

# MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Dr KETTAF. N

MODULE DE DERMATOLOGIE

05 Février 2025

## I- Généralités :

Les infections sexuellement transmissibles (IST) ou maladies sexuellement transmissibles (MST), sont des infections pouvant être transmises lors des relations sexuelles, avec ou sans pénétration. Il existe plus d'une trentaine d'IST. Elles sont provoquées par des agents infectieux. Il peut s'agir de virus, de bactéries ou de parasites. Les MST sont des maladies à déclaration obligatoire.

Tableaux cliniques : les MST se présentent essentiellement sous forme :

1– soit d'une ulcération génitale : syphilis , herpès génital, chancre mou, donovanose ,maladie de nicolas-favre ( lymphogranulomatose vénérienne),.....

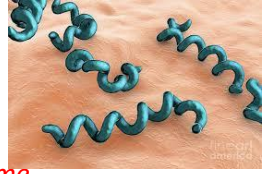
2– soit une urétrite : gonococcie, trichomonase, chlamydiose et mycoplasmes,...

3-Autres MST : condylomes ; hépatite, HIV.

Les MST posent un problème de santé publique majeur du fait de leur:

- ✓ **Gravité** : mise en jeu du pronostic fonctionnel (stérilité) et vital (VIH,...)
- ✓ **Contagiosité** : Asymptomatique: →Transmission silencieuse.
- ✓ **Coût de la prise en charge médicale + préventive.**

## 1-SYPHILIS :



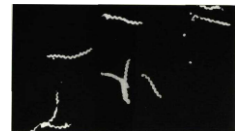
### INTRODUCTION :

Maladie sexuellement transmissible (MST), non immunisante due à un spirochète le *Treponème Pallidum*. Incidence actuellement à la hausse, en particulier chez les homosexuels dont plus de la moitié est infectée par le VIH.

### BACTERIOLOGIE :

Identifié en 1905 par Schaudinn et Hoffman, *Treponema pallidum* est un bacille hélicoïdal aux spires régulières. Il appartient au genre *Treponema* (qui comporte d'autres espèces, pathogènes (celles responsables des **tréponématoses endémiques** : pian, bégel, pinta) ou commensales.

Mesurant 5 à 15 µm de long, Mise en évidence à l'examen direct au microscope à fond noir ou après coloration argentique. Le *Treponema pallidum* n'est pas cultivable.



### TRANSMISSION :

- Transmission sexuelle la plus fréquente.
- Transmissions sanguine exceptionnelle.
- Transmission materno-fœtale à partir du 4<sup>ème</sup> - 5<sup>ème</sup> mois de la grossesse, risque plus important si syphilis maternelle récente et proche de l'accouchement, une contamination du nourrisson lors de l'accouchement est possible.
- Contamination professionnelle n'est envisageable que si l'examen du sujet syphilitique se fait à main nue.

### CLASSIFICATION : On distingue:

- ❖ **la syphilis précoce**: regroupe la syphilis primaire, secondaire et latente de moins d'un an.
- ❖ **la syphilis tardive**: regroupe la syphilis tertiaire et la syphilis latente tardive (non datable ou datant de plus d'un an)

#### a- la syphilis primaire :

Incubation: en moyenne 3 semaines (10 à 90 jours) après le contact. Une antibiothérapie préalable allonge la durée d'incubation.

La syphilis primaire est marquée par la survenue du chancre avec son adénopathie satellite.



#### 1. Chancre syphilitique typique :

Une exulcération (ou érosion); unique ; de 5 à 10 mm de diamètre en moyenne ; à fond propre ; indolore et indurée à la palpation (**seul caractère sémiologique vraiment évocateur**).

L'induration se traduit par l'impossibilité de plisser entre deux doigts la surface de l'ulcération qui ne fait qu'un bloc avec l'induration sous-jacente.

Siège : habituellement génital plus rarement muqueuse buccale, pharyngée, ano-rectale.

Cicatrise en 10 à 14 jours sous traitement, en 3 à 6 semaines sans traitement.



*Aucune de ces caractéristiques n'est cependant pathognomonique. Un chancre syphilitique doit systématiquement être évoqué devant toute ulcération muqueuse aiguë (génitale, orale ou anale)*

## 2. Adénopathie satellite :

Apparaît 4 à 7 jours après le chancre.

Le plus souvent unilatérales, indolores, ce sont des ganglions multiples, petits et durs, parfois centrés par un ganglion plus volumineux, sans signes inflammatoires.

Le siège dépend de la localisation du chancre.

