



02/03/2025

IST

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES



Cours destiné aux étudiants de 6^{ème} année de Médecine
4^{ème} rotation -
2024 / 2025

Présenté par: Dr. Debbabi. M
Assistante en maladies infectieuses

Intérêt de la question :

- L'OMS estime que chaque jour, **plus d'un million** de personnes contractent une infection sexuellement transmissible.
- Problème de santé publique.



Définitions - Rappels :

IST ?



Toute infection transmise de façon exclusive ou non par voie sexuelle.

Toute pratique sexuelle qui comporte :

- ✓ Contact génital mutuel
- ✓ Oro-génital
- ✓ ou fluides génitaux

Risque de transmission d'une IST

Maladies
Vénériennes



MST



IST

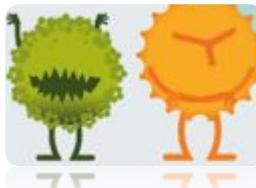
ITSS

**Veneral
disease**



1980

**STD
Sexually
transmitted
diseases**



**STI
Sexually
transmitted
infections**



Urétrites

Ulcérations génitales

Gonococcie

Chlamydiose

.....

Chancre mou

Syphilis

Herpes génital

.....

Autres ...

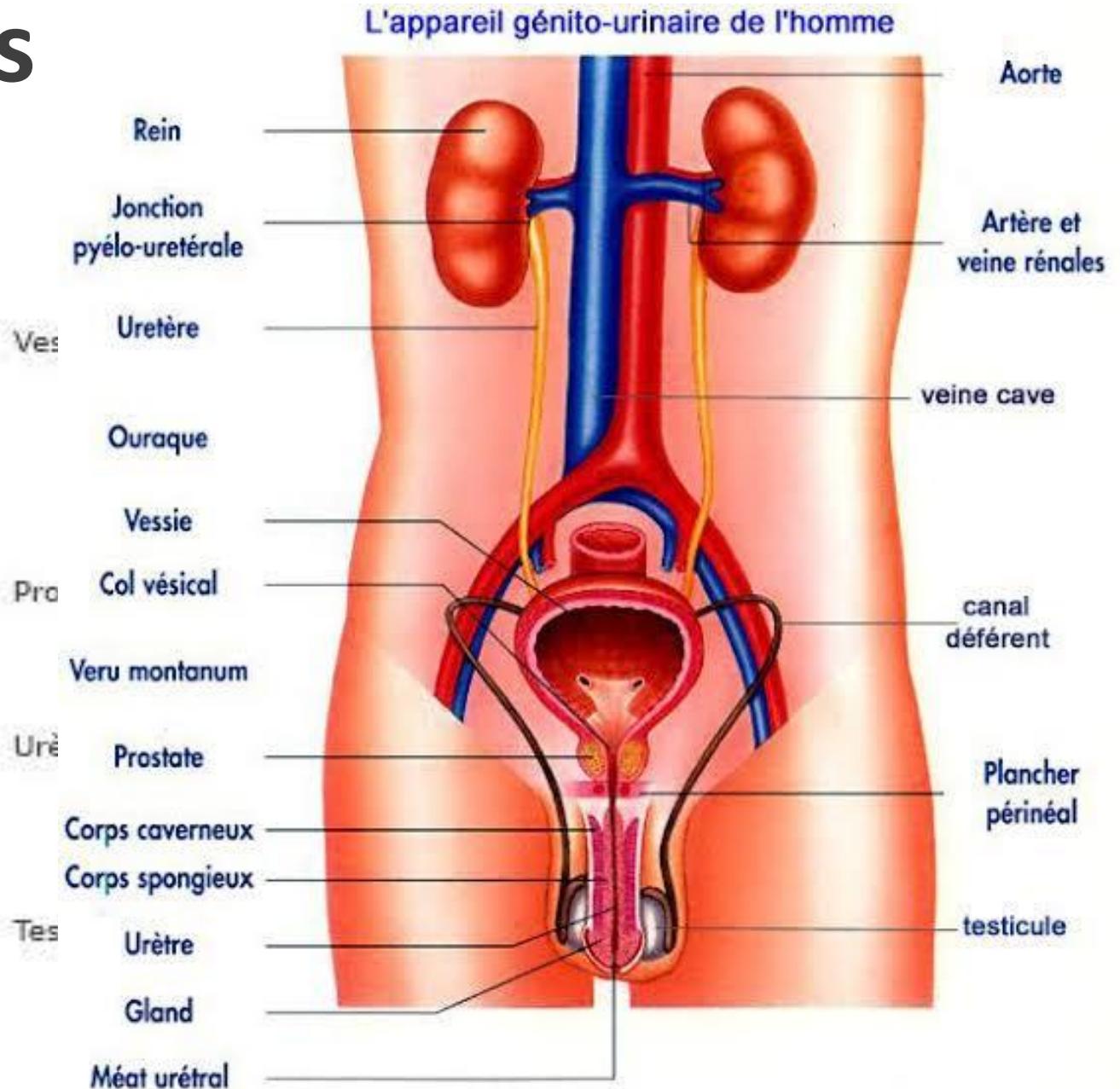
- Hépatite virale B
- Condylomes (HPV)
- VIH
- Gale, Phtiriose ...

Urétrites

Définitions - Rappels

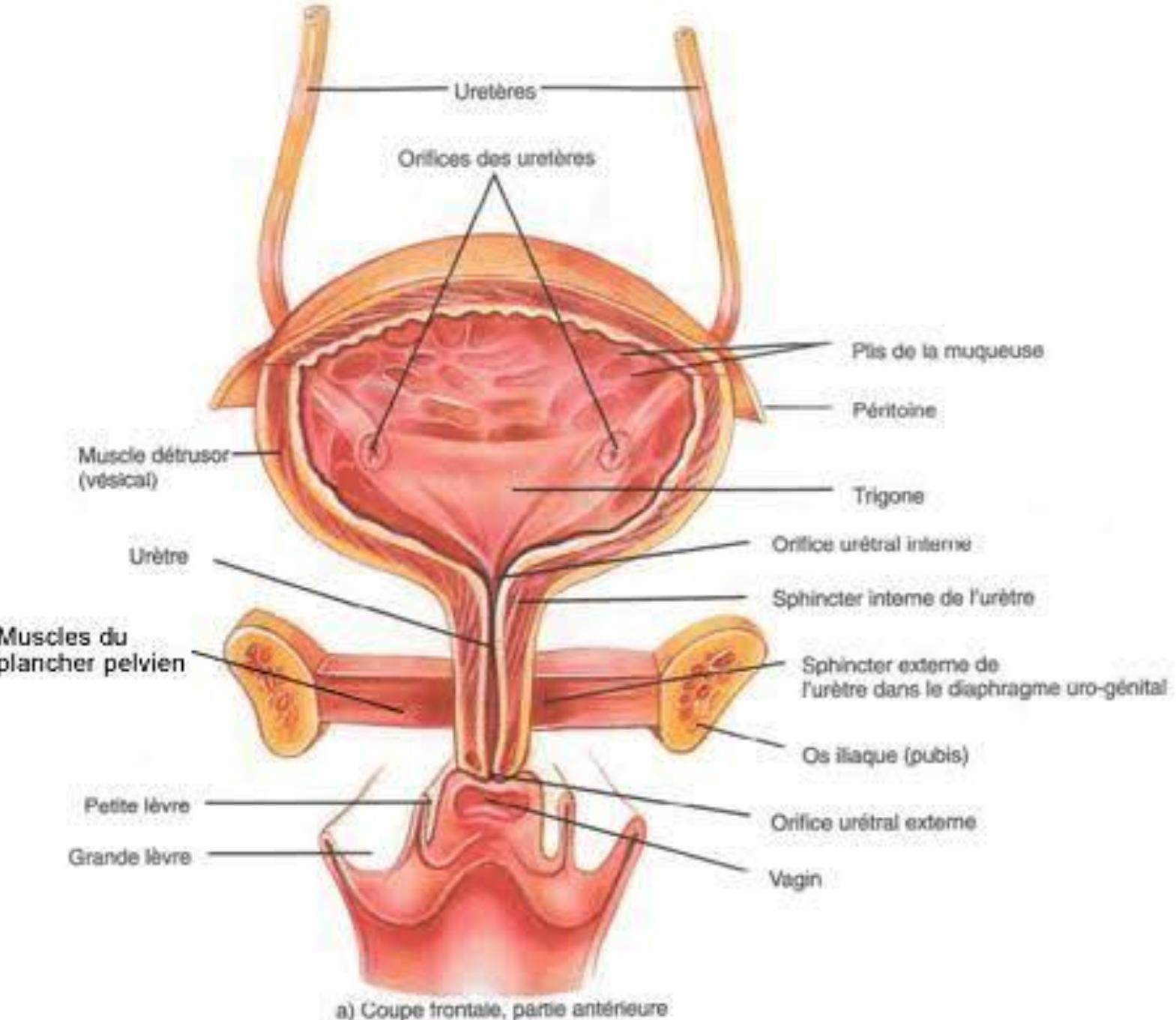
Urètre ?

- L'urètre masculin : milieu stérile
- La colonisation ascendante par des micro-organismes sont régulièrement éliminée par les mictions).



Définitions -

Urètre ?



Définitions :

Urétrite ?



Inflammation de l'urètre, le plus souvent d'origine infectieuse.

Définitions :



Urétrite: Définition cytologique ?

Définie par des critères cytologiques* :

- Au moins 10 PNN à l'examen du **1^{er} jet d'urines centrifugées**
(au grossissement 400)
- Au moins 5 PNN sur le **frottis urétral** (au grossissement 100)

* à rechercher chez un patient n'ayant pas uriné depuis au moins 02 heures

Définitions :



Urétrite : Cliniquement ?

- Ecoulement urétral:
sérieux ou purulent
- Symptômes urinaires:
Dysurie*, Pollakiurie**, Brûlures mictionnelles, Prurit canalaire

*Dysurie: miction douloureuse ou gênante.

**Pollakiurie: Besoin d'uriner plusieurs fois / jour (ou nuit = Nycturie) mais avec un volume urinaire normal ou inférieur à la normale.

Définitions :

Urétrite: Causes ?

- Gonococcie : *Neisseria gonorrhoeae* ou Gonocoque
- Chlamydiose : *Chlamydia trachomatis*
- Autres: *Trichomonas vaginalis* ...

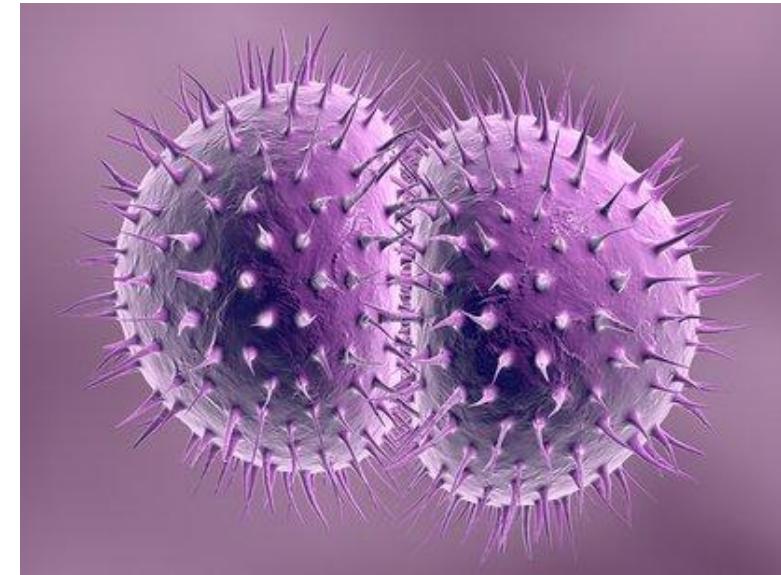
Urétrites

- Urétrite gonococcique 90%
- Urétrite à Chlamydia trachomatis 10%

Urétrite gonococcique:

I. Agent causal : *Neisseria gonorrhoeae*

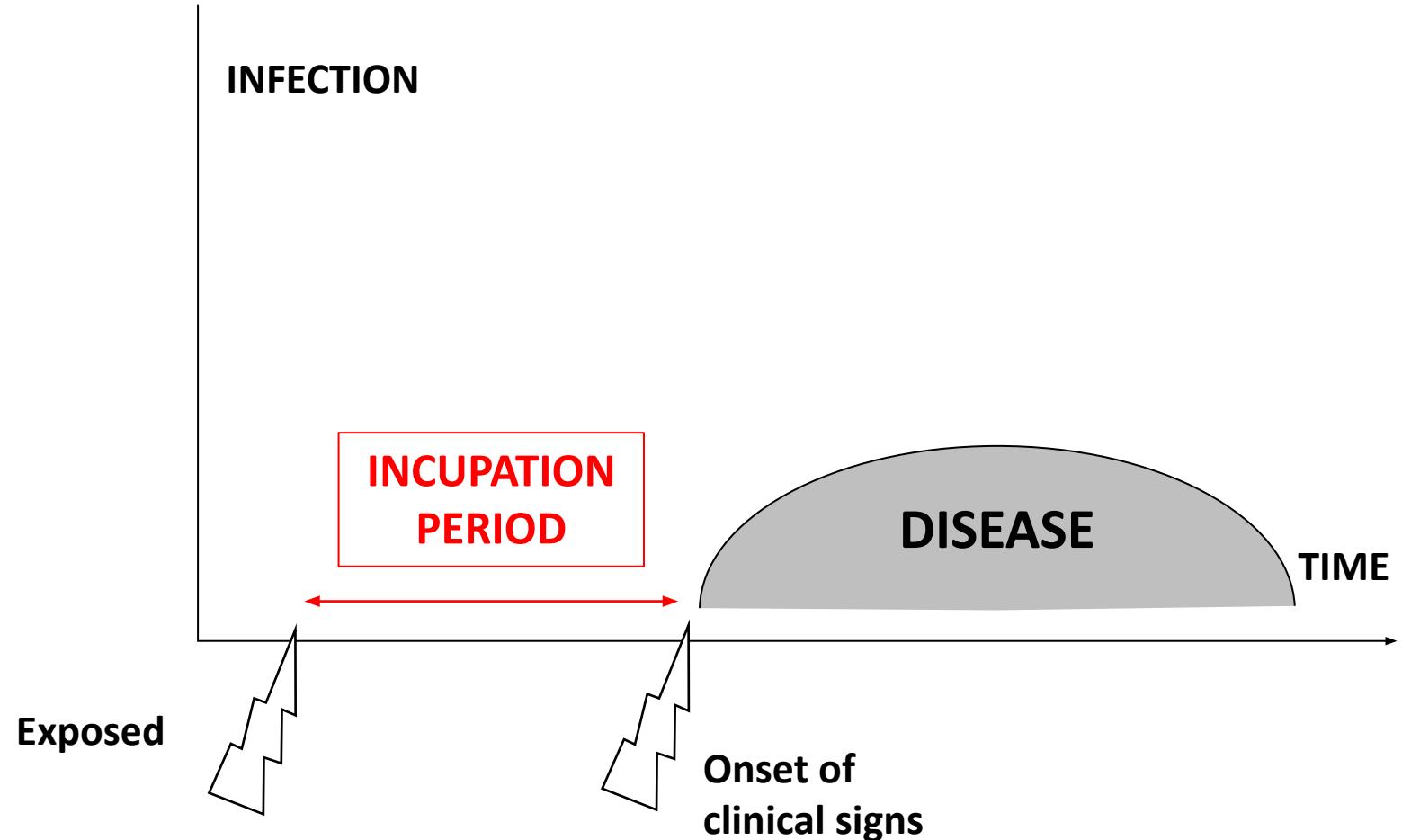
- Diplocoque encapsulé
- Gram négatif
- Extra mais surtout intracellulaires dans les PN
- Transmission : presque toujours sexuelle
- Nombre de cas en ↑
- Résistance ↗: Pénicilline, Cyclines, Ciprofloxacine



