

Infections sexuellement transmissibles (IST) :

Pr A.Ouyahia

- Il est important de signaler que plus d'informations et de détails sont procurés pendant le cours.
- Un polycopié ne peut nullement remplacer la présence au cours.

Objectifs pédagogiques

- Diagnostiquer cliniquement une **syphilis** en fonction du stade, identifier les examens de laboratoires nécessaires au diagnostic, traiter la syphilis et discuter certaines situations particulières (femme enceinte, nouveau-né).
- Diagnostiquer un **herpès génital**, identifier ses complications et le traiter.
- Reconnaître certaines IST rares (**chancre mou...**).
- Diagnostiquer les Infections responsables d'urétrites, vaginites et cervicites et les prendre en charge (**gonococcie et chlamydie**).
- Reconnaître **les condylomes** dans leur forme commune ainsi que les formes compliquées et discuter les options thérapeutiques

Plan

- IST avec ulcérations génitales
- IST avec écoulement
- IST avec Végétations

INTRODUCTION

- Préoccupation actuelle majeure de santé publique
- **OMS : plus d'un million de personnes contractent une infection sexuellement transmissible chaque jour .**
- La notion de rapport sexuel non protégé: vaginal, anal ou oral doit orienter vers une IST.
- Graves conséquences sur la santé:
 - vital ,fonctionnel
 - Transmission mère enfant
- Des traitements ou des vaccins contre certains agents d'IST sont disponibles,
- Intérêt de:
 - la promotion de la prévention, le dépistage,
 - la surveillance des résistances aux traitements et l'élaboration de nouveaux vaccins.

Dénomination



IST
InfectionST



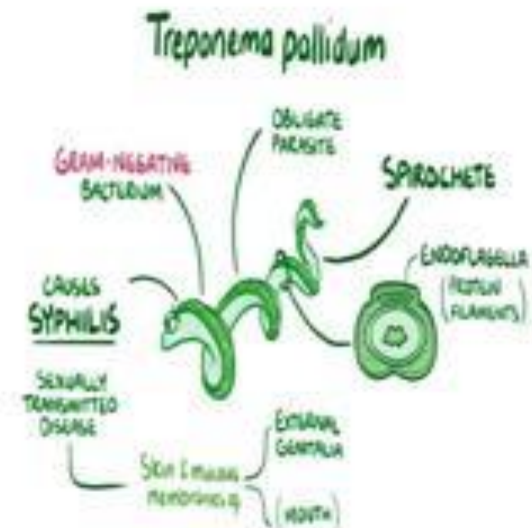
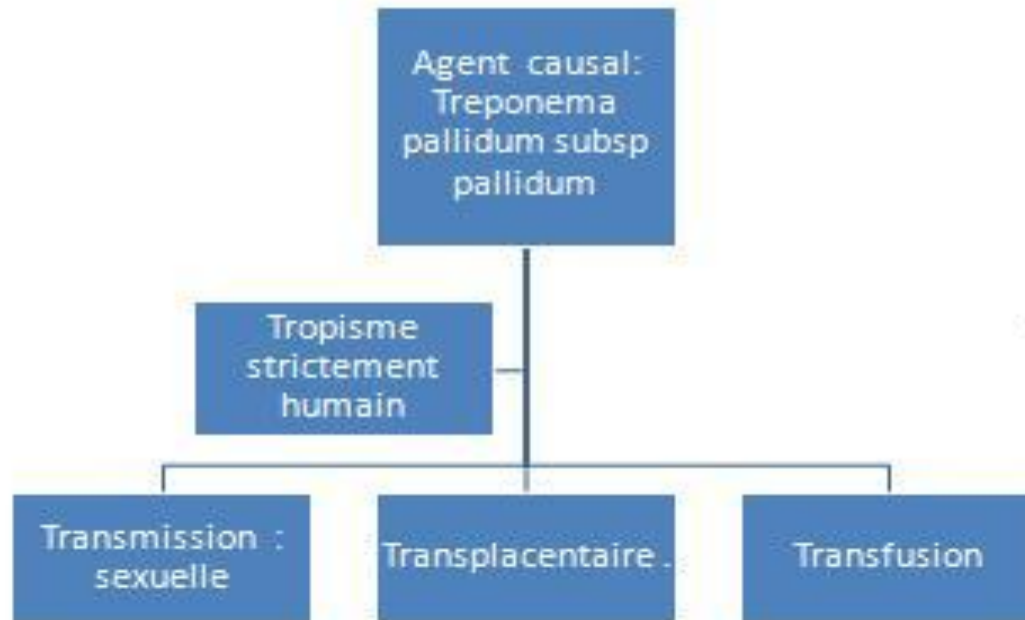
versus MST
MaladieST

07/10/2024

Pr Amel Ouyahia

La syphilis

La syphilis



Définition/ classification

SYPHILIS PRECOCE

- la syphilis primaire
- la syphilis secondaire
- la syphilis latente précoce datant de moins d'un an.

LA SYPHILIS TARDIVE

- la syphilis latente. non datables ou de plus de 1 an
- la syphilis tertiaire non neurologiques
- La neurosyphilis

SYPHILIS PRECOCE

Syphilis Primaire

- Incubation: 3 semaines

Syphilis primaire CLINIQUE

Le chancre syphilitique

Exulcération, unique, superficielle, indurée, indolore, à fond propre.