En l'absence de traitement, l'adénopathie persiste plusieurs mois. Traitée, elle disparaît après le chancre.

## b- Syphilis secondaire :

Liée à une dissémination bactérienne systémique hémotogène,

Apparaît environ 6 semaines après le chancre, soit à peu près 2 mois après le contage.

On distingue classiquement deux éruptions, ou « floraisons », successives : roséole (première floraison) puis syphilides (deuxième floraison).

### 1 -manifestations cutanées :

#### - Première floraison : roséole syphilitique :

- La roséole syphilitique est la première éruption de la syphilis secondaire.
- Exanthème roseoliforme: macules rose pâle, de 5 à 15 mm de diamètre, non confluentes
- Disséminées sur le tronc et la racine des membres
- Absence de signes fonctionnels.
- Elle passe souvent inaperçue, car peu intense et transitoire (elle disparaît spontanément en 7 à 10 jours).



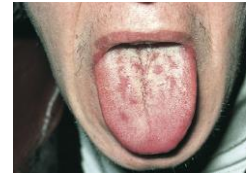
#### - Deuxième floraison): syphilides papuleuses

- Elles sont polymorphes, mais la lésion élémentaire est presque toujours une papule. Leurs caractéristiques sont :
  - une lésion élémentaire : papules, de couleur rouge cuivrés, de nombre variable, asymptomatiques,
  - une fine desquamation périlésionnelle (**collerette de Bielt**) évocatrice, mais ni constante, ni spécifique
  - Siege: tronc, membres et visage (sillons nasogéniens et mentonniers +++ donnant un aspect acnéiforme).
  - **Localisation palmo-plantaire** très évocatrice, inconstante.
  - Syphilides périnéales et génitales sont papulo-érosives très contagieuses (+++).



## 2 - Autres Symptômes cutané- muqueuses et phanériennes :

- Fausse perlèche (papule commissurale fendue en deux).
- Dépapillation en aire de la langue (plaques fauchées),
- Alopécie en clairière en petite plaque, temporo-occipitale.



## 3 .Manifestations viscérales (générales) :

--Fébricule, polyadénopathies indolores, polyarthralgies, hépato-splénomégalie, glomérulonéphrite, hépatite, .....

--Atteinte du système nerveux central quasi asymptomatique; parfois symptomatique (atteinte des paires crâniennes, méningite, encéphalite).

--Atteintes oculaires : uvéite, chorioretinite justifiant un examen ophtalmologique systématique au cours des syphilis secondaires.

### c- Syphilis latente :

La phase secondaire est suivie d'une phase de latence clinique, asymptomatique par définition, pouvant durer quelques mois à quelques années.

### d-Syphilis tertiaire :

- Atteinte cutané-muqueuse : non contagieuses.
  - Gommescutaneo-muqueuses, tubercules.
- Atteinte cardiovasculaire : insuffisance aortique; anévrisme de l'aorte.
- Atteinte neurologique : syphilis vasculaire cérébrale ; AVC ischémique Paralyse générale ; troubles des fonctions supérieures.
  - Tabès : douleurs fulgurantes, troubles de la sensibilité signe d'Argyll Robertson( abolition du réflexe photo moteur avec conservation du réflexe d'accommodation-convergence.
- Atteintes osseuses, hépatiques, rénales...,,

## FORMES CLINIQUES:

**1-Syphilis congénitale:** Risques de mort in utero, prématurité, syphilis congénitale symptomatique.

- **Syphilis congénitale précoce :** se révèle de la naissance à 2 ans, équivalent congénital de la syphilis 2<sup>aire</sup>. signes cutané-muqueux roséole, bulles palmo-plantaires, rhinite,...  
Signes systémiques : hépatite, méningite, atteinte oculaire, osseuse, ..
- **Syphilis congénitale tardive :** se révèle après l'âge de 2 ans, équivalent congénital de la syphilis tertiaire: gommescutanéo-muqueuses.  
Signes systémiques; kératite, méningite, aortite, hydarthrose du genou ....
- **Stigmates :** séquelles de syphilis congénitale (rhagades, anomalies dentaires, dystrophies osseuses).

## 2-Syphilis et infection par VIH :

Syphilis favorise l'acquisition du VIH par les brèches muqueuses.

L'infection VIH ne modifie pas significativement la présentation clinique de la syphilis précoce, néanmoins fréquence des chancres multiples au cours de la syphilis primaire et persistance du chancre lors de la syphilis secondaire.

Risque de faux positif (VDRL+, TPHA-) plus important.