Urétrite gonococcique:

II. INCUBATION :

- Courte
- 02 - 05 jours



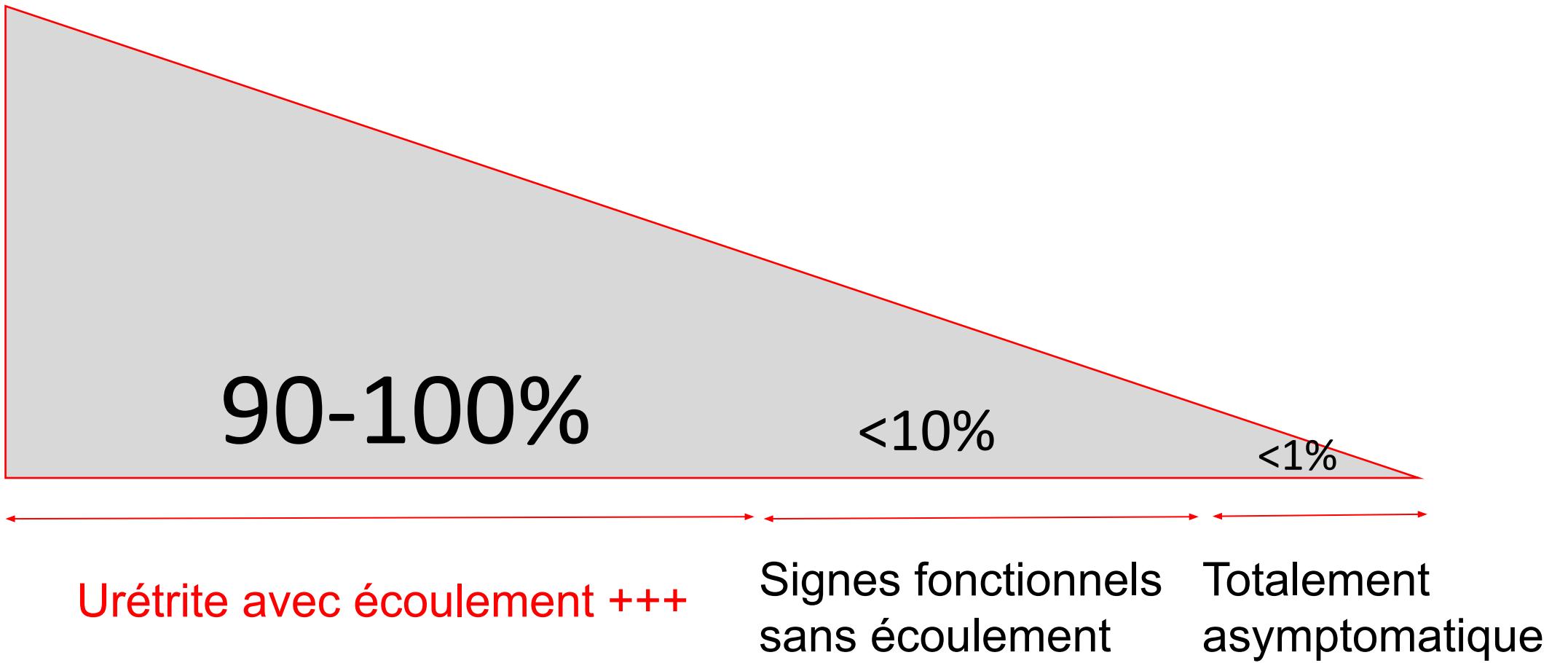
Urétrite gonococcique:

III. CLINIQUE:

Début aigu, bruyant :

- Ecoulement urétral +++
Purulent: **jaune**, **verdâtre**
- Dysurie marquée:
« Chaude pisse »
- Méatite œdémateuse
- F° Ø ADP +/-





Urétrite gonococcique:

III. CLINIQUE:

Chez la femme :

Manifestations moins spécifiques

- La **CERVICITE** : +++
 - ✓ Leucorrhées verdâtres, jaunes ou blanches
 - ✓ Cystalgies, Syndrome urétral
 - ✓ Dyspareunie
 - ✓ 50-90%: Asymptomatique !
- ✓ Se complique rarement de salpingite.

Urétrite gonococcique:

III. CLINIQUE:

Chez la femme :

- L'examen au speculum montre:
 - ✓ Fragilité du col
 - ✓ Sécrétions muco-purulentes
- Le massage par la valve antérieure du spéculum ramène une goutte de pus urétral (Urétrite associée)



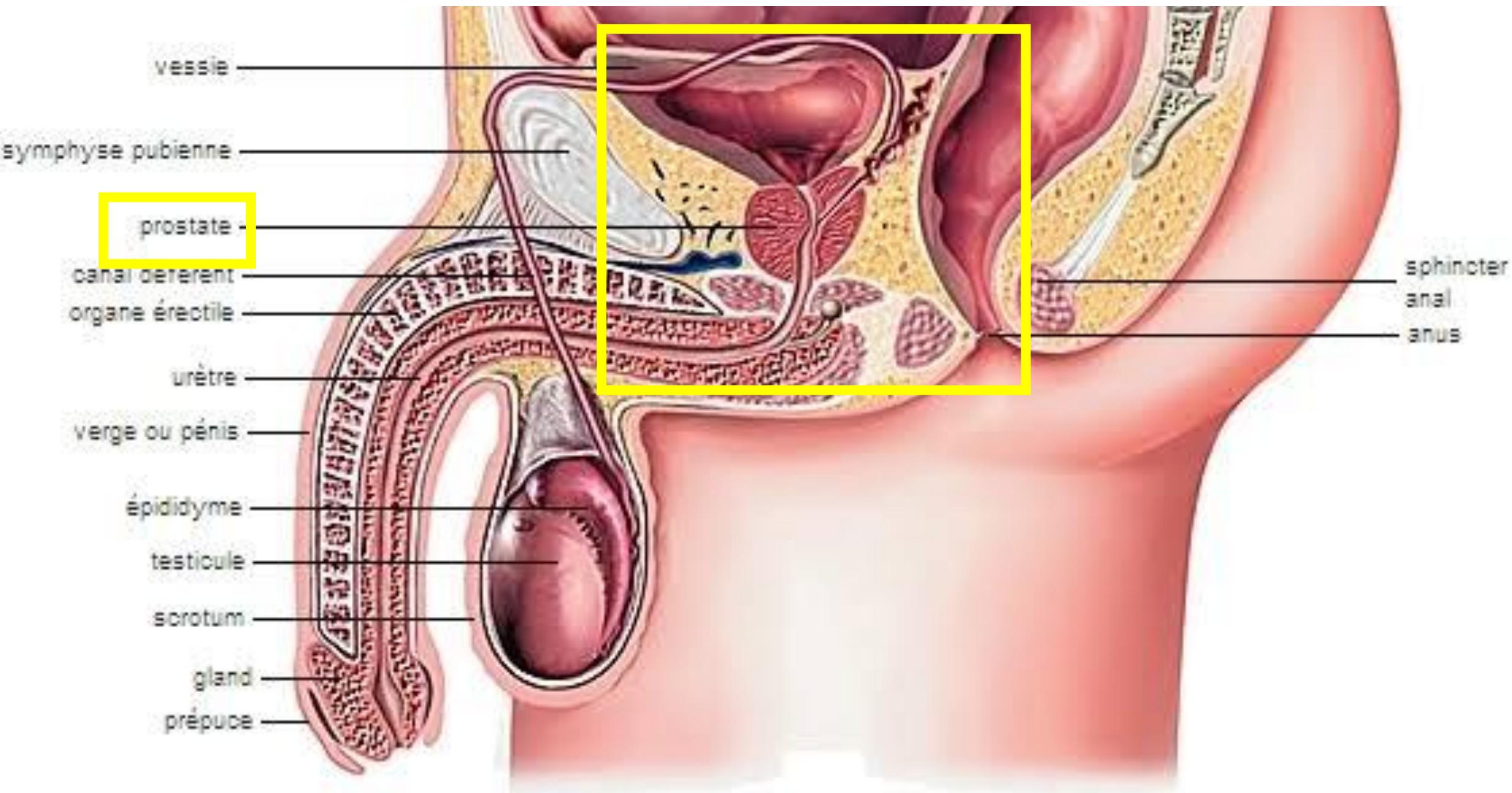
Urétrite gonococcique:

III. CLINIQUE:

Complications

Locorégionales ++

- Orchi-épididymite
- Prostatite
- Sténose urétrale tardive



Urétrite gonococcique:

III. CLINIQUE:

Complications

Septicémie: rare

- Fièvre, Mono ou Oligo-arthrite
- Éruption cutanée papulo-pustuleuse péri articulaire

Urétrite gonococcique:

III. CLINIQUE: Complications

Conjonctivite néonatale:

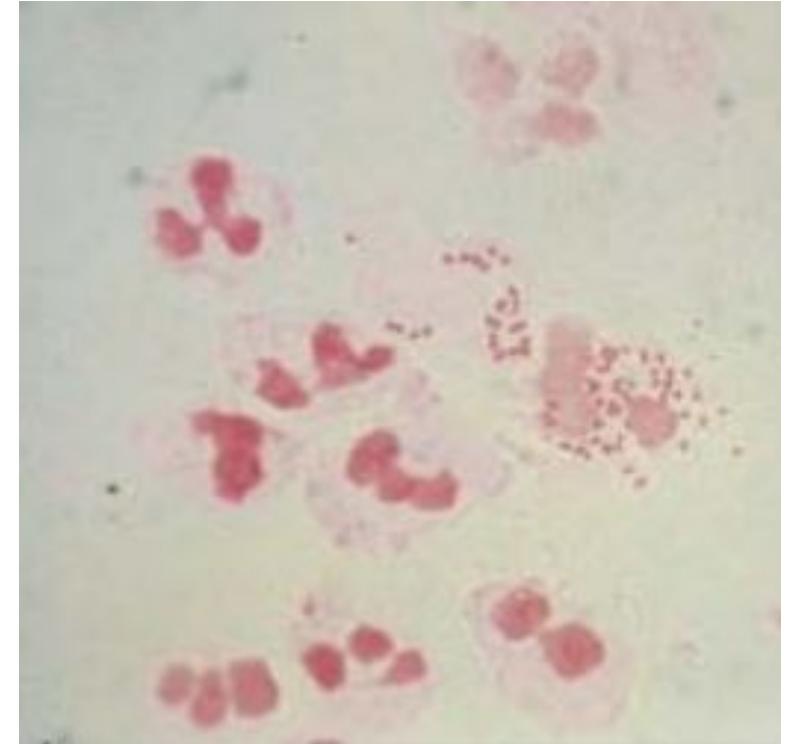
- Conjonctivite purulente pouvant conduire à la cécité
- Prévention systématique: Instillation systématique de nitrate d'argent/ou: ATB lors de tt accouchement



Urétrite gonococcique:

IV. Diagnostic : Examen direct

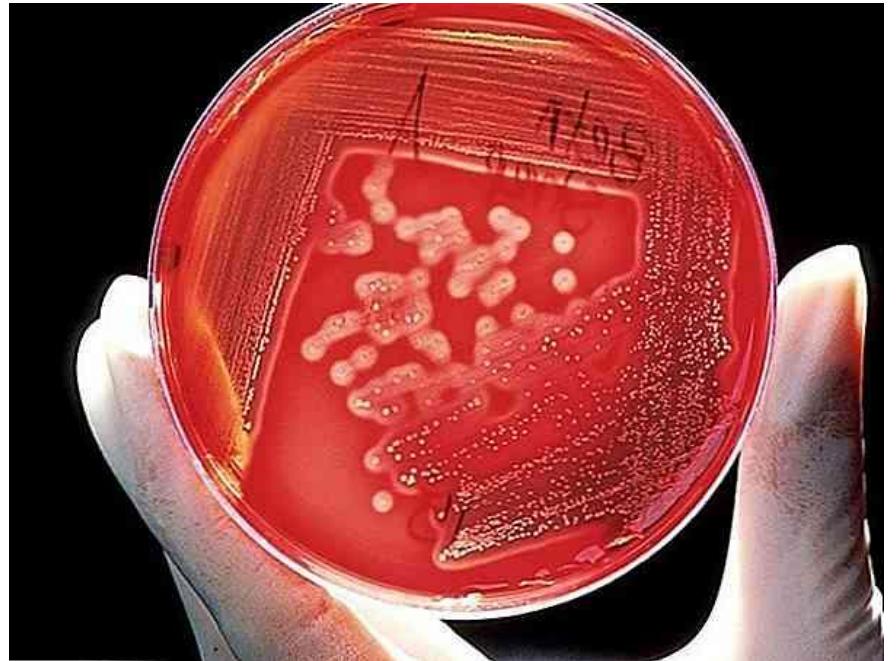
- Frottis de l'écoulement étalé sur lame
 - Coloré: Gram ou Bleu de méthylène
 - MEE: diplocoques intra cellulaires (dans les PN)
- En cas de positivité: Prélèvement de gorge



Urétrite gonococcique:

IV. Diagnostic : Culture

- Milieu: Gélose de chocolat
- Examen de référence ++
- Résultat: 01-02 jours
- Permet la réalisation d'un antibiogramme



Urétrite gonococcique:

IV. Diagnostic :

Devant une urétrite sans écoulement :



- Faire un prélèvement **endo-urétral** avec un écouvillon : ceci permet de confirmer le dgc d'urétrite et une mise en culture + ATB gramme

Urétrite gonococcique:

IV. Diagnostic :

Chez la femme: prélèvement de l'endocol:

- Ex direct
- Culture + ATB gramme

Urétrite gonococcique:

V. Traitement :

Ceftriaxone

- *Rocéphine* ®
- 250 mg à 500 mg
- En UNE seule injection /IM

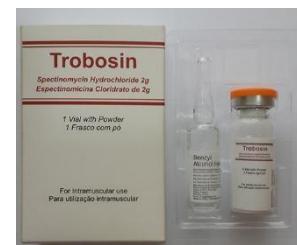


Urétrite gonococcique:

V. Traitement :

Alternatifs:

- Ciprofloxacine: 500 mg, Per os, Prise unique
- Céfixime: 400mg, Per os, Prise unique
- Spectinomycine: 2g/IM , en une dose



Urétrite gonococcique:

V. Traitement :

Systématiquement :

- Associer une ATB efficace contre Chlamydia trachomatis
(fréquence ↑ des associations)
- Toujours faire un contrôle clinique à J7