Muqueuse génitale

➤ **le chancre guéri spontanément en 2 à 6 semaines sans cicatrice**

07/10/2024

SYPHILIS PRECOCE

Syphilis primaire CLINIQUE

Adénopathie satellite

Indolore,
non inflammatoire,
de grande taille
(> 15 mm)
ne fistulise pas.

Pr Amel Ouyahia

Pr Amel Ouyahia



La syphilis secondaire

Première
floraison
: Roséole

- 6
semaines
après le
chancre



Pr Amel Ouyahia

SYPHILIS PRECOCE

La syphilis secondaire

Deuxième floraison : syphilides papuleuses

3 à 6 mois après
chancre.

lésions
papuleuses,
parfois cuivrées

**GRANDE
SIMULATRICE**

entourées d'une
collerette dite «
de Bielt ».

Siège: visage,
tronc
topographie
évocatrice :
extrémités
palmo-plantaires



La syphilis secondaire

Autres signes

fébricule
arthralgies

alopécie en
clairière

dermatite
séborrhéique

Une perlèche
fissuraire

SYPHILIS PRECOCE

Syphilis latente précoce

< 1 année

Diagnostic sérologique

Syphilis tardive: phase tertiaire

2 à 3 ans (10-20 ans) après le chancre

La lésion
clinique:
« gomme »

masses molles,
inflammatoires,
destructrices

suppurées
indolores
évoluent vers
l'ulcération

cavité buccale/
nasale :
perforation du
voile du palais
et destruction
des os propres
du nez

SYPHILIS TARDIVE

phase tertiaire

2 à 3 ans (10-20 ans) après le chancre

« gomme »

Neurosyphilis
: méningite
chronique ou
syphilis
vasculaire
cérébrale

complications
cardiovascu-
laires/
insuffisance
aortique
ou anévrisme
aortique

- lésions
hépatiques,
- rénales ou
- osseuses
(Ostéites
chroniques
condensantes) .

Pr Amel Ouyahia

SYPHILIS TARDIVE

Neurosyphilis

Atteintes
ophtalmiques
l'uvéite syphilitique
++++

La méningite
syphilitique;
La syphilis
méningo-vasculaire
: accidents
vasculaires
cérébraux
ischémiques

La neurosyphilis
parenchymateuse :
paralysie générale,
le tabès et les
gommes
cérébrales,

SYPHILIS TARDIVE

Neurosyphilis

Atteintes
ophtalmiques
l'uvéite syphilitique
++++

La méningite
syphilitique;
La syphilis
méningo-vasculaire
: accidents
vasculaires
cérébraux
ischémiques

La neurosyphilis
parenchymateuse :
paralysie générale,
le tabès et les
gommés
cérébrales,

Pr Amel Ouyahia

SYPHILIS TARDIVE

la syphilis latente (ou sérologique) tardive.