Atteinte neurologique n'est pas plus fréquente au cours de la syphilis précoce, la ponction lombaire n'étant indiquée qu'en cas de signes neurologiques ou oculaires patents. En revanche dans les syphilis tardives, beaucoup recommandent une ponction lombaire systématique.

### DIAGNOSTIC :

#### \* METHODES DIRECTES :

- Microscopie au fond noir (sensibilité = 50%).
- Porte sur la sérosité du chancre ou les syphilides papuleuses érosives et à partir de lésions cutanées, du cordon ombilical (syphilis congénitale).
- Aucune valeur au niveau buccal +++ (spirochètes saprophytes).

#### °METHODES INDIRECTES SEROLOGIQUES :

2 grands groupes de méthodes suivant l'origine de l'antigène utilisé (les 2 tests sont obligatoires +++)

##### ➤ Tests tréponémiques (réaction spécifique) :

#### 1. TPHA (Treponema Pallidum Haemagglutination Assay) :

Ne permet pas de différencier les anticorps syphilitiques des anticorps dirigés contre les tréponématoses non vénériennes (On devrait donc parler de sérologie des tréponématoses et non de sérologie de la syphilis).

Se positive un peu avant le VDRL autour des 8<sup>ème</sup> -10<sup>ème</sup> jours du chancre.

L'intensité de la réaction est cotée en croix. Il atteint rapidement +++ et, en l'absence de traitement, restera à +++ jusqu'à la fin de la vie. Il est donc à +++ durant la syphilis 2<sup>aire</sup>, sérologique et 3<sup>aire</sup>.

Titre du TPHA quantitatif n'est pas un bon marqueur de l'évolutivité, ni de la réponse au traitement.

#### 2-FTA Fluorescent Treponemal Antibody et FTA-abs-(absorbé) :

Pour augmenter la spécificité de cette technique, il a été mis au point le FTA-abs.

Le FTA abs se positive vers le 5<sup>ème</sup> jour du chancre, c'est donc le premier test à se positiver, quelques jours avant le VDRL et le TPHA.

Permet un diagnostic sérologique chez le nouveau-né en cas de suspicion de transmission pendant la grossesse (FTA-IgM) et dans la syphilis primaire au tout début du chancre si les 2 tests TPHA et VDRL sont négatifs.

➤ Tests non tréponémiques :

Réaction d'agglutination non spécifique met en évidence des anticorps anti-cardiolipidiques.

- **VDRL (Venereal Disease Research Laboratory):**

-Se positive en moyenne 8 à 10 jours après l'apparition du chancre.

-Le titre augment rapidement pour atteindre un plateau durant la phase secondaire, variable selon les patients, il reste positif durant toute la phase secondaire.

-Reflète l'évolution de la maladie et l'ancienneté de la contamination.

-Surveillance de l'efficacité du traitement se fait sur le VDRL quantitatif (+++)

-Sérologie faussement positive (VDRL positif, TPHA négatif) peut se voir au cours de lupus, cause infectieuse (bactérienne, virale, parasitaire), grossesse, hépatopathie chronique, gammapathie monoclonale.

<b>Les grands principes pour l'interprétation de la sérologie de la syphilis.</b>
---

1. Au stade primaire le diagnostic de certitude repose sur la recherche de TP au microscope à fond noir (positif dans 30 à 50% des cas), pas de valeur au niveau buccal.
2. Les 2 tests utilisés pour le diagnostic sont le TPHA et le VDRL.
3. Au tout début du chancre le TPHA et le VDRL peuvent être négatifs (3-7 premiers jours du chancre).
4. Au stade de syphilis secondaire les 2 tests sont toujours positifs.
5. Un VDRL positif isolé n'est pas synonyme de syphilis.
6. La surveillance sérologique après traitement repose sur le VDRL quantitatif.
7. Interprétation des résultats avec la clinique (contact clinicien-biologiste).

**TRAITEMENT :**

➤ Syphilis précoce (primaire ; secondaire, latente précoce) :

-Une seule injection de benzathine-pénicilline G de 2,4 millions d'unités intramusculaires (Extencilline®).

-Doxycycline (200 mg/j) ou la tétracycline (2 g/j) pendant 2 semaines en cas d'allergie à la pénicilline.

-Désensibilisation à la pénicilline en cas d'allergie à la pénicilline et de contre-indication aux cyclines.

-Syphilis précoce en échec sérologique (moins de 2 dilutions à 6 mois) : 3 injections IM à 1 semaine d'intervalle de BPG.

➤ **Syphilis tardive (à l'exclusion de la neurosyphilis) :**

-3 injections intramusculaires de 2,4 millions d'unités de benzathine-pénicilline G à 1 semaine d'intervalle.