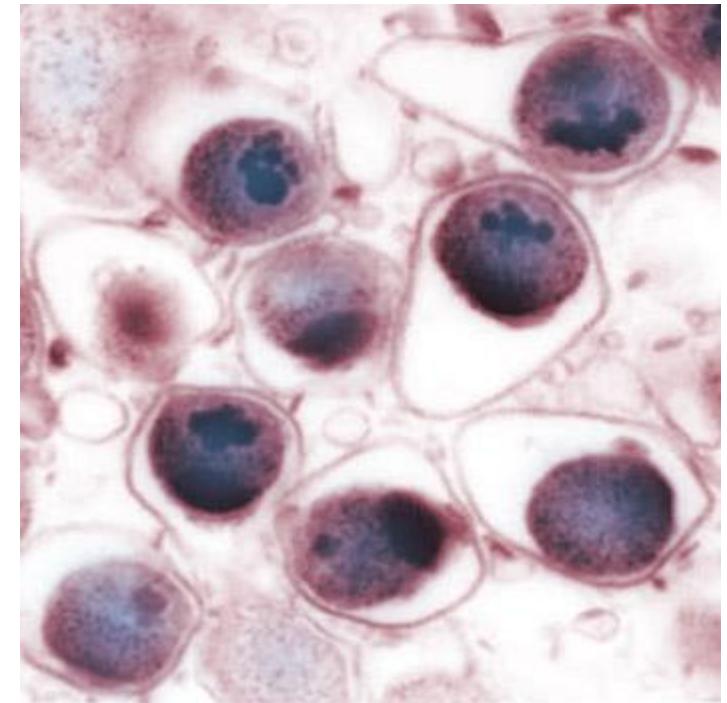
Urétrites

- Urétrite gonococcique
- Urétrite à Chlamydia trachomatis

Chlamydiose :

I. Agent causal : **Chlamydia trachomatis**

- Prévalence = 2-10% des sujets jeunes
Bactérie **intra cellulaire** obligatoire
- Sérotypes D, K
- Transmission uniquement sexuelle



Chlamydiose :

II. Incubation:

- Variable
- Quelques jours (10 -15 jrs) à quelques mois

Chlamydiose :

III. Clinique :

- Portage **asymptomatique** très fréquent
- Signes modérés :
 - ✓ Écoulement transparent intermittent
<50% des cas
 - ✓ Ou symptômes urétraux sans écoulement



Chlamydiose :

III. Clinique :

Chez la femme:

- **Cervicite:** idem gonococcie
- À l'examen; Ectropion * friable et hémorragique



*Éversion de l'épithélium glandulaire sur l'exocol d'au moins 5 mm par rapport à l'orifice anatomique externe du col utérin

Chlamydiose :

III. Clinique :

Complications

- **Homme:** Orchi-épididymite aigue, Prostatite exceptionnelle
- **Femme:** +++++
 - ✓ Salpingite : Complication majeure
 - ✓ Stérilité tubaire 70%
 - ✓ Grossesse extra utérine

Chlamydiose :

III. Clinique :

Complications

- Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter :

Complication classique, H ++,

- ✓ Arthrites réactionnelles
- ✓ Urétrite (ou cervicite)
- ✓ Conjonctivite bilatérale
- ✓ Parfois; signes cutanés: balanite circiné, lésions psoriasiformes palmo-plantaires

Triade

Chlamydiose :

III. Clinique :

Complications

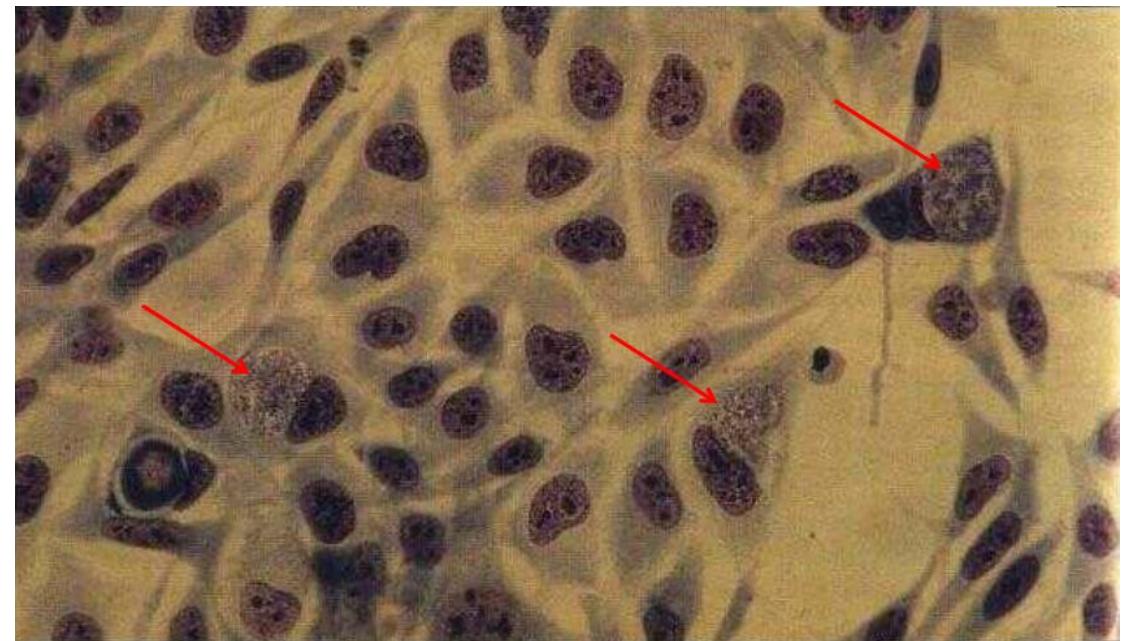
- Kérato-Conjonctivites
- Pneumopathie néonatale:
 - ✓ Etiologie principale des pneumopathies néonatales ++
 - ✓ Pneumopathie atypique bilatérale

Chlamydiose :

IV. Diagnostic :

Examen direct+ culture

- MEE de bactérie intra cellulaire
- Nécessite des prélèvements de bonne qualité, riches en cellules



Chlamydiose :

IV. Diagnostic : PCR

- Prélèvement du 1^{er} jet d'urines prélevé au moins 2h après la dernière miction
- Cervicite= Prélèvement de l'endocol



Chlamydiose :

IV. Diagnostic : Sérologies

- N'ont aucun intérêt



Chlamydiose :

V. Traitement :

Azithromycine

- Zithromax
- Prise unique
- 01 g, Per os



Chlamydiose :

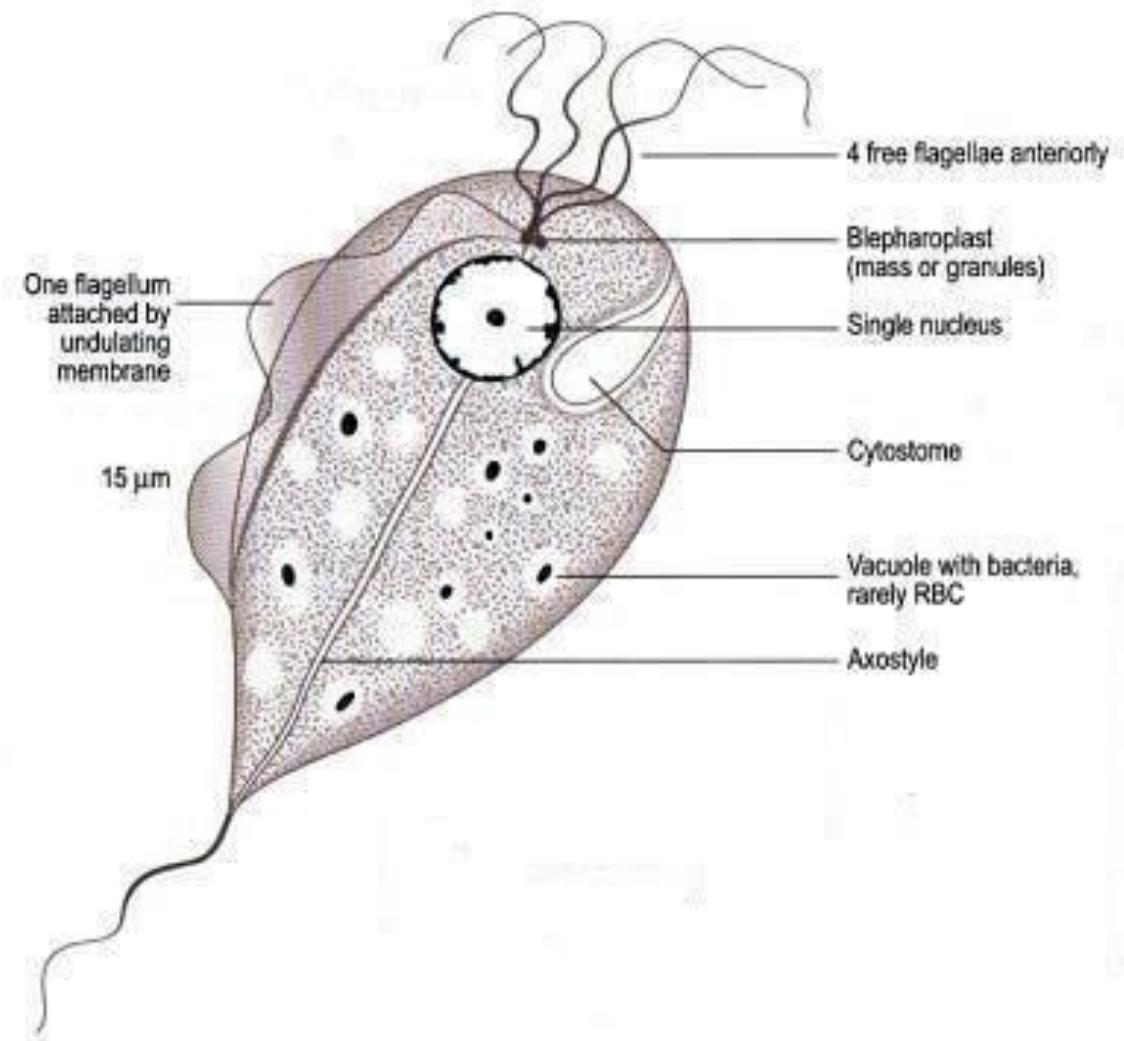
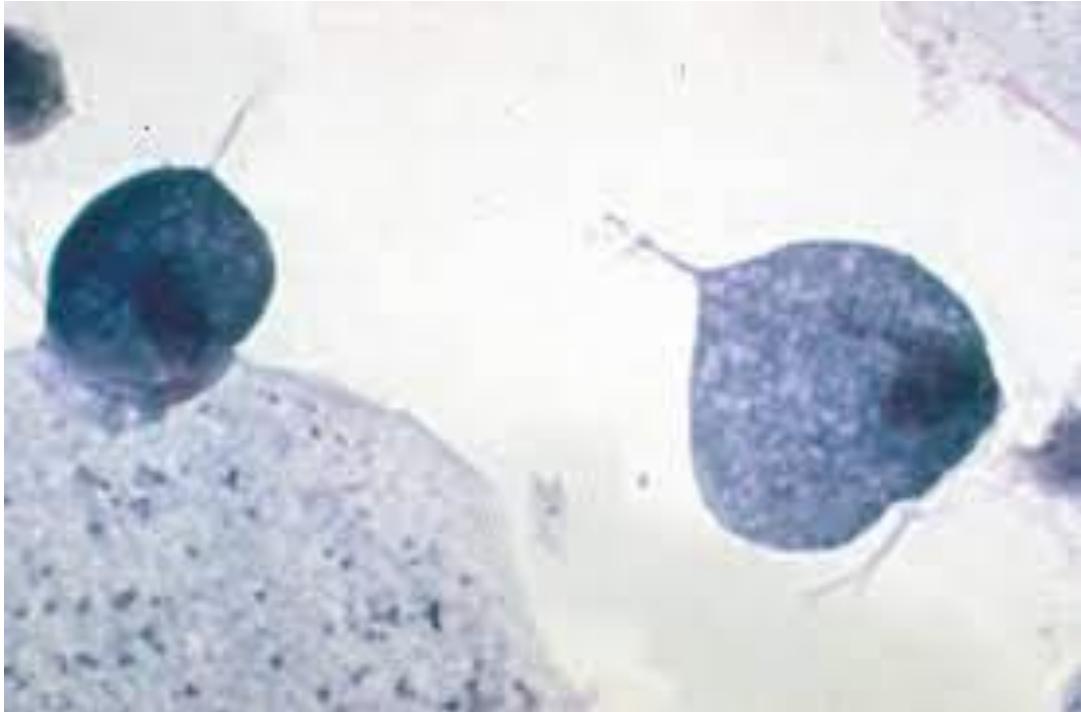
V. Traitement : Cyclines

- Durée = 07 jours
- Doxycycline, 100 mg x 2 / j
- Ou: Minocycline 100 mg/ j



Urétrite à *Trichomonas vaginalis*

- *Trichomonas vaginalis* est un parasite flagellé responsable d'urétrite subaiguë et de balanoposthite.
- Il s'agit d'une étiologie peu fréquente d'urétrite dans les pays occidentaux mais majeure dans les pays tropicaux.
- Le diagnostic repose sur l'examen direct, mettant en évidence le parasite mobile entre lame et lamelle dans une goutte de sérum physiologique (examen à l'état frais) et sur les cultures spécifiques.
- Le traitement
 - traitement « minute » de 2 g de nitro-imidazolés: métronidazole : Flagyl.





Stratégie thérapeutique



Exercice en ville sans moyen de diagnostic

Ecoulement (+)



Ecoulement (-)

Exercice en ville avec possibilité de faire des prélèvements

Ecoulement (+)



Ecoulement (-)

Trt Probabiliste

Rocéphine 250 mg IM
+
Zithromax 1 g Per os

Zithromax 1 g Per os

Prélèvement (Gonocoque + Chlamydia)
PUIS: Trt Probabiliste

Ou

Attendre les résultats
Trt adapté

Stratégie thérapeutique

En cas de cervicite

Risque élevé sur le haut
appareil génital

Prélèvements
nécessaires

Trt adapté selon le germe isolé

Stratégie thérapeutique

Revoir le patient au bout de 07 jrs

- ✓ Vérifier la disparition des symptômes
- ✓ Communiquer les résultats des examens biologiques



Identifier le ou les partenaires:

- ✓ Dépistage
- ✓ Diagnostic
- ✓ Ou Trt probabiliste

Si échec clinique :

- ✓ Mauvaise compliance
- ✓ Re contamination
- ✓ Si (-) = Prvt adapter trt



Rechercher d'autres IST:

- ✓ Sérologie VIH
- ✓ TPHA/VDRL
- ✓ Sérologie hépatite B

- ✓ Si sérologie VIH (-) : la renouveler 2 à 3 mois après



Education thérapeutique:

- ✓ Risque de re contamination
- ✓ Pas de rapport non protégé pdt la durée du trt

Ulcérations génitales

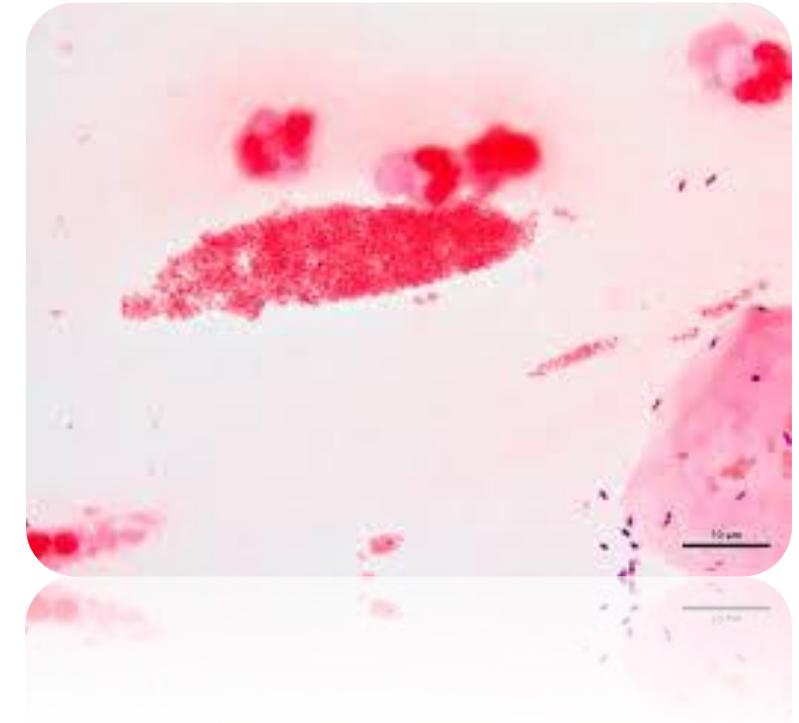


- Chancre mou
- Herpes génital
- Syphilis

Chancre mou :

I. Définition :

- Chancre de Ducreyi ou: Chancelle
- Ulcération génitale sexuellement transmise.
- Due à *Haemophilus ducreyi*.