non datables ou de
plus de 1 an

Transmission mère–enfant

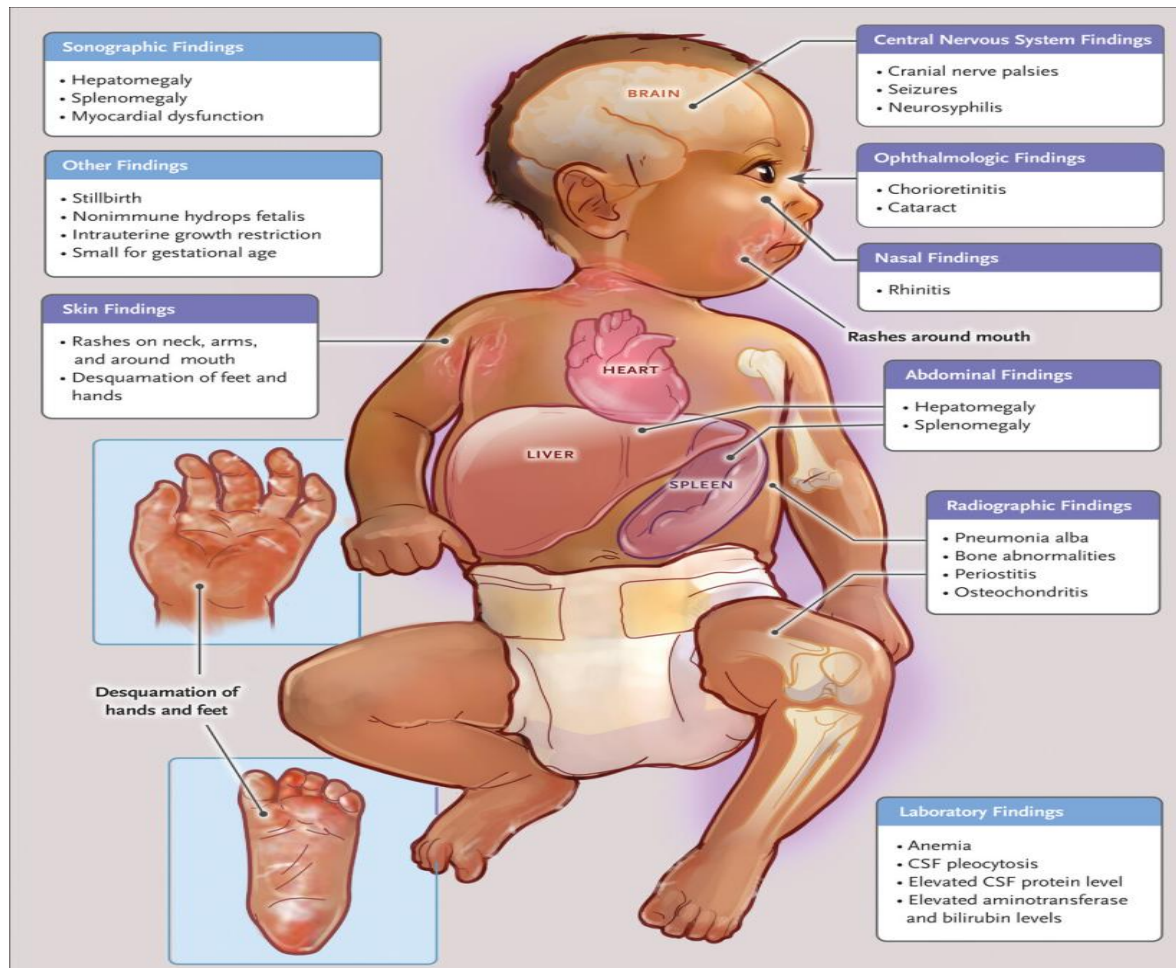
Syphilis congénitale

peut survenir tout au long de la
grossesse
plus fréquemment :
> 16 SA ,
pendant l'accouchement
ou l'allaitement

Complications

Anténatale

Néonatale



DIAGNOSCTIC

Diagnostic direct

PCR: Écouvillons
++++
examen au fond noir
n'est plus à la
nomenclature

Positifs sur:

- les lésions cutanées
non épidermisées
- sur les lésions
muqueuses

Pr Amel Ouyahia

Sérologie

Deux types de sérologies sont disponibles :

tests tréponémiques TT

- sont spécifiques du genre *Treponema*, mais pas de l'espèce *pallidum*

tests non tréponémiques

TNT

Non spécifique des tréponèmes

Tests tréponémiques TT

- TPHA (Treponema
Pallidum
Haemagglutination
Test) : j10

- Tests immuno-
enzymatiques :
(ELISA, EIA,
chimiluminescence)

- FTA-Abs : j7
technique de titrage
des anticorps par
immunofluorescence
indirecte.

Pr Amel Ouyahia

Sérologies non tréponémiques (non spécifiques) (réaginaires) : TNT

le VDRL (Venereal
Diseases Research
Laboratory)

Positif vers le 15ème
jour du chancre

le RPR (Rapid
Plasma
Reagin)

Pr Amel Ouyahia

	TPHA+	TPHA-
VDRL+	<ul style="list-style-type: none"> - Syphilis active après le 15e jour du chancre - Tréponématose (syphilitique ou endémique) récemment guérie - Tréponématose endémique Active 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de tréponématose (faux positif) : situations :
VDRL-	<ul style="list-style-type: none"> - Syphilis précoce active (chancre à j10-j15) - Tréponématose (syphilitique ou endémique) guérie - Syphilis tertiaire non traitée, après plusieurs années d'évolution 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de tréponématose - Syphilis récente, avant le 10e jour du chancre (inoculation < 1 mois). - Syphilis traitée précocement et guérie

TRAITEMENT

Syphilis précoce

1ère intention :
Benzathine-pénicilline
(Extencilline®) :
2,4 MU
en dose unique IM,
2 sites différents.

2ème intention
doxycycline
(Vibramycine®): 200 mg / j
per os, en 2 prises, x 14
jours
ou roxithromycine
(Rulid®): 300 mg / j , per os,
en 2 prises, x 14 jours
ou azithromycine
(Zithromax Monodose) : 2
grammes en 1 prise unique

Ou
ceftriaxone 1g/j par voie IM
ou IV pendant 10 à 14
jours.

syphilis tardive sans signes neurologiques

2,4 MU de
BPG/sem durée 3
sem

Patient allergique
à la Pénicilline
doxycycline
200mg/j per os
30j

syphilis tardive avec signes neurologiques
ou
ophtalmologiques

pénicilline G à
18-24 MU/j (IV)
10 à 14 j

Patient
allergique à la
Pénicilline
désensibilisation
ou 2ème
alternative :

ceftriaxone 1-
2g/j IV
10 à 14 jours.