-Désensibilisation à la pénicilline en cas d'allergie à la pénicilline.

-Une alternative mal validée est la doxycycline (200 mg/j) ou la tétracycline (2 g /j) pendant 4 semaines.

➤ **Femme enceinte :**

.Traitement identique, pour un même stade de la maladie, à celui préconisé chez la femme non enceinte.

.Désensibilisation en cas d'allergie à la pénicilline.

. Suivi clinique et biologique mensuel, échographique à la recherche de signes de fœtopathie.

➤ **Syphilis du sujet séropositif pour le VIH :**

Le traitement standard par la pénicilline est le même en cas de syphilis primaire ou secondaire du sujet séronégatif pour le VIH.

Les cyclines ne sont pas validées chez le patient séropositif pour le VIH.

**REPONSE THERAPEUTIQUE :**

- Titre du VDRL doit être divisé par **4** ( deux dilutions) à 3 mois et par **16** à 6 mois; en l'absence d'une décroissance de ce type, le traitement doit être repris.

- Recontamination syphilitique peut être diagnostiquée sur la remontée significative du VDRL quantitatif (titre multiplié au moins par 4),

- VDRL doit être négatif 1 ans après le traitement d'une syphilis 1<sup>aire</sup>, et dans un délai de 2 ans après le traitement d'une syphilis 2<sup>aire</sup> et 4 ans en cas de syphilis latente précoce.

- VDRL négatif est un excellent critère de guérison d'une syphilis.

TPHA et FTA se négativent rarement après traitement d'une syphilis précoce, dans les syphilis tardives, les sérologies tréponémiques semblent rester indéfiniment positives.

Dans la syphilis 3<sup>aire</sup>, la sérologie doit être contrôlée aux 6<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> mois et traiter comme une neurosyphilis en l'absence d'une réponse clinique ou sérologique adaptée.

**Mesures associées :**

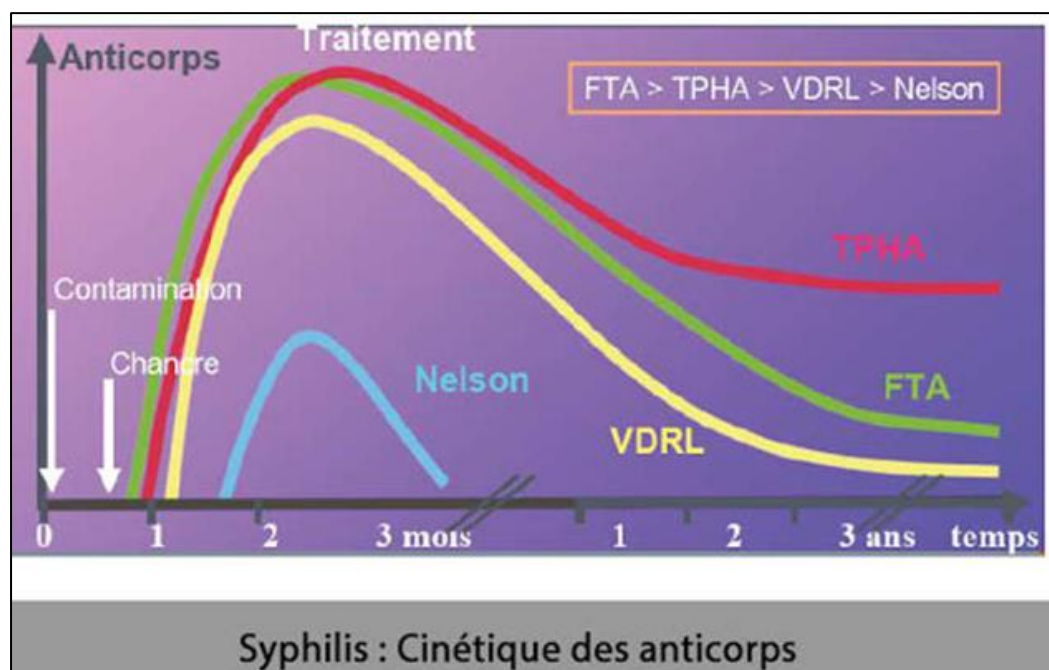
-Recherche d'une IST concomitante incluant la sérologie VIH/VHB/PCR chlamydia.

-Dépistage (bilan IST) +/- traitement de tous les partenaires : les personnes sexuellement exposées à un patient atteint de syphilis précoce doivent être examinées et faire un sérodiagnostic.