Chancre ?

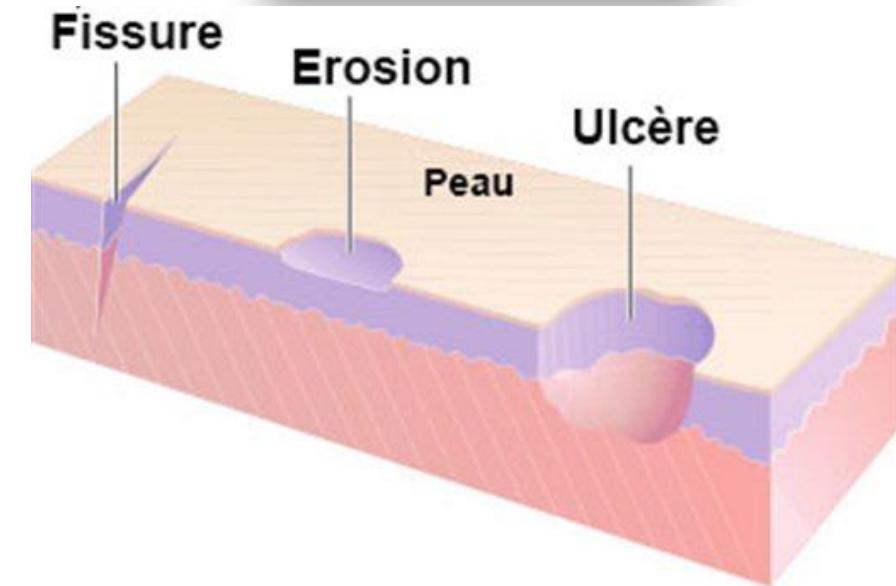
Érosion ou **ulcération** cutanée ou muqueuse qui constitue la porte d'entrée de certaines maladies infectieuses



Ulcération ?



Perte de substance plus profonde, atteignant le derme, voire l'hypoderme.

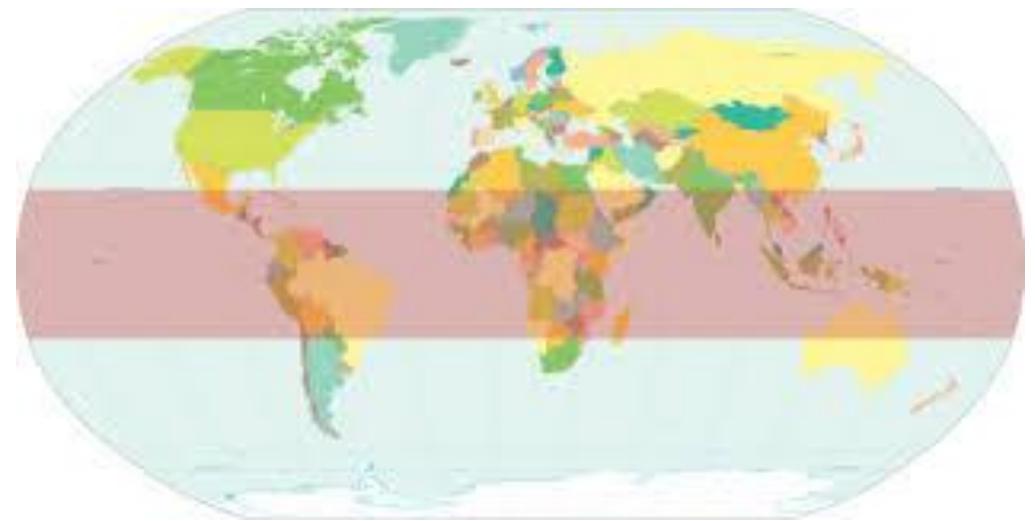


Chancre mou :

II. Épidémiologie :

- Endémique = Pays tropicaux.

- Sexe :



MAIS :



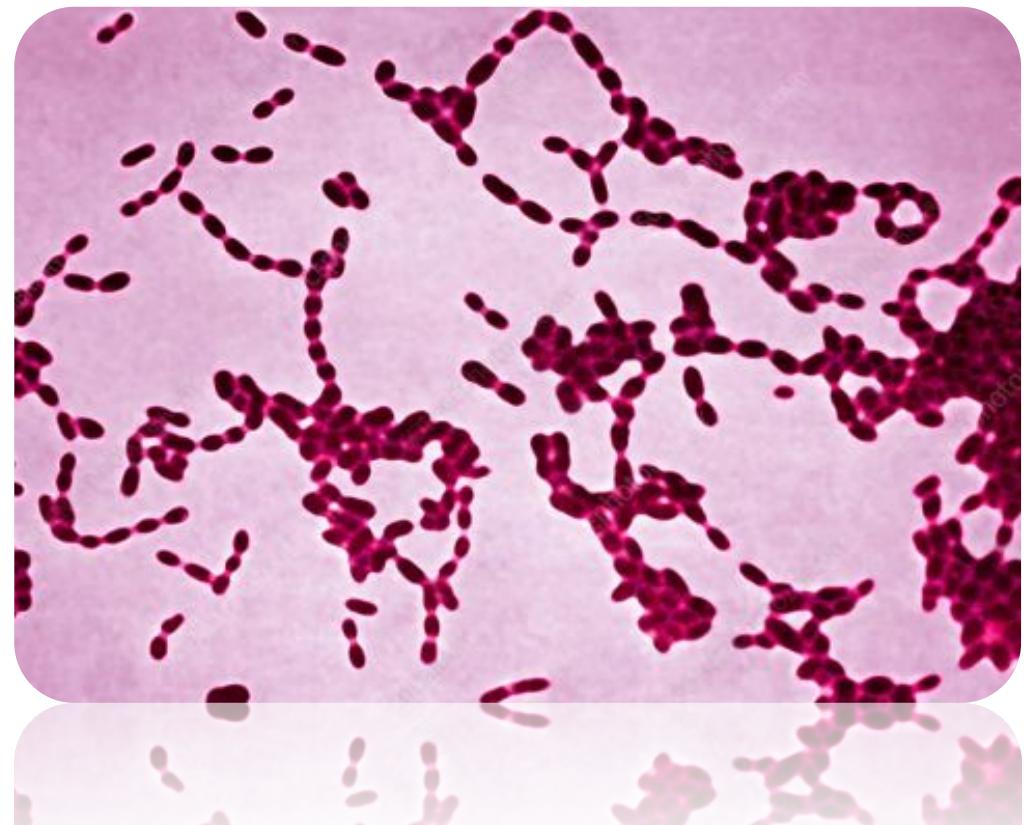
= Principales vectrices !!!

Chancre mou :

II. Epidémiologie :

- Bacilles gram négatif, Bipolaires
- Groupés en chaîne de bicyclette
- Transmission: sexuelle
- Contagiosité +++
- Non immunisante

Agent causal :
Haemophilus ducreyi



Chancre mou :

III. Clinique :

Incubation :

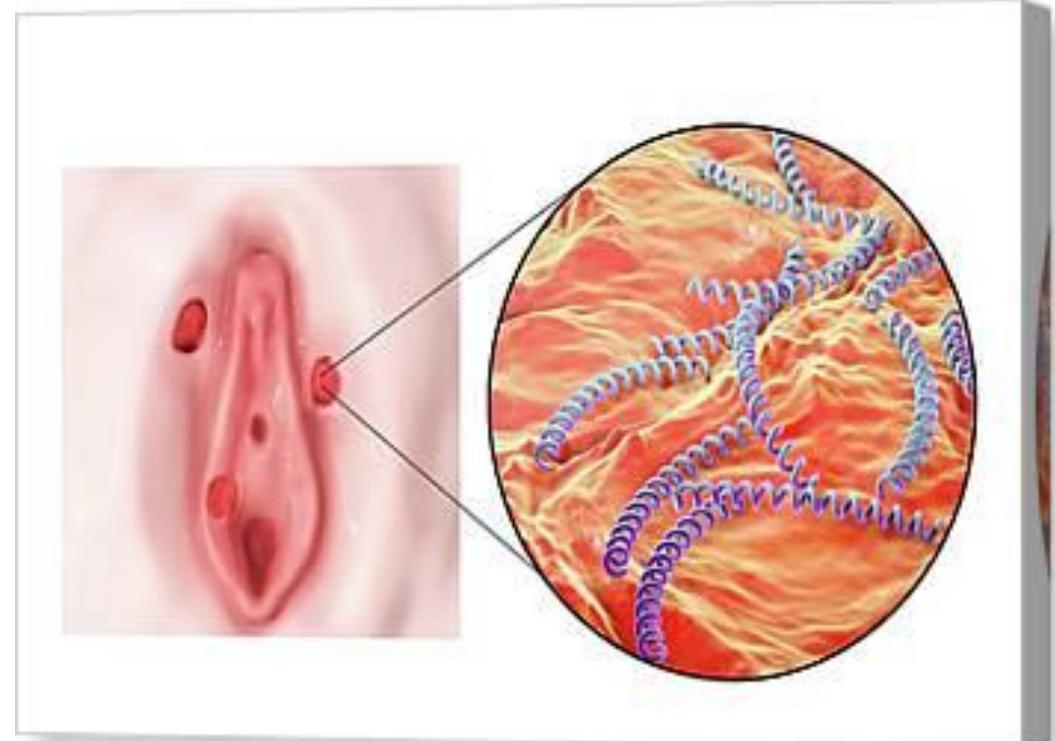
- Courte.
- De 24h à 15 jours
- Moyenne = 05 jours

Chancre mou :

III. Clinique :

Lésions dermatologiques :

- Petites **Papules** :
 - Rosées
 - Douloureuses
 - Site de pénétration de la bactérie.
 - S'effondrent rapidement.
- **Ulcération** >1 cm



Caractéristiques de l'ulcération ?

- +/- étendue (> 1 cm)
- Profonde
- Rosée,
- Purulente, sale
- Bords très **inflammatoires**, Dé
- **Douloureuse.**
- Le fond du chancre n'est pas



Fig. 3.3 Chancre syphilitique.

Chancre mou :

III. Clinique :

Lésions dermatologiques :

- L'ulcération est généralement **unique**, mais son caractère **prurigineux** entraîne rapidement une auto-infestation par grattage ☐ apparition d'**ulcérations satellites** multiples dans toute la région génitale.
- Des érosions plus profondes entraînent parfois d'importantes destructions tissulaires.



Chancre mou :

III. Clinique :

Topographie

- Versant cutané > Muqueuse proprement dite :
 - Homme = fourreau de la verge et scrotum .
 - Femme = Vulve ++

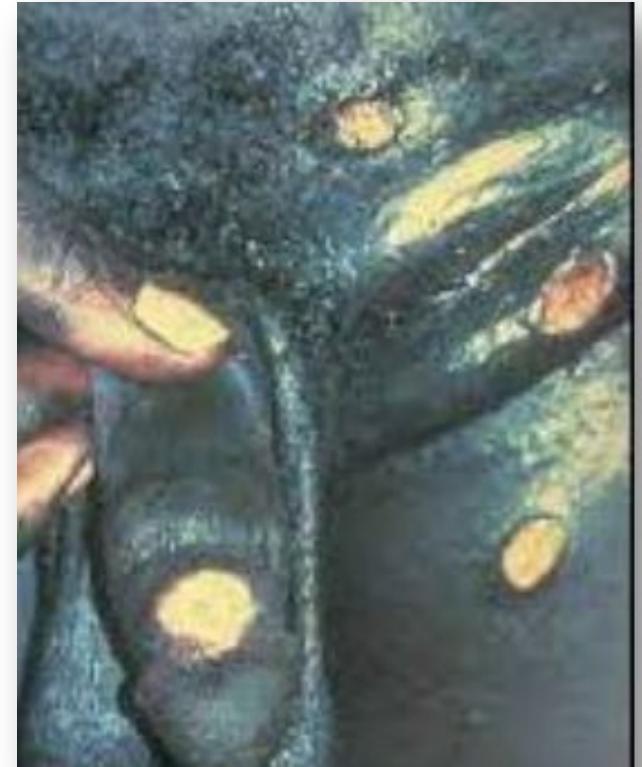


Chancre mou :

III. Clinique :

ADP satellite: Bubon inguinal

- **8-10** jrs après le début du chancre
- Unilatéral ++
- Très inflammatoire
- Douloureuse
- Evolue spontanément vers la **fistulisation** en 01 seul pertuis

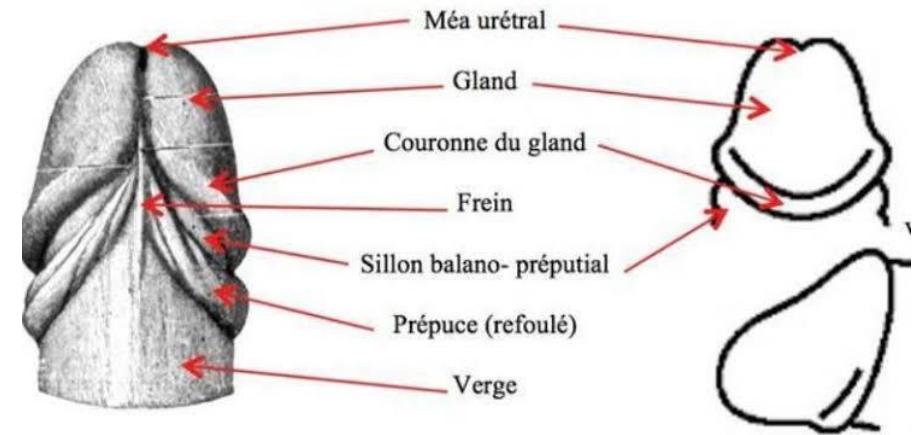


Chancre mou :

III. Clinique :

Complications

- Surinfections
- Phimosis,
- Sténose ou Fistule urétrale,
- Perte de substance cutanée « ulcère phagédénique »
- Gangrène de la verge.
- Porte d'entrée aux autres IST.



Chancre mou :

IV. Diagnostic positif :



Clinique

Ex direct

Culture

PCR

Chancre mou :

IV. Diagnostic positif :

Clinique

- Le chancre mou est suspecté chez les patients présentant des **ulcérations** ou **bubons génitaux** inexplicables et qui ont voyagé dans des **régions d'endémies**.