Traitement des partenaires

examiner le patient
contact :

Si contact $> S6$:
Sérologie de la syphilis
si + : traiter
si - : refaire à 3 mois

Si contact $< S6$:
traiter
systématiquement le
patient contact
1 injection de
Benzathine pénicilline

Traitement des partenaires

examiner le patient
contact :

Si contact > S6 :
Sérologie de la syphilis
si + : traiter
si - : refaire à 3 mois

Si contact < S6 :
traiter
systématiquement le
patient contact
1 injection de
Benzathine pénicilline

Pr Amel Ouyahia

surveillance de l'efficacité du traitement

En plus de la clinique

décroissance
du VDRL quantitatif,
contrôlée à M3, M6, M12 et
M24

Son titre doit être: divisé par
4 (2 dilutions) à M6 ,
- négatif à 1 an si syphilis
Primaire /
à 2 ans si syphilis secondaire

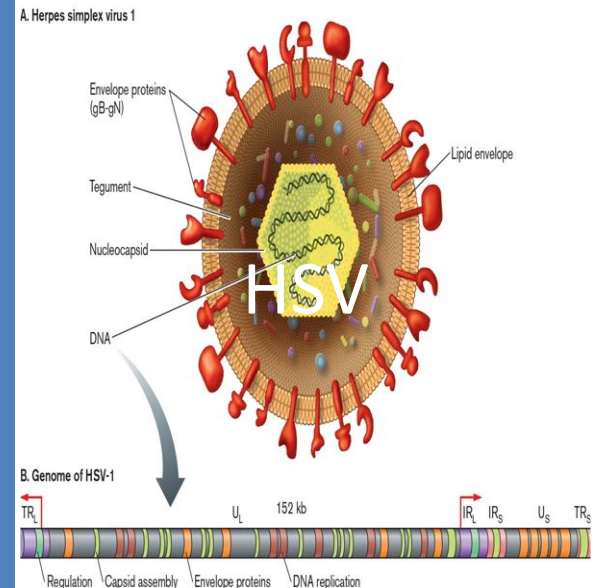
Pr Amel Ouyahia

Herpes génital

Agent causal

Les virus herpes simplex de type 1 (HSV-1) et de type 2 (HSV-2)

virus enveloppés à ADN appartenant à la famille des Herpesviridae



Définition

primo-infection ou infection primaire = une première infection à HSV (1 ou 2) chez un sujet n'ayant aucun antécédent d'infection à HSV

infection initiale :
une première infection à HSV-2 chez un sujet ayant un antécédent d'infection à HSV-1 ou
une première infection à HSV-1 chez un sujet ayant un antécédent d'infection à HSV-2.

récurrence = période de réplication clinique virale chez un patient ayant déjà eu des épisodes.

Pr Amel Ouyahia

La transmission est exclusivement interhumaine

La transmission sexuelle à partir :

- de sécrétions génitales ou orales contaminées
- ou des lésions riches en virus, à travers les muqueuses (génitales, anales ou orales).

Elle est plus importante si les lésions sont symptomatiques mais possible au cours d'une excrétion virale asymptomatique.

La transmission est exclusivement interhumaine

HSV2 par voie sexuelle à partir des sécrétions génitales contaminées

HSV1: de surfaces muqueuses et par voie oro-génitale

Une contamination génitale par HSV1 et orale par HSV2 : possible

primo-infection

premier contact
avec l'un des
deux types :
HSV1 ou HSV-2

symptomatique
ou
asymptomatique

séroconversion
des anticorps

primo-infection

Incubation :
4 à 6 j
(2 à 20 j)

prodromes :
hyper/dysesthésie au lieu
de l'éruption, brûlures
mictionnelles

- vésicules très douloureuses + fièvre.
- Les vésicules évoluent vers des érosions (ulcérations) groupées en bouquet au sein d'un érythème,
 - puis de croûtes qui chutent après 7 à 10 j
- adénopathies multiples de petite taille, sensibles et fermes.

Pr Amel Ouyahia

primo-infection

Siège:

chez l'homme :

fourreau, prépuce ou le gland.

Anal

chez la femme:

vulvovaginite

/ vulvite aigue œdémateuse, érosive hyperalgique



Evolution

La durée de l'excrétion virale est de 8 à 20 j au cours desquels la contagiosité persiste.

Latence
Récurrence

- Le tableau clinique moins bruyant

le siège est relativement fixe pour un même patient.
contagiosité persiste.
2 à 4 j

Pr Amel Ouyahia

Herpès génital au cours de la grossesse

transmission
périnatal

se manifeste par :
J2 à J20 de vie :
éruption vésiculeuse,
forme localisée ou
atteinte
multiviscérale ;
• J11 :
méningoencéphalite.



Pr Amel Ouyahia

Diagnostic

Clinique +++.

diagnostic virologique de
l'herpès génital:
forme atypique
ou chez la femme enceinte:
rechercher une excrétion virale
asymptomatique pour prévenir la
transmission mère-enfant

Pr Amel Ouyahia

Diagnostic

- Prélèvement
vaginal

- Prélèvement
vésicule
ulcération

PCR+++
sensible,
spécifiques
la
différentiation
HSV-1/HSV2 est
systématique.

Pr Amel Ouyahia

Sérologie

Les IgM spécifiques
des HSV peuvent
être négatives au
moment de la primo-
infection

Après première
exposition à l'HSV, les
IgG spécifiques +: S2
à M3 après la
survenue des signes
cliniques, et
persistent à vie

Traitement

primo-infection et
premier épisode clinique

Aciclovir per os : 200 mg x
5/j (IV : 5mg/kg toutes les
8 h) 7 à 10 J

ou valaciclovir 500 mg x
2/j per os 10 jours

Ou Famciclovir 2 cp à 125
mg X 3 / j / 5 j

Ne prévient pas la
survenue de récurrences.

récurrences

instauration dès
l'apparition des
prodromes.