-Si le contact a eu lieu dans les 90 jours précédents, ils doivent être traités comme une syphilis précoce, au-delà de 90 jours, ce traitement est indiqué chez les patients dont la sérologie est positive.

-Rapports sexuels protégés jusqu'à guérison.



**Tableau 1** Interprétation simplifiée de la sérologie de la syphilis.

Type	Interprétations
TPHA— VDRL—	Absence de tréponématose <sup>a</sup> Tréponématose <sup>b</sup> très récente (incubation, 5 à 15 premiers jours du chancre) Tréponématose guérie (traitée précocement)
TPHA+ VDRL+ <sup>b</sup>	Tréponématose <sup>a</sup> traitée ou non, guérie ou non
TPHA— VDRL+	Faux positif (cf. Tableau 11.II)
TPHA+ VDRL—	Tréponématose guérie Tréponématose très précoce (premiers jours du chancre) Syphilis tertiaire très ancienne (rare)

<sup>a</sup> Avec impossibilité de différencier la syphilis des tréponématoses non vénériennes.  
<sup>b</sup> Quel que soit le titre du VDRL.

**Tableau 3 B** « Fausses sérologies de la syphilis » (causes non tréponémiques d'une positivité du VDRL\*).

Causes infectieuses	Causes non infectieuses
Bactériennes : lèpre, tuberculose, pneumococcie, leptospirose, borréliose, scarlatine	Grossesse Toxicomanie intraveineuse Hépatopathie chronique Gammapathie monoclonale
Virales : varicelle, oreillons, mononucléose infectieuse, hépatite virale, rougeole, VIH	Lupus érythémateux systémique Syndrome des anti-phospholipides
Parasitaires : paludisme...	Cancers

\*Les positivités non tréponémiques du TPFA sont exceptionnelles (lupus systémique, maladie de Lyme...).

Annales de dermatologie et de vénéréologie - FMC 3 (2023)



## 2-ULCERATIONS GENITALES

### A. CHANCRE MOU

**I-Définition :** ulcération génitale due à *Haemophilus ducreyi*, bacille Gram négatif.



**II-Epidémiologie :** fréquente en Algérie. Endémique dans de nombreux pays tropicaux.

-Agent pathogène : Haemophilus ducreyi, bacilles Gram négatifs bipolaires regroupés en chaîne de bicyclette ou en banc de poissons.

### III-Clinique :

**-Incubation** courte (inférieure à 5 jours).

**-La lésion dermatologique :** papule qui se transforme très rapidement en une ulcération d'un diamètre supérieur à 1 cm, douloureuse, profonde, à fond sale et purulent, non indurée souvent multiple, bords nets surélevés avec un double liseré jaune sur la partie interne et rouge sur la partie externe de l'ulcération.



**-Siège :** le plus souvent localisée sur la peau (fourreau de la verge et scrotum chez l'homme, vulve chez la femme) que sur la muqueuse génitale proprement dite.

**-Adénopathie satellite (bubon inguinal)** apparaît 8 à 10 jours après le début du chancre, elle est le plus souvent unilatérale, très inflammatoire, évoluant vers une fistulisation à la peau en **un seul** pertuis.

### IV-Diagnostic :

-Le prélèvement est pratiqué sur les berges de l'ulcération cutanée et à partir de l'aspiration du pus prélevé du bubon.

-Mise en évidence d'Haemophilus ducreyi par **examen direct** (peu sensible), **Cultures** (technique de référence) ou **PCR**. Il n'existe pas de sérologie.

**V-Traitement :** Azithromycine (1 g en une dose) , ceftriaxone (250 mg IM en une seule dose), ciprofloxacine (500 mg x 2/j pdt 3 jours), ou érythromycine (2g/j pdt 7 jours).

Chez la femme enceinte : Erythromycine ou la ceftriaxone.

-La ponction itérative du contenu du bubon est indispensable pour soulager le patient.

-La cicatrisation en 5 à 10 jours après traitement.

-Examiner et de traiter les partenaires sexuels des 10 jours précédant l'apparition des symptômes.

### B- DONOVANOSE (granulome inguinal)

**I-Définition :** ulcération génitale due à Klebsiella granulomatis (calymmatobacterium granulomatis), bactéries intra-macrophagiques, à Gram négatif.

**II-Epidémiologie :** Endémique dans la zone tropicale.



### III-Clinique :

**-Incubation:** moyenne dure de 1 à 6 semaines.

**La lésion dermatologique :** ulcération non indurée, indolore, unique ou multiple à fond propre, à surface granulomateuse; surélevée en plateau, avec bords en margelle de puits.