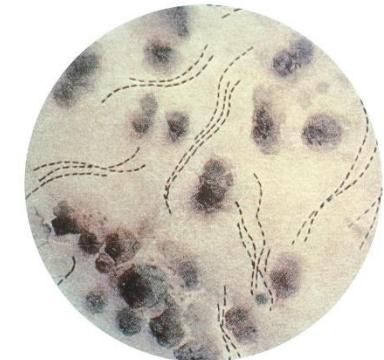


Chancre mou :

IV. Diagnostic positif :

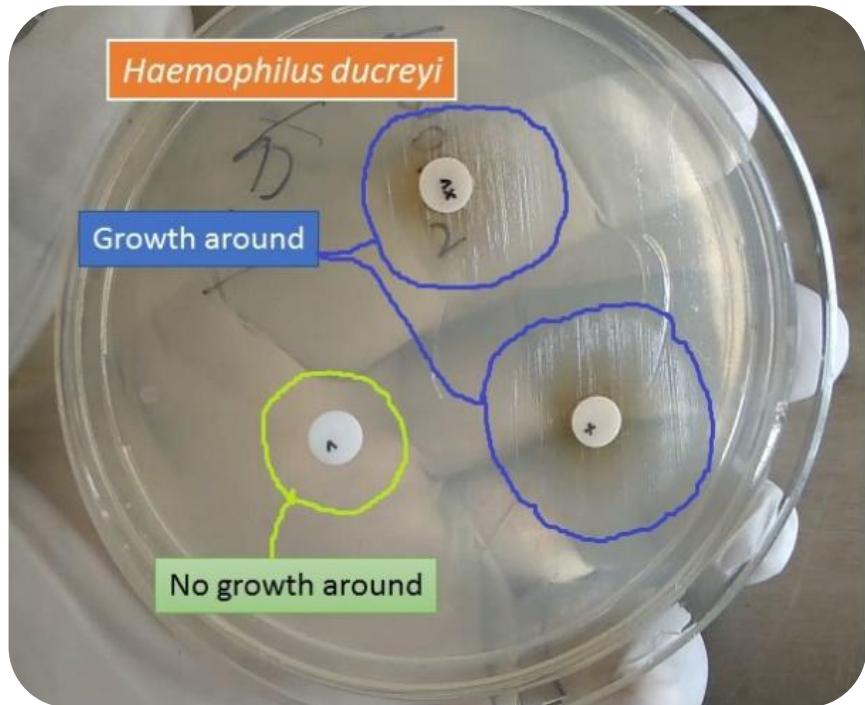
Ex direct

- Prélèvement: Exsudat prélevé **en bordure de l'ulcération** cutanée. Ou **aspiration du pus** prélevé du bubon.
- Ex microscopique après coloration de **Giemsa**.
- Permet d'identifier le germe.
- Elle peut être gênée par la flore mixte présente dans les ulcères.



Chancre mou :

IV. Diagnostic positif :



Culture

- La culture est **difficile**.

Chancre mou :

IV. Diagnostic positif :



PCR



- Recherche Systématique d'autres MST associées (**VIH et Syphilis +++**).
- Mais, Interprétation compliquée si **co-infection** par *H. ducreyi*.





**Le ou les partenaires sexuels
des **10 jours** précédents
doivent être dépistés et traités.**



Chancre mou :

V. Traitement :

- Le traitement doit être débuté **rapidement**, sans attendre les résultats des tests.

Chancre mou :

V. Traitement :

- Azithromycine = 1 g en une seule dose
- Ceftriaxone = 250 mg IM en une seule dose



Traitement minute



Chancre mou :

V. Traitement :

Autres ...

- Ciprofloxacine = 1 g/j en 2 prises pendant 3 jours.
- Erythromycine = 2 g/j pendant 7 jours.



Chancre mou :

V. Traitement :

Traitement local

- L'ulcération est traitée par des applications locales d'antiseptiques.
- **Ponction** itérative du contenu du bubon pour soulager le patient.



Ulcérations génitales



- Chancre mou
- Herpes génital
- Syphilis

Herpes génital :

I. Épidémiologie :

- 1^{ère} cause d'ulcération génitale.
- Prévalence en $\geq 15-20\%$ de la population générale.

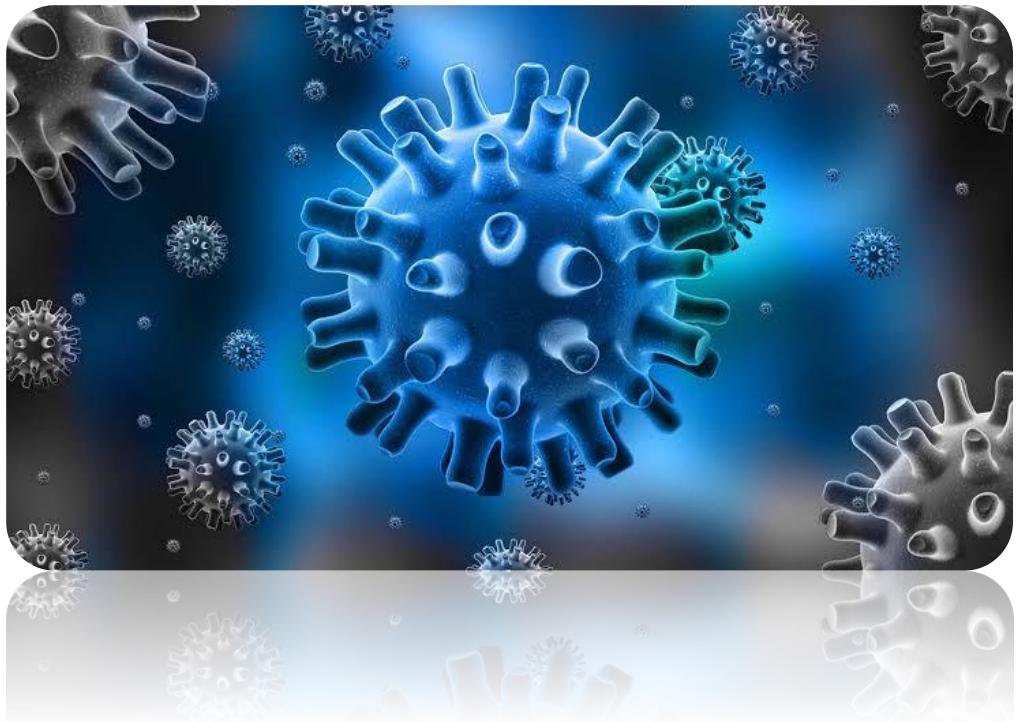


Herpes génital :

I. Epidémiologie :

- Herpes simplex virus: 90% : HSV 2
10% : HSV 1
- L'homme est le seul réservoir du virus.

Agent causal :



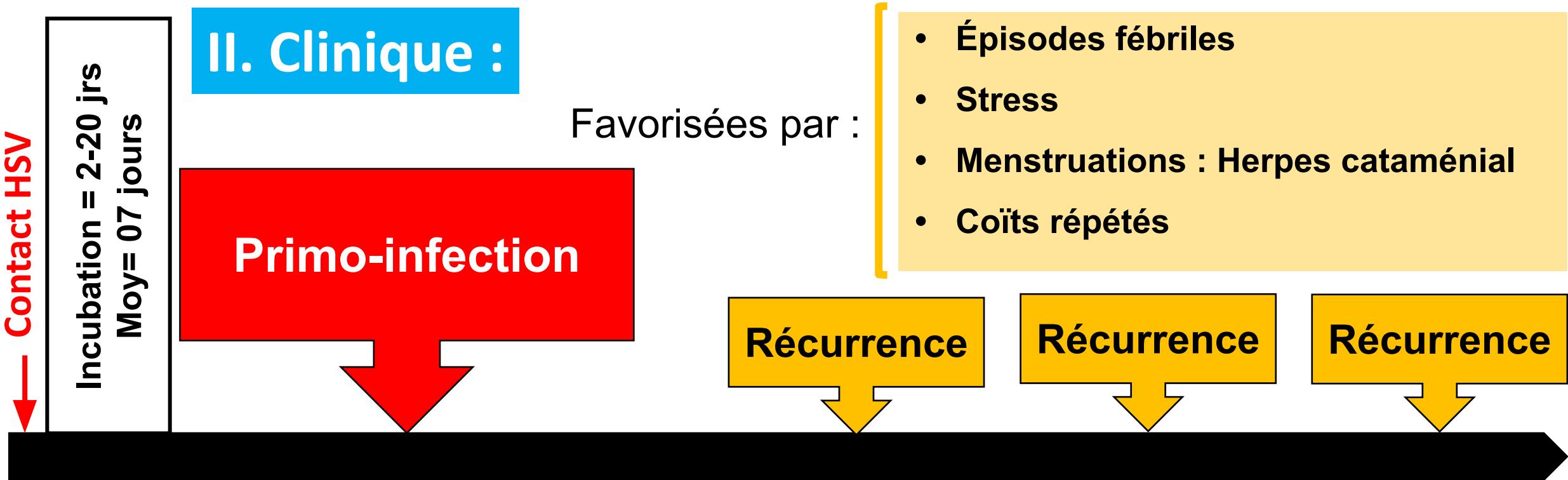
Herpes génital :

I. Epidémiologie :

- Transmission:
 - HSV 2 = Voie sexuelle
 - HSV 1 = Voie oro-génitale
- A partir de lésions actives,
- Ou: **Excrétion virale asymptomatique:**
 - Mode majeur de transmission
 - Présence intermittente d'HSV sur la muqueuse génitale en l'absence de toute manifestation clinique concomitante.

Agent causal :

Herpes génital :



- Premier contact avec le virus
- S'accompagne d'une séroconversion
- Réactivation de l'infection latente dans les ganglions sensitifs sacrés.

Herpes génital :

II. Clinique :

Primo-infection :

- Asymptomatique dans 50-90% des cas.

Chez la femme :

- Plus fréquente et plus sévère.
- Début brutal, Douloureux ++
- Signes généraux +++: F°, Malaise



Herpes génital :

II. Clinique :

Primo-infection :

Vulvo-vaginite aigue :

- Vésicules éphémères sur une muqueuse vulvaire tuméfiée.
- Erosions arrondies, parfois aphtoïde.



Herpes génital :

II. Clinique :

Primo-infection :

Vulvo-vaginite aigue : Topographie

- Vulve, parois vaginales, Col
- Racines des cuisses, pubis, fesses
- **ADP** : inguinales sensibles = Cst
- **Signes d'accompagnement** : Dysurie, Rétention d'urines...



Herpes génital :

II. Clinique :

Primo-infection :



Chez l'homme :

Moins intense, svt confondu
avec un herpes récurrent



Herpes génital :

II. Clinique :

Primo-infection :
Evolution :

- Dure 1-2 semaines
- Les lésions disparaissent spontanément en 4-6 sem sans laisser de cicatrices.
- Haut risque de **contagiosité** jusqu'à cicatrisation complète.

Herpes génital :

II. Clinique :

Primo-infection :

Atteintes viscérales :

- Méningo-encéphalite
- Hépatite ...
- Rares

Herpes génital :

II. Clinique :

Récurrences :

- Tb clinique moins bruyant et de durée plus courte.
- Bouquet **vésiculo-pustuleux**
- Petites **érosions** confluentes à contours
poly cycliques.
- Topographie = relativement fixe chez le mm patient.
- **ADP** sensible dans 50% des cas.



Herpes génital :

II. Clinique :

En cas de grossesse :

- Contamination néonatale possible.
- Rare mais grave, nécessitant un trt spécifique précoce.
- En cas de lésions herpétiques :
 - ✓ Au moment du travail = **Césarienne**
 - ✓ Au moment du travail / ou dans le mois suivant = **Aciclovir IV** chez le nouveau-né, éventuellement interrompu si les prélèvements sont négatifs.



Herpes génital :

III. Paraclinique :

- **Diagnostic direct :**



- **Sérologies**

- Recherche d'antigènes
- Culture sur milieu cellulaire
- PCR

Herpes génital :

IV. Traitement :

- Aciclovir
- Valaciclovir
- Famciclovir

Moyens thérapeutiques :



Herpes génital :

IV. Traitement :

- **Aciclovir**

- ✓ Per os : 200 mg x 5 / j ou: 400 mg x3/j
- ✓ IV: 5mg / Kg / 8h
- ✓ Durée = 7-10 jrs

- **Valaciclovir**

- ✓ Per os : 500 mg x 2 / j
- ✓ Durée = 10 jrs

Primo-infection :

Herpes génital :

IV. Traitement :

Récurrences :

- L'efficacité dépend de la rapidité d'instauration du trt, dès les prodromes.
- Intérêt surtt dans les épisodes potentiellement importants et prolongés.

- ✓ Aciclovir : Per os : 200 mg x 5 / j
- ✓ Valaciclovir : Per os : 500 mg x 2 / j

Durée = 05 jrs



Herpes génital :

IV. Traitement :

Prévention des récurrences :

- Chez les patients présentant ≥ 6 récurrences / an :
 - ✓ Aciclovir : Per os : 400 mg x 2 / j
 - ✓ Valaciclovir : Per os : 500 mg / j

PREVENTiON



Herpes génital :

IV. Traitement :

Education des patients :

- Utilisation des **préservatifs** peut être efficace si celui-ci recouvre les lésions ulcérées.
- **Abstention** des relations sexuelles, en présence d'ulcérations ou de symptômes évocateurs d'herpes génital.



Ulcérations génitales



- Chancre mou
- Herpes génital
- Syphilis



Introduction

Epidémiologie

Histoire naturelle

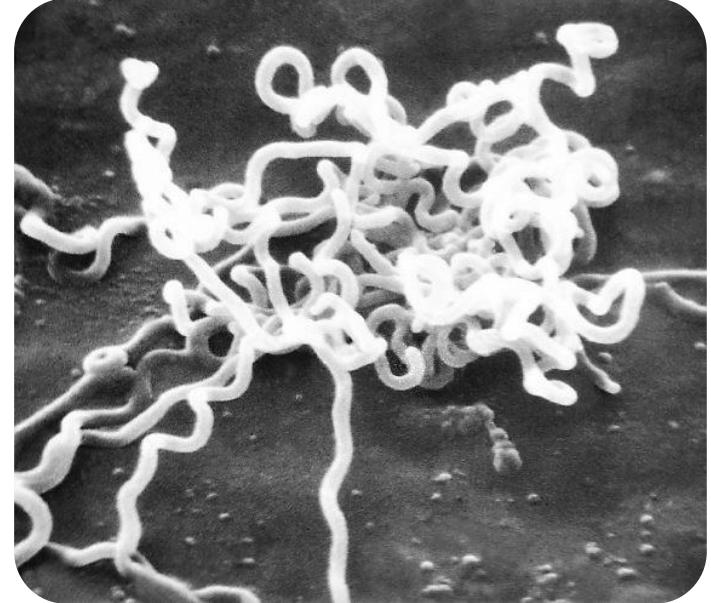
Diagnostic

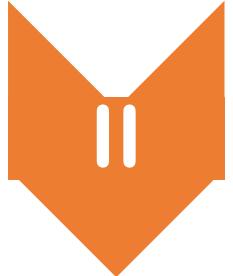
Traitemen

Introduction

La syphilis

- IST, due à une Spirochète: *Treponema pallidum*
- Non immunisante,, Très contagieuse ...
- Dgc sérologique: Approche dgc indirecte
- Trt: bien codifié : Péni G





Epidémiologie

Agent pathogène

Examen direct

Culture

PCR

Variétés

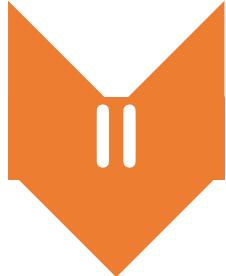
Incubation

Transmission

Immunité

- Treponema pallidum





Epidémiologie

Agent pathogène

Examen direct

Culture

PCR

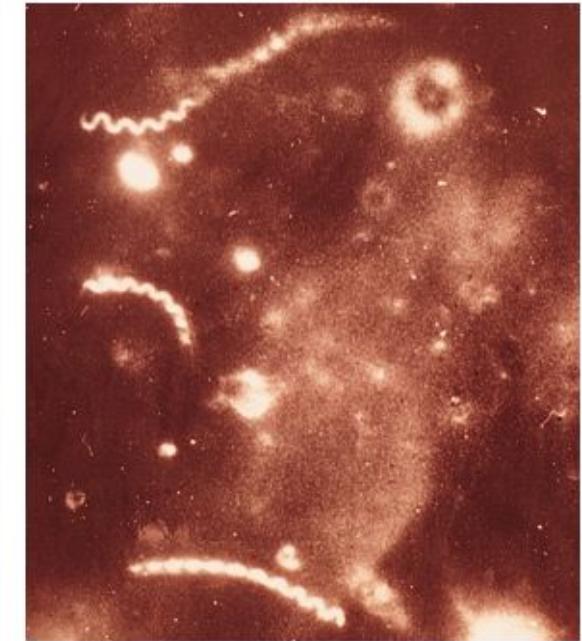
Variétés

Incubation

Transmission

Immunité

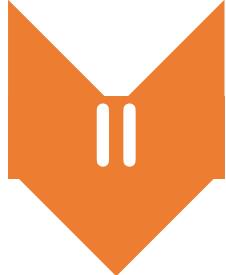
- Microscopie à fond noir et microscope à contraste de phase.



