilis tertiaire très ancienne
- 

## Connaître les modalités du traitement de la syphilis primaire OIC-162-28-A

Syphilis précoce : Benzathine pénicilline G dose unique IM 2,4 millions d'unités

- Si allergie pénicilline : doxycycline 14 jours
- Réaction d'Herxheimer : possible pour la syphilis primaire ou secondaire, lyse des tréponèmes

Patient VIH+ (syphilis primaire ou secondaire) : Benzathine pénicilline G dose unique IM 2,4 millions d'unités

---

## Connaître les modalités du traitement de la syphilis secondaire OIC-162-29-B

Syphilis secondaire précoce : Benzathine pénicilline G dose unique IM 2,4 millions d'unités

- Si allergie pénicilline : doxycycline 14 jours
- Réaction d'Herxheimer : possible pour la syphilis primaire ou secondaire, lyse des tréponèmes

Patient VIH+ (syphilis primaire ou secondaire) : Benzathine pénicilline G dose unique IM 2,4 millions d'unités

Syphilis secondaire tardive : Benzathine pénicilline G dose unique IM 2,4 millions d'unités 1 fois par semaine pendant 3 semaines

- Si allergie pénicilline : doxycycline 28 jours
  - Réaction d'Herxheimer : possible pour la syphilis primaire ou secondaire, lyse des tréponèmes
- 

## Connaître les manifestations cliniques liées au HPV OIC-162-30-A

Localisation variée, unique ou multiple

- Condylomes acuminés : "crêtes-de-coq"
  - Condylomes plans : maculo-papules rosées
  - Néoplasie intra épithéliale (NIE) : lésions pré-cancéreuses (LSIL ou HSIL)
- 

## Connaître les modalités de traitement des infections liées au HPV OIC-162-31-B

- Préventif : vaccin nonavalent, 2 ou 3 doses
    - Enfants de 11 à 19 ans
    - Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : jusqu'à 26 ans
  - Curatif :
    - Physique : cryothérapie, laser CO2, électrocoagulation, chirurgie
    - Chimique : podophylotoxine
    - Immunologique : imiquimod
- 

## Connaître les étiologies parasitaires des IST OIC-162-32-B

- **Trichomonose** : *Trichomonas vaginalis*, protozoaire flagellé, anaérobie
  - Gale : *Sarcoptes scabiei hominis*, sarcopte\*
  - Pédiculose du pubis (morpion) : *Phthirus inguinalis*
- \* son mode de transmission l'apparente à une IST ce qui impose une recherche de conduite à risque et le cas échéant un dépistage des autres IST
- 

## Connaître les examens complémentaires à réaliser pour le diagnostic d'une trichomonose, d'une infection à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae OIC-162-33-B

### Gonocoque :

- PCR :
  - Homme : 1er jet urinaire ou écoulement urétral spontané
  - Femme : auto-écouvillonnage vaginal
  - +/- pharyngé, anal
- Prélèvement bactériologique :
  - Urétrite biologique : >5 PNN au frottis urétral x100 ou >10 PNN x400
  - Examen direct : diplocoque gram négatif, "grain de café", intracellulaire
  - Culture : systématique, sur gélose sang cuit, antibiogramme

### Chlamydiase :

- PCR :
  - Homme : sur premier jet d'urine ou écoulement urétral spontané
  - Femme : sur auto-écouvillonnage vaginal
  - +/- pharyngé, anal
- Pas d'intérêt de la sérologie

### Trichomonose :

- Examen direct ou PCR
    - Chez l'homme : écoulement urétral ou 1er jet urinaire
    - Chez la femme : cul-de-sac vaginal postérieur (réalisé également sur auto-écouvillonnage)
- 

## Connaître les modalités du traitement d'une trichomonose, d'une infection à

# Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae OIC-162-34-B

## Gonocoque :

- Infection non compliquée : ceftriaxone dose unique IM ou IV 1000 mg
  - Traitement anti-chlamydia associé systématique : doxycycline 7 jours
  - Si allergie  $\beta$ -lactamines : dose unique azithromycine ou gentamycine ou ciprofloxacine
  - Chez la femme enceinte : dose unique ceftriaxone ou céfixime
- Orchi-épididymite : ceftriaxone dose unique (IM ou IV 1000 mg) ou céfixime
- Septicémie, endocardite, méningite, endométrite, salpingite : ceftriaxone +/- hospitalisation

## Chlamydirose :

- Infection non compliquée : Doxycycline per os 200mg pendant 7 jours ou azithromycine 1g dose unique (risque de résistance à d'autres microorganismes)
  - 2<sup>ème</sup> intention : érythromycine ou ofloxacine
  - Chez la femme enceinte : azithromycine dose unique
  - Nouveau-né : érythromycine (si pneumopathie ou ophtalmie)
- Orchi-épididymite : doxycycline 10 jours
- Endométrite, salpingite : doxycycline 14 jours

## Trichomonose :

- Metronidazole PO 2g dose unique ou 500 mg 2x/j 7 jours ou Secnidazole 2g dose unique

---

## Connaître les principales conséquences à long terme des IGH chez la femme OIC-162-35-A

Algies pelviennes inflammatoires, stérilité tubaire et grossesse extra-utérine

---

## Reconnaitre les particularités des IST en fonction de l'âge OIC-162-36-B

Il n'y a pas de modification des signes cliniques selon l'âge sauf pour les nouveaux nés dont l'atteinte peut concerner les yeux et les voies respiratoires

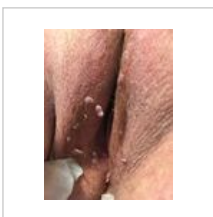
Il n'y a pas d'IST selon l'âge

- o Les cancers HPV induits mettent cependant plusieurs années à se développer après les premiers rapports sexuels
- o Une IST chez un enfant peut faire suspecter un sévice sexuel. L'interrogatoire et l'examen clinique doivent être minutieux et prudents pour ne pas accuser à tort un parent

On constate actuellement une majoration de l'incidence des salpingites entre 35 et 45 ans en lien, probablement, avec la recomposition des couples et ainsi la reprise d'une nouvelle activité sexuelle

---

## Photographie d'un condylome OIC-162-37-B



Condylomes  
acuminés sur les  
grandes lèvres