Lésions peuvent devenir ulcéro-végétantes, mutilante et induire un pseudo-éléphantiasis.

Absence d'adénopathie.

### IV-Diagnostic :

-Examen direct : mise en évidence des corps de Donovan dans les histiocytes sur frottis recueillis par grattage ou biopsie après coloration au May-Grünwald Giemsa .

-Culture, PCR et sérologies ne sont pas de pratique courante.

**V-Traitement :** Erythromycine (2g /j) pendant minimum de 21 jours.

-Examen clinique et biologique des partenaires sexuels des 40 jours précédents.

## C- Maladie de Nicolas-Favre ( lymphogranulomatose vénérienne)

**I-Définition :** ulcération génitale due au *sérotype L1, L2 ou L3* de *Chlamydia trachomatis*.

**II-Epidémiologie :** endémique en zone tropicale.

### III-Clinique :

**-Incubation:** variant de 3 à 30 jours, évolution en 3 phases successives :

#### ●phase primaire :

-Papule, pustule évoluant vers des ulcérations indolores, non indurées, fugaces, passant souvent inaperçue.

**-Siège :** sur les organes génitaux externes et même dans la cavité buccale,

-formes rectales : anorectite avec écoulement muco-purulent (Chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH).

#### ●phase secondaire :

-Lymphadénopathies inflammatoires le plus souvent unilatérale inguinale pouvant se fistuliser spontanément en plusieurs pertuis, en pomme d'arrosoir.

Quand, à la fois les ganglions inguinaux et fémoraux sont atteints, ils sont séparés en deux par le ligament de Poupart réalisant **le signe de la poulie de Greeblatt**.

●phase tertiaire décrite sous le nom de **syndrome génito-ano-rectal**.

#### IV-Diagnostic :

Mise en évidence de Chlamydia trachomatis repose sur **la culture** cellulaire (cellules Mac Coy) ou par **amplification génique** sur prélèvements de l'ulcération ou pus recueilli par ponction ganglionnaire, ou écouvillonnage ou **biopsie rectale** si anorectite.

**Sérologie** apporte des arguments diagnostiques indirects du fait d'un titre élevé d'anticorps.

#### V-Traitement :

-Cyclines en première intention sinon érythromycine en deuxième intention pendant 3 semaines

-Ponction évacuatrice du bubon, prévient la fistulisation.

-Incision chirurgicale de l'adénopathie est contre-indiquée.

--Réaliser un examen clinique et biologique des partenaires sexuels des 30 jours précédent.

### 3-GONOCOCCIE ET INFECTIONS GENITALES BASSE NON GONOCOCCIQUES

#### **A-GONOCOCCIE**

##### I-Généralités.



Facteurs de risque (valable pour toutes les IST) : partenaire multiples/conduite sexuelle à risque

**Bactériologie** : gonocoque : *Neisseria gonorrhoeae* : diplocoque encapsulé, Gram négatif, intra- ou extracellulaire.

**Transmission** presque toujours par voie sexuelle.

##### II-Clinique :

**Incubation** : \_courte 2 à 5 jours en général.

Se traduit chez l' Homme → urétrite / Femme →cervicite

##### Examen clinique :

###### ❖ Infections non compliquées chez l'homme :

•Le tableau est le plus souvent bruyant, mais peut être asymptomatique.

•**L'urétrite antérieure aiguë** est la manifestation la plus fréquente. On peut observer :

- écoulement urétral purulent (90 % des cas) ;
- douleurs urétrales : brûlures permanentes ou mictionnelles (vulgairement appelée « chaude-pisse»); dysurie;
- prurit urétral ;
- méatite, voire balanite.



•L'anorectite est asymptomatique dans 2/3 des cas. On peut observer :

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

•L'oropharyngite est le plus souvent asymptomatique. La mauvaise diffusion des antibiotiques dans cette localisation est responsable de portage persistant après traitement et de maintien de la chaîne de contamination.

❖ **Infections non compliquées chez la femme :**

•L'infection est asymptomatique dans 70 % des cas.

•La cervicite est la manifestation la plus fréquente chez la femme. On peut observer :

- leucorrhées purulentes ;
- pesanteur pelvienne ;
- signes d'urétrite associée ;
- col non ou peu inflammatoire et écoulement purulent à l'orifice cervical.

•L'anorectite est plus rare que chez l'homme.

•L'oropharyngite présente les mêmes caractéristiques que chez l'homme.

**Complications :**

Elles sont souvent locorégionales mais peuvent également être systémiques.