Treponema pallidum. dark-field microscope

Трепонема pallидум. даир-лигъл микроскоубе





Epidémiologie

Agent pathogène

Examen direct

Culture

PCR

Variétés

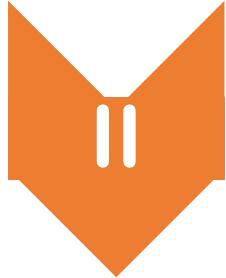
Incubation

Transmission

Immunité

- N'est pas cultivable in vitro.

- La réalisation d'un ATB gramme est impossible.
 - Inoculation à l'animal possible
- Aucune résistance à la penicilline n'est rapportée à ce jour
(testicule du lapin)
- Sensible aussi = **cyclines** et dans une moindre mesure aux **macrolides**.



Epidémiologie

Agent pathogène

Examen direct

Culture

PCR

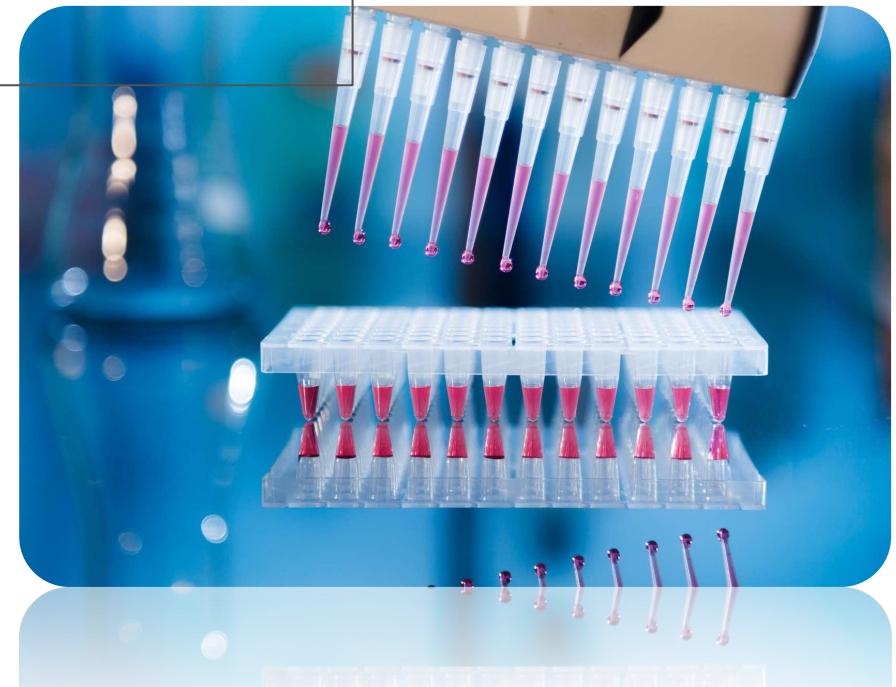
Variétés

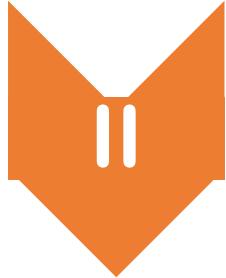
Incubation

Transmission

Immunité

- Le génome complet du germe a été séquencé.





Epidémiologie

Agent pathogène

Examen direct

Culture

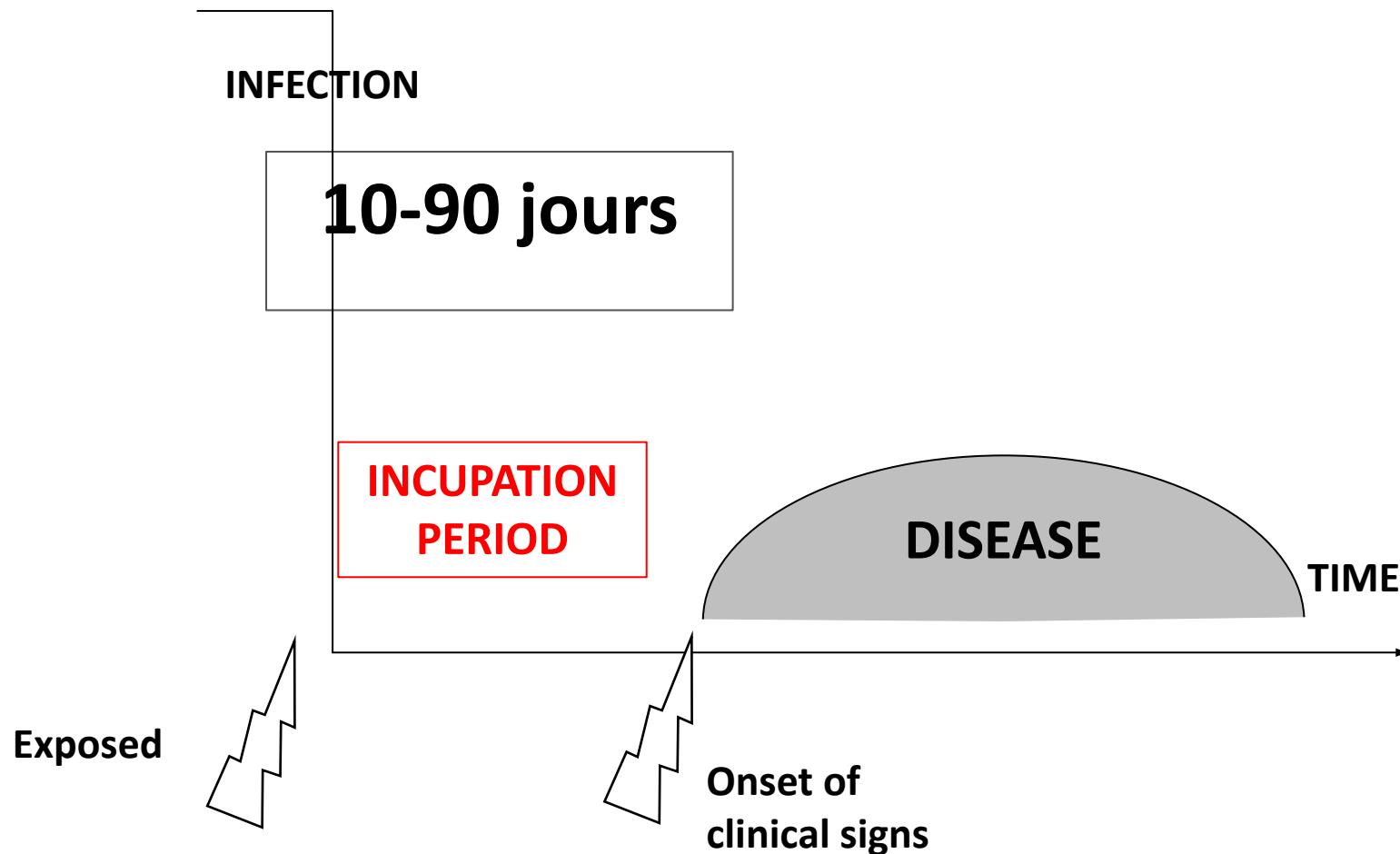
PCR

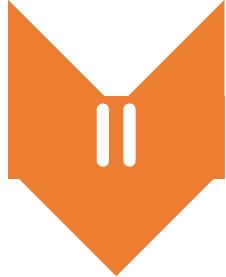
Variétés

Incubation

Transmission

Immunité





Epidémiologie

Agent pathogène

Examen direct

Culture

PCR

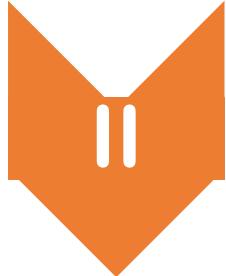
Variétés

Incubation

Transmission

Immunité

- Contact **direct** avec des lésions contagieuses.
- Parentérale.
- Trans-placentaire



Epidémiologie

Agent pathogène

Examen direct

Culture

PCR

Variétés

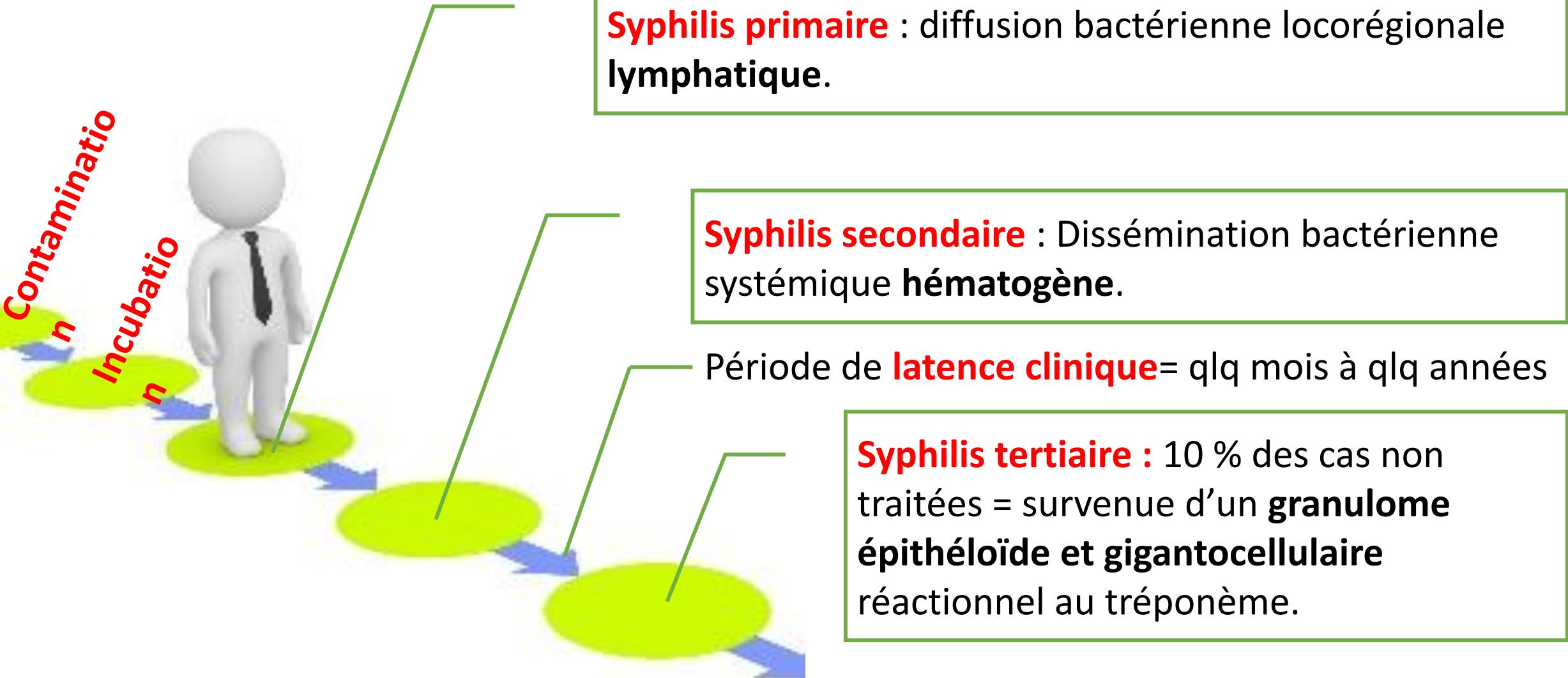
Incubation

Transmission

Immunité

- Mal connue.
- Essentiellement d'origine **cellulaire**.

Histoire naturelle





Syphilis primaire= Chancre d'inoculation + ADP satellite.

Chancre d'inoculation

Une **exulcération** :

- 5-15 mm de Ø
- Unique, rarement multiple
- Fond Propre
- Indolore ≠ herpes
- Indurée +++



Fig. 3.3 Chancre syphilitique.

- **Aucune** de ces caractéristiques n'est cependant pathognomonique.
- Un chancre syphilitique doit **systématiquement** être évoqué devant toute ulcération muqueuse aigue: Génitale, orale ou anale.



Chancre d'inoculation

- Siège :
 - **Génital** : le + fréquent
 - **Homme** : sillon balano-préputial, plus rarement le gland ou le fourreau
 - **Femme** : **passe volontiers inaperçu**: partie ext de la vulve, ou plus rarement vagin
 - **Ano-rectal, Oro-pharyngée** : n'est pas rare, passe inaperçu.



Chancre labial



Chancre vulvaire



Chancre d'inoculation

- Evolution :
 - Sous trt= 10-14 jours.
 - Sans trt= 3-6 semaines

Au prix d'une **pigmentation résiduelle** dans un 1/3 des cas.



Syphilis primaire= Chancre d'inoculation + ADP satellite.

ADP Satellite

- Apparait : **4-7** jours après le chancre.
- Unilatéral,
- **Multiples**, Petites, Dures, Mobiles,
- Indolores, Sans péri adénite.

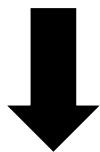




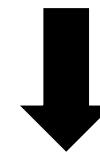
ADP Satellite

- Disparaît après le chancre.
- Siège : dépend du chancre :
 - Inguinal : OGE
 - Pelvien profond : OG internes féminins.
 - Inguino-crural : anal
 - Sous mentonnier : labial ou **Sous maxillaire** : amygdalien.

Si le patient n'est pas traité, il sera apparemment guéri mais son état peut évoluer vers les stades plus tardifs de la syphilis.