- Aciclovir (200 mg x 5 / j)
per os pendant 5 jours

- ou Valaciclovir (500 mg x
2/j) per os pendant 5 j

Ou Famciclovir 1 cp à 125
mg X 2 / j / 5 j

traitement préventif des
récurrences

>= 6 récurrences
annuelles : Valaciclovir

1 cp à 500 mg / j / 1 an

• Famciclovir 2 cp à 125
mg X 2 / j / 1 an

• Aciclovir 2 cp à 200 mg
X 2 / j / 1 an

Herpès génital au cours de la grossesse

Primo-infection :

Aciclovir 200 mg × 5/j ou valaciclovir 1 000 mg
× 2/j

5 à 10 j.

Grossesse

- Consensus : Femme ayant eu une primo infection

pendant la grossesse Aciclovir 2 cp à 200 mg X 2
/ jantalgiques si nécessaire à

partir de la 36ème SA

ou Valaciclovir 500 mg/j

•

Femme ayant des récurrences ou sérologie
HSV2 +, idem

antalgiques si nécessaire

Herpès génital au cours de la grossesse

Primo-infection :

Aciclovir 200 mg \times 5/j ou valaciclovir 1 000 mg \times 2/j

5 à 10 j.

Grossesse

- Consensus : Femme ayant eu une primo infection

pendant la grossesse Aciclovir 2 cp à 200 mg \times 2 /j antalgiques si nécessaire à

partir de la 36ème SA
ou Valaciclovir 500 mg/j

•

Femme ayant des récurrences ou sérologie HSV2 +, idem

antalgiques si nécessaire

Pr Amel Ouyahia

Chez le partenaire d'un sujet ayant de l'herpès génital

- Si le partenaire est séronégatif HSV-2,

la transmission peut se faire même en dehors de symptômes cliniques (excrétion virale asymptomatique)

- abstinence sexuelle en présence d'herpès génital.

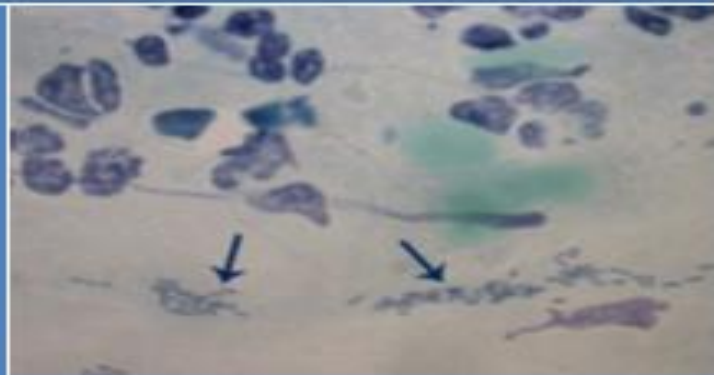
Pr Amel Ouyahia

Chancres mou

Chancre mou

Agent causal:
Haemophilus ducreyi

Coccobacille, Gram
négatif, de culture
difficile, classé dans la
famille des *Haemophilus*



Pr Amel Ouyahia

Clinique

incubation
3 à 7 j

papule qui se transforme en une
ulcération diamètre > 1 cm.
non indurée, profonde, sale, purulente et
douloureuse.
localisée sur la peau plus que muqueuse
Homme: fourreau de la verge et scrotum
Femme: vulve

Pr Amel Ouyahia

Clinique

Bubon 7 à 10 j après le
début
du chancre
Présent dans 50 %
évoluant spontanément
vers une fistulisation à la
peau



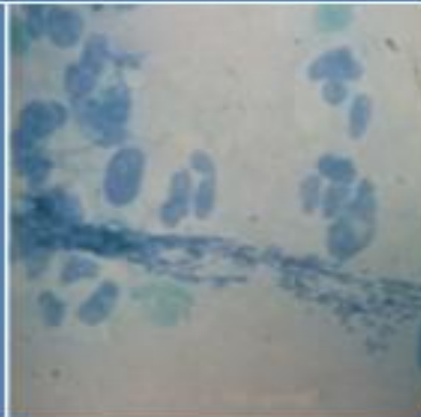
Pr Amel Ouyahia

Complications

Homme+++ : phimosis, perte de substance cutanée (« ulcère phagédénique »).

Diagnostic

examen
direct au Bleu de
Méthylène ou Gram
(BG-)
spécifique mais peu
sensible
aspect caractéristique
en banc de poisson



– Culture peu sensible
(60 à 80%) toujours
considérée comme
technique de
référence

– PCR ++++

Pr Amel Ouyahia

Pr Amel Ouyahia

Traitement

- Azithromycine 1 g per os DU
- Ou Ceftriaxone 250 mg IM DU
- Ou Érythromycine 500 mg X 3 /j 7j
- Ou Ciprofloxacin 500 mg x 2 /j 3 j

Pr Amel Ouyahia

Traitement des partenaires

Dans les 10 j
avant
l'apparition des
symptômes.

même en
l'absence de
symptômes

Pr Amel Ouyahia

Urétrites/cervicites : de quoi s'agit-il ?