•**Complications locorégionales chez l'homme :**

- prostatite ;
- épididymite.

•**Complications locorégionales chez la femme :**

- endométrite, salpingite ;
- secondairement, algies pelviennes inflammatoires ;
- stérilité tubaire et grossesse extra-utérine (moins fréquentes que pour les Chlamydia).

•**Complications dans les deux sexes :**

- ✓ septicémie gonococcique :
- ✓ fièvre,
- ✓ atteinte cutanée : purpura pétéchial, papules ou papulo-pustules acrales ou périarticulaires,
- ✓ et/ou atteinte articulaire : mono- ou oligo-arthrites septiques, téno-synovites ;
- ✓ plus rarement, péri-hépatite, endocardite ou méningite.

### III-Diagnostic microbiologique :

Prélèvement: - à partir de l'écoulement urétral spontané

- En l'absence d'écoulement : - premier jet urinaire ;

- Endo-urétral.

Prélèvements pharyngé et anal (femme et l'homosexuel masculin).

#### •L'urétrite « biologique » est définie par :

- >5 polynucléaires neutrophiles au frottis urétral au grossissement 100 ;

—ou >10 polynucléaires neutrophiles au grossissement 400.

L'examen direct (coloration de Gram ou bleu de méthylène) montre des diplocoques à Gram négatif, « en grains de café », intracellulaires.

Culture sur gélose au sang cuit (« gélose chocolat »).

PCR.

Bilan IST: VIH/ VHB/ TPHA VDRL/ PCR chlamydia).

### IV-Traitement :

**Traitement minute actif** - contre gonocoque et chlamydia.

-contre gonocoque : Ceftriaxone 500mg (IM) dose unique ou Cefixime 400mg (PO) en dose unique.

-contre chlamydia : Azithromycine 1g (PO) en dose unique.

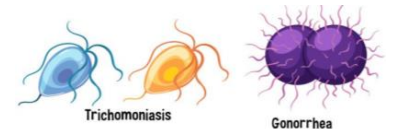
**Mesures associées :**

Dépistage +bilan IST +/-TRT partenaire, rapports sexuels protégés.

**Surveillance :**

-consultation à J3 si persistance

-consultation à J7 systématique (vérifier la guérison , communiquer résultats des sérologies ).



## **B-INFECTIONS GENITALES BASSE NON GONOCOCCIQUES**

### **1) INFECTION A CHLAMYDIA TRACHOMATIS**

#### INTRODUCTION :

Chlamydia trachomatis est une bactérie intracellulaire obligatoire dont les sérotypes D à K sont responsables d'urétrites infectieuses à transmission sexuelle.

### **Diagnostic :**

a)Examen clinique :

### **Clinique :**

**L'incubation** variable : quelques jours à quelques mois, en moyenne 10-15j .

Le portage asymptomatique est fréquent (plus de 90 % chez la femme) et atteint 10 % dans les populations les plus à risque (adolescents et adultes jeunes des deux sexes).

Chez l'homme : **Urétrite aigue :**

- Le plus souvent asymptomatique, tableau peu bruyant.
- Signes fonctionnel urinaires : brulures mictionnelles modérées, dysurie inconstante
- Signes physiques : écoulement urétral clair , modéré et intermittent.

Chez la femme : **Cervicite :**

- asymptomatique (80% des cas)
- Symptômes modérés : leucorrhées jaunâtres/col inflammatoire au speculum.

### **Complications :**

\* syndrome de Fiessinger Leroy Reiter:→ arthrite+ conjonctivite +urétrite

\* orchiepididymite aigue, prostatite

\* Chez la femme : salpingite le plus souvent subaiguë évoluant à bas bruit ; stérilité tubaire et grossesse extra-utérine.

\* ophtalmie néonatale et pneumonie néonatale à Chlamydia Trachomatis.

### **Diagnostic :**

- ✓ PCR sur le premier jet urinaire++ et/ou frottis uro-génitaux.  
-Sensible et spécifique : méthode de choix.
- ✓ Examen bactériologique sur prélèvement local : Raclage par écouvillon ou curette (germe intra-cellulaire).
- ✓ Examen direct :IFD.
- ✓ culture sur milieu cellulaire(Mc Coy).

### **Bilan IST:**

- Sérologie (VIH ; VHB; syphilis).
- Examen bactériologique sur prélèvement local pour gonocoque.

### **Traitement :**

ATB à débiter immédiatement après prélèvements contre gonocoque et chlamydia.

-Contre chlamydia : Cycline (Vibramycine) Per Os pendant 7 jours ou Macrolide (Azithromycine) 1g PO en dose unique.