30% : Syphilis secondaire



Une évolution vers les stades de syphilis tardive est possible sans forcément présenter des signes de la S. secondaire



Dissémination septicémique du T.P

- Survient **6 semaines** après le chancre.
- Peuvent coexister = **S. primo-secondaire**.
- Caractérisée par une **éruption cutanée**, très polymorphe

« grande simulatrice »



Histoire naturelle

S. secondaire



1. Signes cutanés
2. Plaques muqueuses
3. Atteinte des phanères
4. Signes généraux
5. Atteintes ostéo articulaires
6. Atteinte du SNC
7. Atteinte oculaire

Histoire naturelle

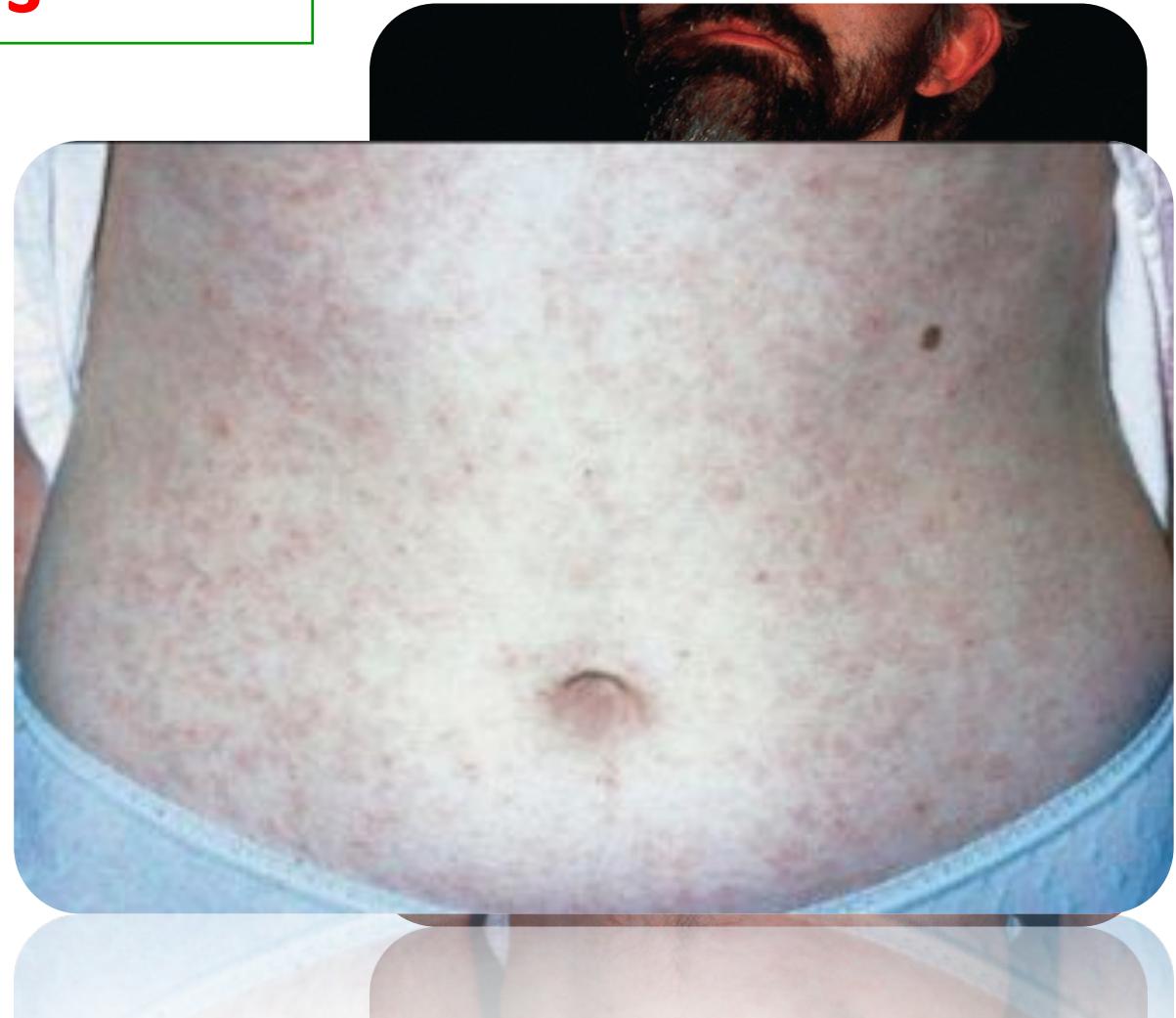
S. secondaire



Signes cutanés

→ 1^{ère} floraison : **Roséole syphilitique**

- Dure 1 à 2 mois
- Passe svt **inaperçue**.
- **Macules** : 5-15 mm
 - Couleur pêche (rose pale)
 - Non confluentes
 - Disséminés sur le tronc/Membres
 - Pas de signes fonctionnels



Histoire naturelle

S. secondaire



Signes cutanés

⇒ 2^{ème} floraison : **Syphilides papuleuses**

- Entre 2-4 mois.
- Polymorphes, Mais: la Papule est caractéristique
 - Rouge cuivré
 - Fine desquamation péri lésionnelle :

Collerette de Biett.

- Visage, Tronc, Membres
- Indolores, Non prurigineuses / Peuvent être: nécrotiques, crouteuses ou ulcérées



Syphilis secondaire : syphilides papuleuses du tronc





Histoire naturelle

S. secondaire



Signes cutanés



Histoire naturelle

S. secondaire

Syphilides périnéales et génitales

- Papulo-érosives, Macérées
 - Multiples,
 - Indolores, Non prurigineuses
 - Très contagieuses +++
- Ex au microscope à fond noir (+)
- Aspect végétant

« Condyloma lata »

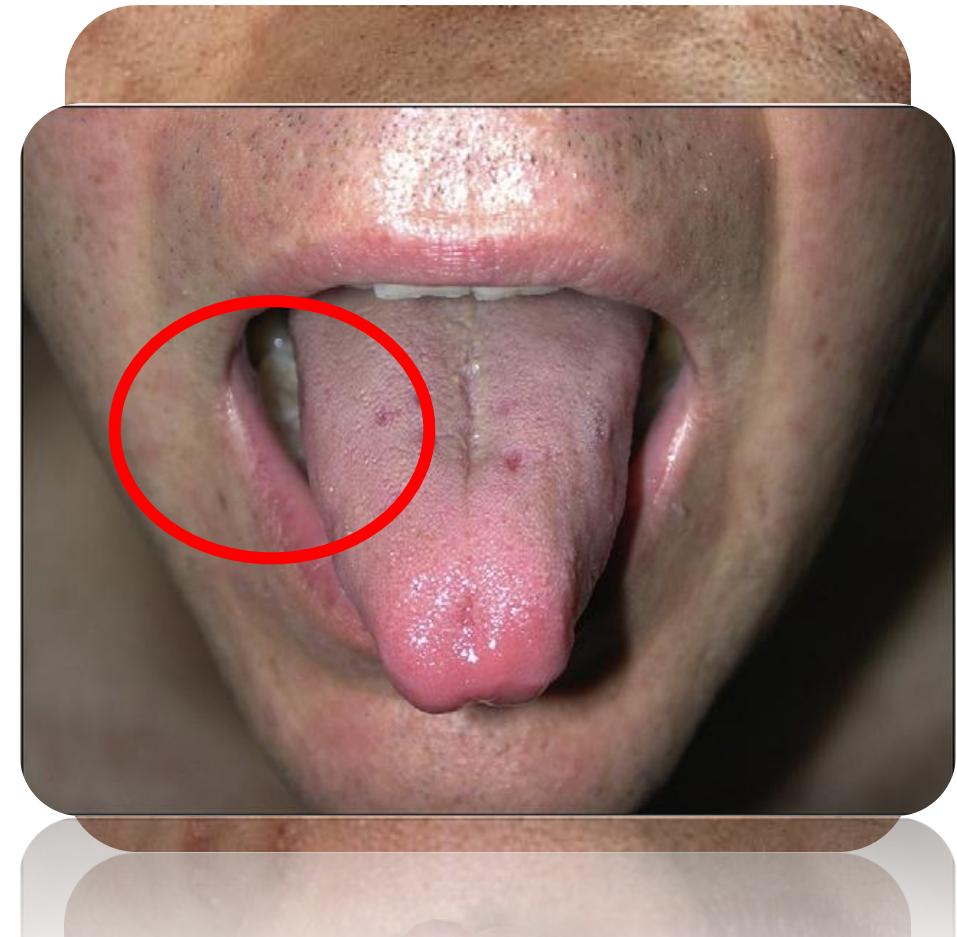


Autres symptômes



Plaques muqueuses :

- **Fausse perlèche** : papules commissurale
fendue en deux.
- **Plaques fauchées de la langue** :
dépapillation en aires.
- Pharynx, Larynx= **Raucité de la voix**



Atteinte des phanères

- Lésions d'allure **séborrhéiques** des sillons naso-géniens.
- Papules **acnéiformes** du menton.
- **Dépilation** des sourcils.
- **L'alopecie en clairière:** plusieurs aires incomplètement dépilées.
- **Péri onyxis**



Histoire naturelle

S. secondaire

Signes généraux



Traduisent la dissémination de l'infection

- **Fièvre, Céphalées**
- **AEG variable**
- **Poly ADP, HPSM** (parfois hépatite biologique)
- Sd méningé

Histoire naturelle

S. secondaire

Signes ostéo-articulaires

- **Douleurs osseuses lacinantes**
- **Périostite des os longs.**
- **Lyse osseuse localisée du crane ou du sternum.**
- Mono ou poly arthrite.



Histoire naturelle

S. secondaire

Atteinte oculaire /SNC

- Papillite, uvéite, névrite optique
- Examen ophtalmologique **systématique**
- Atteinte neurologique: fréquente mais asymptomatique



Leur présence modifie le trt □ Péri G par voie IV



Histoire naturelle

S. tertiaire



- Devenue **rare** depuis l'avènement de l'ATBpie.
- Comportant : **destruction et sclérose**.
- Les lésions **ne sont pas contagieuses**.
- Après 12 mois d'évolution.

Histoire naturelle

S. tertiaire



Lésions
cutanéomuqueuses

Lésions
cardio-vasculaires

Lésions osseuses

Lésions
neurologiques

Gravité

Histoire naturelle

S. tertiaire

Lésions cutanées



Tubercules cutanés :

- Nodules **dermiques** : Rouges cuivrés, 5-30mm
- Evoluent vers l'atrophie cicatricielle centrale = aspect arciforme ou circiné.
- Siège= Dos, bras et face.

Histoire naturelle

S. tertiaire

Lésions cutanées

Gommes cutanéo-muqueuses :

- Nodules **hypodermiques** : Rouges cuivrés de 2-10 cm de D.
- Evolue vers une : **Ulcération granulomateuse**
- Puis **Elimination d'un matériel caséux**.
- Enfin ; Constitution d'une **cicatrice rétractile**.



FIGURE 10-20 ■ Tertiary syphilis. Gummatous syphilis
silidys suratum G. silidys Vratis OS-OL ARUDP

Histoire naturelle

S. tertiaire

Lésions cutanées

Gommes cutanéo-muqueuses :

- L'atteinte de la muqueuse buccale + Ostéochondrite nasale peut entraîner **l'effondrement** des structures nasales = Nez en « **pieds de marmite** »



Histoire naturelle

S. tertiaire

Lésions osseuses



- **Ostéochondrite** des os longs= tibia en « lame de sabre ».
- **Ostéite gommeuse** des os plats = voute crânienne.
- **Ostéite scléreuse** : Os ivoire.

Histoire naturelle

S. tertiaire

Atteinte cardio-Vx



- Rare, après **20-40 ans** d'évolution.
- Atteinte de **l'aorte** : Pan-artérite
 - Insuffisance aortique.
 - Anévrysme calcifiant de l'aorte thoracique.
 - Coronarite.

Histoire naturelle

S. tertiaire

Neuro-Syphilis

- L'atteinte neurologique est présente à tous les stades de la maladie.
- On distingue :
 - NS asymptomatique
 - NS symptomatique.



Histoire naturelle

S. tertiaire

Neuro-Syphilis



NS asymptomatique

La présence **d'anomalies du LCR** constitue un facteur de risque
d'apparition ultérieure d'une neurosyphilis symptomatique.

Histoire naturelle

S. tertiaire

Neuro-Syphilis

NS symptomatique

- Méningite aigüe
- Syphilis vasculaire cérébrale : Endartérite des Vx cérébraux, AVC ischémiques : hémiplégie, aphasic, convulsions.
- Tabès (**ataxie** locomotrice progressive) :
 - Conséquence d'une sclérose des cordons postérieurs de la moelle
 - Perte des réflexes achilléens et rotulien,
 - Signe de Romberg, Signe d'Argyll-Robertson,
 - Troubles de la sensibilité, douleurs fulgurantes, Maux perforants plantaires...
 - Troubles vésicaux, incontinence fécale
- Gommes du SNC : se traduisent par un Sd tumoral



Histoire naturelle

S. congénitale



- Conséquence du passage trans placentaire de TP
- Possible pendant les deux derniers trimestres (à partir du 4e mois)
- Risque de contamination d'autant plus élevé que la syphilis maternelle est **récente** et **proche** de l'accouchement

Histoire naturelle

S. congénitale

Précoce



- De la naissance à 2 ans
- Équivalent congénital de la syphilis secondaire
- Signes cutanéomuqueux, osseux, méningés et atteintes viscérales

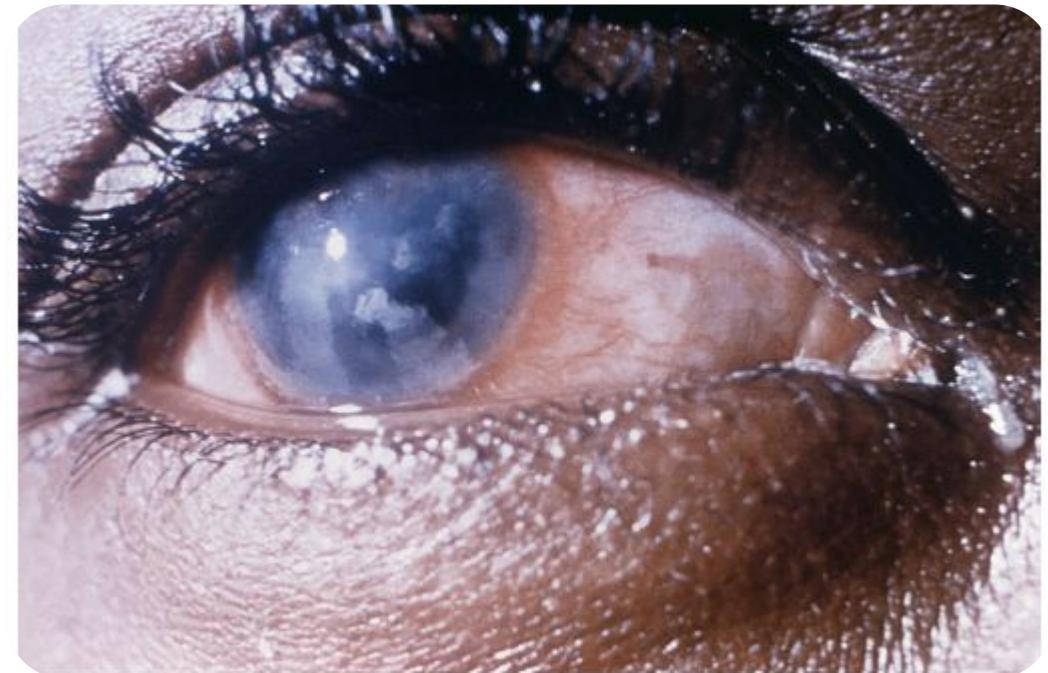


Histoire naturelle

S. congénitale

Tardive

- Se révèle après l'âge de 2 ans
- Équivalent congénital de la syphilis tertiaire.
- Fréquence de lésions **oculaires** ++



Histoire naturelle

S. congénitale

Stigmates de la S.congénitale

- Ce sont les séquelles des lésions observées au cours de la S.congénitale
- les plus caractéristiques sont les **rhagades** et les **anomalies dentaires**



Fig. 18-13 Hutchinson's teeth in congenital syphilis.