Inflammation de l'urètre

agent infectieux sexuellement transmis+++

Symptomatologie inconstante et variable en fonction du degré d'inflammation et du germe en cause
avec écoulement +/- purulent
- sans écoulement

Critères cytologiques:
patient n'ayant pas uriné ≥ 2 h

- > 5 PNN sur frottis urétral, au grossissement 100
- > 10 PNN à l'examen du 1er jet d'urines centrifugées au grossissement 400

Pr Amel Ouyahia

Urétrites – Cervicites

Étiologies

Inflammation de l'urètre

agent infectieux
sexuellement transmis+++
– Chlamydia trachomatis
– Neisseria gonorrhoeae
Autres

La gonococcie

Neisseria
gonorrhoeae
bactérie gram négatif
en forme de
diplocoque
intracellulaire++++
dans les
polynucléaires
neutrophiles,

transmise par
contact direct,
rapports sexuels

génito-génitaux,
oro-génitaux ,
génito-anaux

Pr Amel Ouyahia

Clinique

Chez l'homme

incubation silencieuse et contagieuse de 2 à 7 jours	Écoulement urétral : muco-purulent+++, jaune verdâtre, associé à Une dysurie marquée une méatite oedémateuse	Plus rarement : écoulement clair ou gêne urétrale isolée Portage asymptomatique + rare Balanite gonococcique exceptionnelle	non diagnostiquée et non traitée complications loco-régionales : abcédation, prostatite et épididymite.
---	---	--	---

Pr Amel Ouyahia

Chez la femme

souvent asymptomatique
Leucorrhées : abondance variable,
rarement purulentes,
Ou absentes
Saignements aux rapports
brûlures Mictionnelles, dysurie..

Spéculum :
souvent cervicite col oedémateux,
hémorragique friable +/-
écoulement mucopurulent à
l'endocol
Rechercher:
bartholinite, skénite ,
d'annexite

Pr Amel Ouyahia



Sans traitement, complications

Chez l'homme
non diagnostiquée et non traitée
complications locorégionales : abcédation,
prostatite et Orchi-épididymite.

Chez la femme:
salpingites, stérilités tubaires,
algies pelviennes inflammatoires ,
grossesse extra-utérine

- Conjonctivite purulente, risque de cécité,
manuportage à partir d'un foyer génital

- Bactériémie subaiguë:
Fièvre variable, Arthralgies et
Ténosynovites

Signes Cutanés :pustules sur halo
érythémateux prédominant aux
extrémités et en regard des articulations,
transitoires.

- Oligo- ou polyarthrites :
asymétriques
les poignets, les genoux et les
Chevilles+++

- Autres atteintes viscérales possibles :
- Spléniques, hépatiques, myocardiques

Autres signes cliniques

Atteinte anorectale

- souvent asymptomatique (2/3 des cas).

- Ou prurit anal /anite avec écoulement anal purulent.

oropharyngite souvent asymptomatique.

La conjonctivite
manuportage

Diagnostic

Les prélèvements sont effectués le matin avant émission d'urine ou toilette génito-urinaire

écouvillon chez l'homme à partir de l'écoulement urétral, ou en l'absence d'écoulement, par écouvillonnage endo-urétral.

Chez la femme à partir des sécrétions cervicales
Auto écouvillonnage vulvovaginal
écouvillonnage endo-urétral.

Un prélèvement pharyngé et anal doit être systématiquement associé chez la femme et l'homosexuel

Diagnostic

Examen direct

après coloration au
bleu de méthylène ou le
gram:

diplocoques intracellulaires
gram négatif « en grain de
café »

Culture

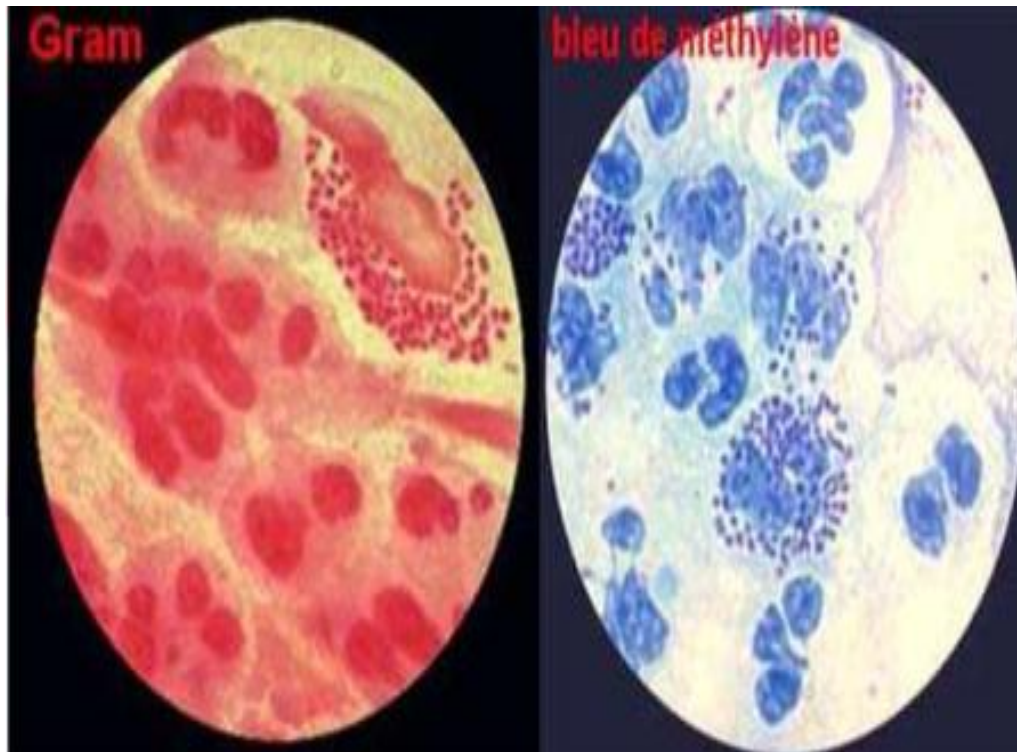
sur une gélose au sang cuit
avec et sans adjonction
d'antibiotiques.