-Contre gonocoque : C3G (Ceftriaxone ) 500 mg IM en dose unique.



### **Mesures associées aux IST :**

Surveillance : Consultation à J7 systématique: Vérifier la guérison; communiquer les résultats des sérologies IST.

## **2) INFECTION A MYCOPLASMES**

- Les mycoplasmes sont des micro-organismes procaryotes de la classe des mollicutes, proches des bactéries. Ils se caractérisent par leur absence de paroi.

Les urétrites à *mycoplasma genitalium* sont associées à un écoulement purulent dans plus de 60% cas.

- Le portage asymptomatique est possible.

- La recherche de *mycoplasma genitalium* doit être limitée aux urétrites ne répondant pas à une première antibiothérapie active sur *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia Trachomatis*.

- Traitement : résultats intéressant avec l'azithromycine ont été rapportés.

## **3) TRICHOMONASES**

- *Trichomonas vaginalis* est un parasite protozoaire flagellé, transmis quasi exclusivement par les rapports sexuels.

- Il est responsable d'urétrites, le plus souvent, subaiguës, de balanoposthites et de vaginites ou cervicovaginites. Peut provoquer chez ta femme une leucorrhée abondante.

- **diagnostic** : examen direct à l'état frais (parasite mobile) et sur les cultures sur milieux spéciaux (Roiron ).

- **Traitement** : repose sur les nitro-imidazolés : métronidazole ( Flagyl), 2 g en une prise unique.

## **4-INFECTIONS À PAPILLOMAVIRUS :**

Les infections à papillomavirus humains (PVH) sont les MST les plus fréquentes dans le monde (5 % de la population présentera des lésions cliniques); et il existe une infection latente chez 25% des moins de 25 ans). La prévalence est en augmentation dans tous les pays. Les personnes sexuellement actives ont un risque de présenter une infection à PVH pour 80 à 85 % d'entre elles.

Il existe plus de 200 types de PVH dont une quarantaine ont un tropisme muqueux et infectent ainsi spécifiquement la région ano-génitale.



Il existe 2 types de papillomas virus :

- **Papillomas virus à haut risque oncogène** (PVH 16, 18) : lésions précancéreuse et cancéreuses).
  - Col utérus, vagin, vulve.
  - Pénis, anus.
- **Papillomas virus à bas risque oncogène** (6 et 11)..
  - Condylomes OG et anus.

HPV 16-18 →Oncogènes

HPV 6-11→ Condylomes

**Clinique:**

**L'incubation** : 1-12 mois.

Les condylomes acuminés ou végétations vénériennes sont les plus fréquents (verrues génitales). Elles sont exophytiques, plus ou moins kératosiques, selon leur topographie, blanchâtres, papillomateuses, souvent multiples, parfois confluentes.

Les condylomes « plans » : macules blanches à peine visibles.

**Bilan** : L'existence de lésions externes implique la pratique d'un bilan d'extension aux sites pour lesquels le risque néoplasique est identifié, le dépistage des MST associées, l'examen des partenaires et la prise en compte du terrain (immunodépression).

**Traitement:**

Chimiques:- podophylline (condyliline®) 0,5% : 3 jours /semaine pendant 4-5 semaines

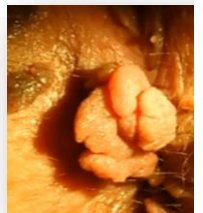
- ac trichloroacétique

- 5 fluorouracile

Physiques : Cryothérapie, électrocoagulation, laser CO2, exérèse chirurgicale.

Immunomodulateur : Imiquimod (Aldara® ) 5% :la crème est appliquée 3 fois par semaine, jusqu'à disparition des lésions. La durée maximale du traitement est de 16 semaines.

**Vaccination anti-papillomavirus humain** : Les adolescentes sont la cible privilégiée de la vaccination anti-PVH avant le début de leur activité sexuelle car l'infection à PVH a une prévalence chez les jeunes filles dès leurs premiers rapports et leur réponse immunitaire est satisfaisante.



**Recommandations thérapeutiques : Verrues génitales externes**

**1) lésions limitées en nombre et en taille** : • cryothérapie

• ou imiquimod

• ou podophyllotoxine (sauf vulve et anus)

**2) lésions nombreuses (> 10) ou étendues (> 1 cm<sup>2</sup>) :**

➤ 1er épisode : • imiquimod

• ou destruction (laser, chirurgie, électrocoagulation)

➤ Récidives : • destruction (laser, chirurgie, électrocoagulation) + imiquimod.