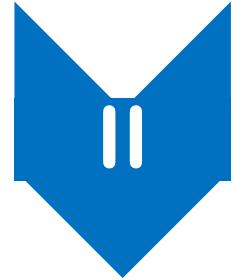
Diagnostic



Clinique



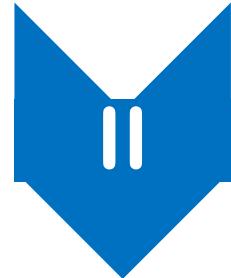
Biologique



Diagnostic Biologique



- Le tréponème ne se cultive pas in vitro.
- Le dgc se fait :
 - Soit, par la MEE du tréponème lui-même au microscope à fond noir.
 - Soit, indirectement; par la MEE de la réponse spécifique anticorps.

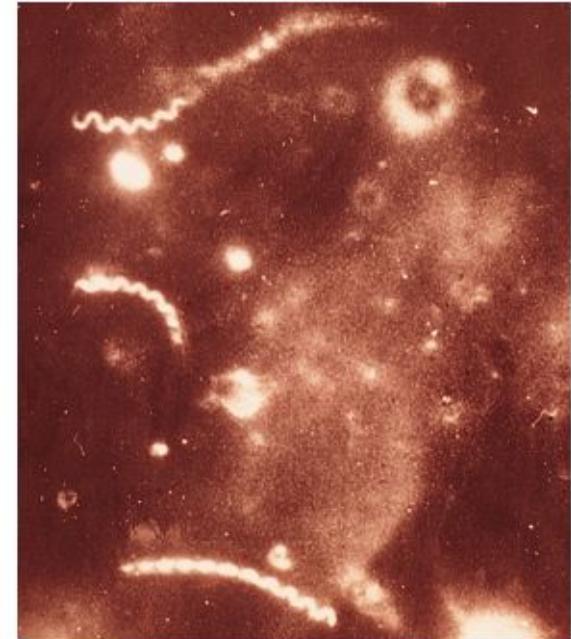


Diagnostic Biologique



Examen au microscope à fond noir

- Doit être pratiqué sur des lésions **érosives**
(chancre, syphilides érosives muqueuses),
- Sensibilité au niveau du chancre =50%,
- Aucune valeur au niveau **buccal**
(spirochètes saprophytes)



Treponema pallidum. dark-field microscope

Трепонема паллидум. даир-фийлд мікроскоопе



Diagnostic Biologique



Séro-diagnostic

- Bien standardisé,
- Peu coûteux et fiable.
- Association d'un test spécifique de tréponématose (TPHA) et d'un test non-spécifique (VDRL) est suffisante pour **affirmer ou infirmer** un diagnostic de syphilis.





Diagnostic Biologique



TPHA

Séro-diagnostic

Treponema Pallidum Hemagglutination Assay

- Se positive entre **8-10^{ème} jour** après le chancre.
- En l'absence du trt : TPHA reste positif = **cicatrice sérologique**.
- Après un trt bien conduit = le TPHA **ne se négative** et encore inconstamment **que si** le trt est introduit durant la **première année**
- Au-delà ; le TPHA reste **positif à vie**.



Diagnostic Biologique



VDRL

Séro-diagnostic

Venereal Disease Research Laboratory

- Le VDRL met en évidence dans le sérum du malade des anticorps anti cardiolipidiques.
- **N'est pas une réaction spécifique** des tréponématoses.
- Les Ac anti cardiolipines sont dirigés contre un phospholipide membranaire libéré par l'endothélium vasculaire au cours de la vascularite syphilitique, mais également des autres vascularites= **Faux positifs**



Diagnostic Biologique



VDRL

Séro-diagnostic

Venereal Disease Research Laboratory

- Se positive entre **8-10^{ème} jour** après le chancre.
- Le titre **augmente rapidement**, atteint un **plateau** variable au cours de la syphilis secondaire (variable= 256U – 1024U)
- Il va **baisser** le long de la **S. latente**.
- Il a tendance à **se négativer** dans $\frac{1}{4}$ des cas au stade de la S. Tardive.



Diagnostic Biologique



Séro-diagnostic

VDRL

Venereal Disease Research Laboratory

- En cas de positivité de VDRL préciser le titre des Ac = **VDRL quantitatif** = surveillance sérologique de l'efficacité du trt.
- Contrôle du titre VDRL (**03 à 06 mois**) après trt :
 - Trt efficace si Titre/ 4 (Sinon; reprendre le trt)
 - Re contamination si : titre x 4.



Diagnostic Biologique



PCR

- Permet de détecter la présence d'ADN du TP dans les liquides biologiques ou sur un frottis de lésions cut-muq.
- Bonne sensibilité, spécificité moins bonne.
- Intérêt :
 - Détection des mutations conférant une résistance aux ATB.
 - Surveillance épidémiologique des sous types = NS.

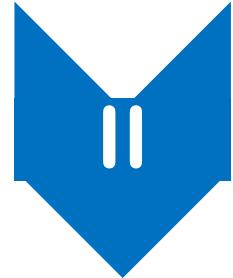


Diagnostic Biologique



Histologie

- Peu spécifique,
- l'image la caractéristique de la syphilis secondaire associe:
 - Un infiltrat inflammatoire +/- dense du derme où prédominent les lymphocytes et les **plasmocytes +++**
 - Avec atteinte des vaisseaux.
 - L'atteinte épidermique la plus fréquente est **l'exocytose**.



Diagnostic

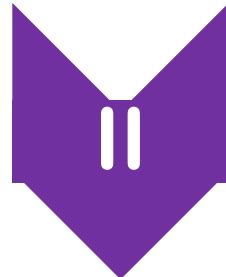
Différentiel

Syphilis primaire



- On discute les autres causes **d'ulcération génitale**:
 - Néoplasiques
 - Caustiques
 - Générales (Behçet, toxidermies)
 - Infectieuses

| | |
|------------------------------------|--|
| TPHA (-) VDRL (-) | <ul style="list-style-type: none"> - Absence de tréponématose - Syphilis en incubation - Syphilis primaire au cours des 5 premiers jrs du chancre - Syphilis guérie traitée précocement |
| TPHA (-) VDRL (+) | <ul style="list-style-type: none"> - Faux + - Syphilis primaire : apparition dissociée |
| TPHA (+) VDRL (-) | <ul style="list-style-type: none"> - Syphilis primaire : apparition dissociée - Syphilis tardive (tertiaire) non traitée - Séquelle sérologique : <ul style="list-style-type: none"> o D'une tréponématose non vénérienne o Syphilis guérie mais trt tardif |
| TPHA (+) VDRL (+) | <ul style="list-style-type: none"> - Tréponématose non vénérienne (zone d'endémie) ou vénérienne, traitée ou non. |



Traitemen



CLASSIFICATION

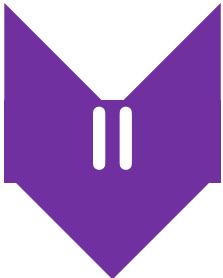


Clinique

Thérapeutique

Distingue les différents stades successifs En raison d'une similitude de:

- Syphilis primaire,
 - Secondaire, (et ses réactivations)
 - Latente asymptomatique,
 - Tertiaire.
- Prise en charge,
 - Degré de contagiosité
 - Risque neurologique,



Traitemen



CLASSIFICATION

Syphilis récente (précoce) :

- Primaire,
- Secondaire
- et **latente** de moins d'un an
(découverte d'une **sérologie syphilitique positive** sans lésion clinique, datant de moins d'un an*).

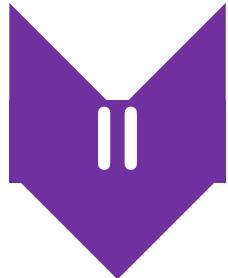
Thérapeutique

En raison d'une similitude de:

- Prise en charge,
- Degré de contagiosité
- Risque neurologique,

Forte contagiosité +

Faible risque de séquelles neurologiques



Traitemen



CLASSIFICATION

Syphilis tardive :

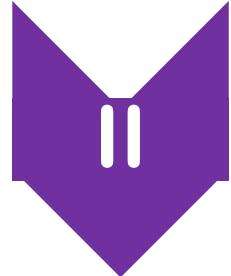
- Formes **latentes** tardives (non datable ou datant de plus d'un an)
- S. Tertiaire.

Thérapeutique

En raison d'une similitude de:

- Prise en charge,
- Degré de contagiosité
- Risque neurologique,

Faible contagiosité +
Risque élevé de séquelles neurologiques

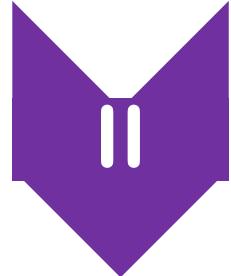


Traitemen

Mesures générales



- Déclaration obligatoire.
- Enquête épidémiologique à la recherche des contaminateurs et contaminés.
- Sérologie syphilitique: Conjoint/Enfant.
- Recherche systématique des autres IST.



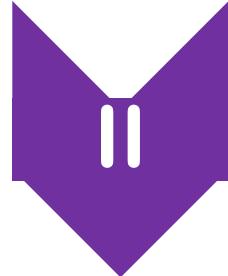
Traitements

Moyens thérapeutiques



- Pénicilline retard: Benzathine benzylpénicilline G : Extencilline
- Cyclines: tértacyclines et Doxycycline.
- Macrolides : à éviter !!





Traitements

Indications



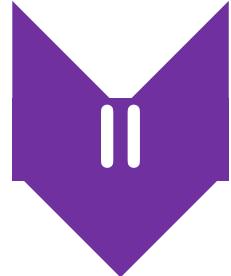
Traitements des syphilis précoces

Une injection IM UNIQUE, 2,4 MUI de Benzathine benzylpénicilline

- Un schéma à 02 injections (à 01 sem d'intervalle) est préconisé par certains auteurs, dans la syphilis secondaire.

* En absence d'allergie à la pénicilline et de CI aux injections IM

- Chez l'enfant = **50.000UI/kg** en IM, en une injection



Traitemen

Indications

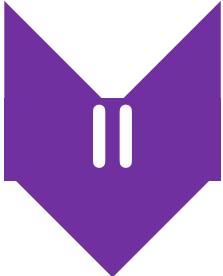


Traitemen des syphilis précoce

* Si allergie à la pénicilline : en dehors de la femme enceinte

Cyclines, per os : en 01 ou plusieurs cures de 02 semaines (14 jrs)

- Tétracycline = 500 mg x 4 / j
- Doxycyclines = 100 mg x 2 / j

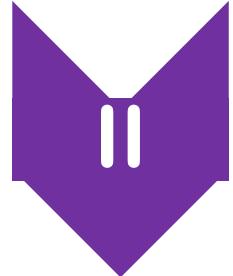


Traitemen



La réaction d'Herxheimer

- Débute qlq heures après l'injection
- Associe = F°, Céphalées, Myalgies, Accentuation des signes locaux
- Un anti pyrétique (Paracétamol) peut être prescrit.
 - Sans gravité dans la S. primaire.
 - Toujours bénigne, ne doit pas être interprétée comme allergie à la pénicilline
 - Il faut prévenir le patient de cette réaction



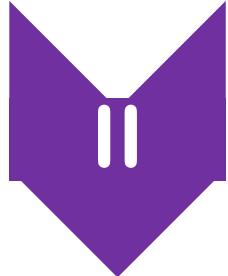
Traitemen

Indications



Traitemen des syphilis tardives

- **03 injections d'Extencilline 2,4MU en IM à 01 semaine d'intervalle.**

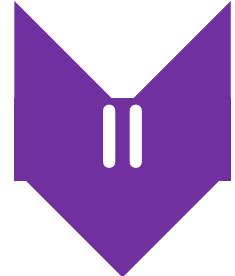


Traitemen

Suivi



- L'efficacité du trt doit être contrôlée cliniquement et biologiquement à 03 mois et à 06 mois.
- Suivi biologique = **VDRL quantitatif**
 - Le titre doit être divisé par **4** à 03 mois
 - /**16** à 06 mois
 - Se **négativer** à 01 an (Syphilis primaire) ou 02 ans (Syphilis secondaire)
- En absence de décroissance de ce type; le trt doit être repris.



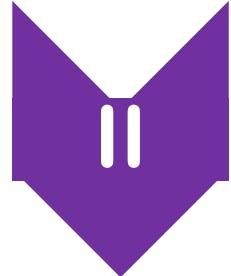
Traitemen

Indications

Neurosypphilis



- **Pénicilline G cristalline aqueuse**
- 12-24MU
- En perfusion **IV**
- Pdt **14 jrs**



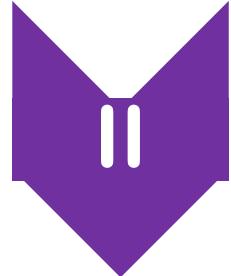
Traitemen

Indications



Syphilis chez la femme enceinte

- **Pénicilline** selon le stade.
- Un trt correct, avant la 10^{ème} semaine prévient la syphilis fœtale.



Traitemen

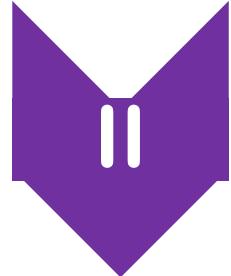
Indications



Syphilis chez la femme enceinte

* **Femme enceinte allergique à la pénicilline : Cyclines INTERDITES !!**

- Un avis spécialisé est obligatoire.
- Et le plus souvent; une **Désensibilisation** à la pénicilline sera nécessaire !



Traitemen

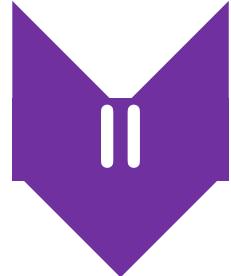
Indications



Syphilis chez la femme enceinte

Prévenir systématiquement la réaction d'Herxheimer :

- Risque de prématurité
- 0,3-0,5 mg/kg/j de prednisone, débutée la veille de l'injection, poursuivie 03 jrs après.



Traitemen

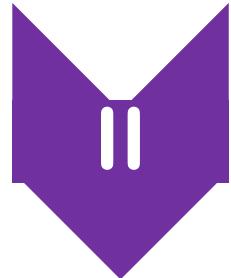
Indications



Syphilis chez la femme enceinte

Prévenir systématiquement la réaction d'Herxheimer :

- Répéter **VDRL/mois** jusqu'à accouchement
- **Echographie fœtale** / mois à partir du 3^{ème} T
- Si non **division/4 à 3 mois**= Echec retraiter la femme.



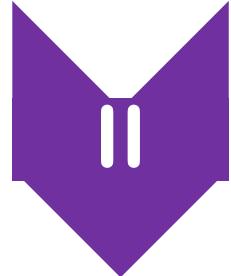
Traitemen

Indications



Syphilis congénitale

- **Pénicilline G cristalline aqueuse**
- 100 -150.000 UI/Kg/j
- En perfusion **IV**
- Pdt **14 jrs**



Traitemen

Indications



Traitemen des sujets contacts

- Examen clinique et sérologique de tous les contacts sexuels.
- **Si le contact est récent (jusqu'à 01 mois) la sérologie peut être négative!!!!**
- On peut être amené à proposer un trt systématique.

THANK YOU

A 3D rendering of the words "THANK YOU" where each letter is a character with arms and legs. The letters are colored red, orange, yellow, and green respectively. The characters have simple, rounded features and are standing on a flat surface. The background is plain white.