+ antibiogramme.

Les colonies poussent en
24 à 48 h

Tests
d'amplification des
acides nucléiques
(TAAN)

En cas de test
positif, une culture
doit être pratiquée
pour effectuer un
antibiogramme.



Traitement des gonococcies urogénitales basses

ceftriaxone : 500 mg,
(1g France) injection unique IM

Si non disponible:

cefixime 800 mg per os dose unique

Un traitement anti chlamydien doit être
systématiquement associé.

. sujet allergique aux bétalactamines :

- Azithromycine : 2 g — dose unique ;
- Ou gentamicine : 240 mg IM dose unique ;
- ou ciprofloxacine : 500 mg per os — dose unique

En cas d'impossibilité d'administrer un traitement
alternatif :

- désensibilisation aux bétalactamines et
ceftriaxone.

Un traitement antichlamydien doit être
systématiquement associé.

Pr Amel Ouyahia

Un contrôle clinique et bactériologique à j7 est obligatoire à tous les sites infectés à j0.

Prévention

- Abstention sexuelle 7 jours après TRT

Chlamydiose

C. trachomatis comprend
19 sérovars groupés en
deux biovars:
trachoma et LGV.

Le biovar trachoma
comprend quinze sérovars
(A, B, Ba, C, D, Da, E, F, G,
Ga, H, I, Ia, J et K)

le biovar LGV
comprend quatre sérovars
(L1, L2, L2a et L3)

Les sérotypes D à K sont responsables d'infections urogénitales

Les sérotypes L1, L2 et L3 sont responsables des LGV

Chez l'homme, l'infection à *C. trachomatis* représente la cause principale des urétrites non gonococciques et post-gonococciques

Transmission sexuelle :— contact direct génito—génital, -oral, - anal.

La période d'incubation peut aller de 48 H à plus de 2 mois (12 à 16 j)

Les infections urogénitales (génovars D à K)

souvent asymptomatique.
70% des femmes , 50% des hommes
Portage C. trachomatis
fréquent : population à risque

F symptomatiques rare:

- Urétrite (80% des formes symptomatiques):

- **Écoulement :**

translucide, goutte du matin

parfois symptômes urétraux

sans écoulement

- rarement urétrite aiguë (15%): écoulement purulent, brûlures mictionnelles, hémorragies

Cervicite érythémateuse à muco-purulente

– Anorectite paucisymptomatique (prurit, gêne, faux besoins)
– Pharyngite : asymptomatique

COMPLICATIONS

– Épididymite,
prostatite,

Fiessinger
Leroy (Sexually
Acquired
Reactive
Arthritis

– Salpingite,
stérilité
tubaire, GEU,
pelvipéritonite,

périhépatite de
Fitz Hugh Curtis

Chlamydia trachomatis diagnostic paraclinique

- Se méfier : cytologie parfois négative en particulier si asymptomatique
- Validé : PCR sur frottis cervical, autoprélèvement, 1er jet urinaire

- Validé par l'usage : frottis pharyngé (amygdales et paroi pharyngée), frottis anal (bout coton de l'écouvillon dans l'orifice anal pas dans le rectum)

Chlamydia trachomatis traitement

– Doxycycline
200 mg / j
1 semaine

– Azithromycine
1g PO DU

Condylomes

PVH

- Il existe plus de 200 types de PVH, au moins 13 sont cancérogènes = virus à haut risque.

2 types de PVH (16 et 18) provoquent 70% des cancers et des lésions précancéreuses du col de l'utérus.

Les autres PVH oncogènes sont essentiellement PVH 31, 33, 35 et 45.
Le PVH est corrélé à des cancers moins fréquents : anus, vulve, vagin, pénis.

PVH à faible risque oncogène : 6 et 11 sont responsables de tumeurs bénignes
Les condylomes externes

Pr Amel Ouyahia

INFECTIONS A PAPILLOMAVIRUS

Réservoir : Homme

Transmission :
souvent sexuel
une autocontamination de
verrues digitales possible
une transmission non
sexuelle indirecte est
possible (objets de toilette
souillés, bain partagé...)
verticale au cours de
l'accouchement

- Les condylomes acuminés
sont hautement contagieux

Pr Amel Ouyahia

-incubation : 2 à 3 mois

**condylomes acuminés ou végétations
vénériennes**

les plus fréquents

Elles sont:

- Exophytiques ,
- Plus ou moins kératosiques,
selon leur topographie,
blanchâtres,
papillomateuses,
souvent multiples, parfois confluentes.
chou-fleur



Pr Amel Ouyahia

- les condylomes « plans » :
 - Lésions à peine visibles lors de l'examen sans préparation
 - mieux identifiées après application d'acide acétique à 5 %, sous forme de macules blanches



Clinique condylomes

Siège fréquent

Chez l'homme :
fourreau de la verge.
atteinte méatique ou
urétrale
péri-anale

Chez la femme:
vestibule, les lèvres, le
clitoris cervicales ou
vaginale
péri-anales
endo-anales

Diagnostic

Virus non cultivables,
mal détectés par méthodes
sérologiques

PCR en temps réel + géotypage

Chez les femmes: exclure une
infection du col
de l'utérus par le VPH (cytologie),
Si atteintes d'infection cervicale à
VPH
: colposcopie avec biopsie dirigée
des zones anormales.
HSR : exclure une
infection rectale à VPH (anuscopie
et cytologie rectale).

Traitement appliqué par le soignant

<p>Objectif = disparition des lésions visibles</p>	<p><u>chimiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>résine podophylline</u>: verrues du pénis et de la vulve. CI : grossesse, endroits bien vascularisés comme le vagin ou l'anus, - <u>5-fluoro-uracile (5-FU)</u> crème à 5 %, - <u>Acide trichloracétique</u> : solution à 25–85 % la peau doit être lavée au bout de 12h 	<p><u>ou physiques et chirurgicaux</u> <u>Cryothérapie, Laser CO2, Excision chirurgicale,</u> <u>Électrocoagulation à l'anse diathermique.</u></p>
--	---	--

Pr Amel Ouyahia

Traitements appliqués par le patient

Imiquimod: crème 5 %

inducteur de cytokines: interféron α et facteur de nécrose tumorale.

3 app/sem

lavage après 8h.

La réponse S2 à S8

Durée 16 semaines.

Et:

réactions locales inflammatoires, mais sans effets systémiques.

podofilox : solution ou gel de 0,5 %,

Antimitotique (sans toxicité systémique)

2 app/j pendant 3j;

cette cure peut être répétée après 4j et poursuivie jusqu'à

S 4

femme enceinte innocuité non établie.

Pr Amel Ouyahia

Traitement

Prévention : Vaccination
anti-papillomavirus
humain

Il existe deux vaccins qui
protègent contre les PVH
16 et 18.

*L'un de ces vaccins
protège
également contre les PVH
de types 6 et 11 qui sont
à l'origine de condylomes
ano-génitaux.*

L'OMS recommande de
vacciner les jeunes filles
de 9 à 14 ans
(M0, M2, M6)

Pr Amel Ouyahia

Grossesse

Lésions isolées:
acide trichloracétique
ou cryothérapie

lésions étendues:
Irradiation au laser

la naissance par
césarienne n'empêche
pas l'infection du
nourrisson,
si des lésions
n'obstruent
pas le passage,
l'accouchement peut
avoir lieu par voie
basse.

Papillomatose
respiratoire récidivante
(1 à 4 ans)

Diagnostic étiologique et Approche syndromique

Diagnostic Étiologique= théorie

Examen laboratoire: matériel, temps et
Coût

Traitement après
résultats

- Risque perdues de
Vue+++++.

Approche syndromique= Vraie Vie

Traiter :

En fonction des symptômes.
dès la première consultation

counselling et traitement du
partenaire.

Bibliographie

- David Mabey, Syphilis, Syphilis International Encyclopedia of Public Health (Third Edition) 2024
- Shelley M. Lawrence, Remington and Klein's Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant (Ninth Edition) 2024
- Rosanna W Peeling, Syphilis, The Lancet, July 2023
- Nicholas Van Wagoner, Genital Herpes Infection: Progress and Problems, Infectious Disease Clinics of North America, June 2023
- Saida Omarova, Genital Herpes Simplex Virus—An Updated Review, Advances in Pediatrics, August 2022
- Conduite à tenir devant une ulcération anale
- D. Marone, Tout-en-un de proctologie, 2024
- E. Caumes Chancre mou, Annales de Dermatologie et de Vénérologie, November 2016
- Cedef, Maladies sexuellement transmissibles : infections urogénitales à gonocoque et Chlamydia trachomatis (en dehors de la maladie de Nicolas-Favre), Annales de Dermatologie et de Vénérologie October 2012
- Chantal Bertholom, Prise en charge des infections à Neisseria gonorrhoeae résistant aux antibiotiques Option/Bio May 2021
- Édouard Fougere, Infection à Chlamydiae trachomatis, accompagner et prévenir, Actualités Pharmaceutiques, November 2022
- Olivia Peuchant, Infections sexuellement transmissibles à Chlamydia trachomatis, Revue Francophone des Laboratoires, March 2021
- D. Roland, Condylomes, de proctologie, 2024
- F. Bouscarat, Verrues génitales (condylomes) externes, Annales de Dermatologie et de Vénérologie, November 2016