

# Infections sexuellement transmissibles (IST)

Dr Mehdi AZOUAOU, CHU Mustapha, Université d'Alger

## Introduction

Les infections sexuellement transmissibles (IST) [anciennement appelées : maladies sexuellement transmissibles (MST)], regroupent des infections virales, bactériennes ou parasitaires susceptibles d'être transmises lors des rapports sexuels.

## **I. Infections responsables d'urétrites, vaginites et cervicites**

### Gonococcie

Affection due à *Neisseria gonorrhoeae* (ou gonocoque), bactérie Gram négatif en forme de diplocoque surtout intracellulaire dans les polynucléaires neutrophiles.

La transmission est uniquement sexuelle.

- **Clinique :**

L'incubation est courte : 2 - 7 jours.

- **Chez l'homme = Urétrite gonococcique :**



Le tableau clinique est bruyant.

Une dysurie avec brûlures mictionnelles importantes.

Ecoulement purulent jaune-verdâtre intense (blennorragie).

Méatite inflammatoire (avec parfois une balanite).

Biologiquement, elle se définit par :

- > 5 PNN au frottis urétral à grossissement 100 ;
- Ou > 10 PNN à l'examen du premier jet urinaire au grossissement 400.

Complications : surtout orchio-épididymite, prostatite.

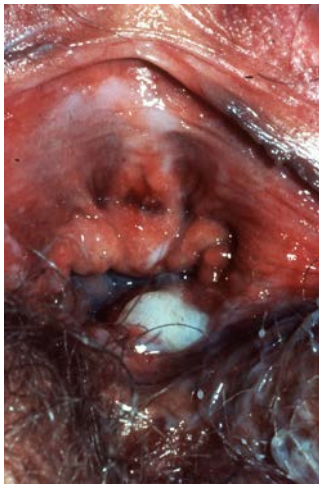
- **Chez la femme :**

Le plus souvent asymptomatique (70%).

La manifestation la plus fréquente est la cervicite (ou cervico-vaginite) : leucorrhées purulentes, pesanteur pelvienne, urétrite (brûlures mictionnelles, dysurie, œdème et rougeur du méat).

Complications : salpingite pouvant évoluer vers une pelvipéritonite avec secondairement obstruction tubaire avec stérilité et/ou grossesses extra-utérines ; bartholinite, atteinte des glandes de Skene.

Ophthalmie gonococcique chez le nouveau-né (conjonctivite pouvant conduire à la cécité).



➤ **Dans les deux sexes (femmes et homosexuels masculins) :**

- L'atteinte ano-rectale : est le plus souvent asymptomatique (2/3 des cas). Elle peut entraîner un prurit anal ou une anite avec écoulement anal purulent. Il est parfois rapporté des selles enrobées de pus, une diarrhée, des saignements anaux, des douleurs périnéales et des sensations de défécation incomplète.
- L'oropharyngite : est le plus souvent asymptomatique.

➤ **Septicémies gonococciques :**

Dans de rares cas, le gonocoque peut être responsable d'un tableau septicémique subaigu caractérisé par la survenue d'une fièvre et dominé par les manifestations articulaires (mono ou oligoarthrites), péri-articulaires (téno-synovites) et cutanées (papules ou papulo-pustules isolées de topographie distale).

• **Diagnostic biologique :**

- Examen direct (pour les urétrites masculines) :

Pratiqué sur l'écoulement urétral ou en l'absence d'écoulement sur le premier jet urinaire ou bien, sur un prélèvement endo-urétral avec un écouvillon.

Il montre des diplocoques gram négatifs, en « grains de café », intracellulaires.

- Culture : difficile, sur milieux spécifiques.
- Tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) : ne sont pas encore des tests de routine.

• **Traitement** : dose unique = traitement minute

En première intention :

- La ceftriaxone (Rocephine®) : 500 mg en IM

En deuxième intention :

- Cefixime (Oroken®) : 400 mg, per os
- Gentamycine : 240 mg IM (dose unique)

La spectinomycine (Trobicine®) : 2 g en IM, n'est pas disponible.

La ciprofloxacine n'est plus recommandée en raison du taux de résistance élevé.

Un traitement anti-chlamydien doit être systématiquement associé.

## **Infections uro-génitales à Chlamydia trachomatis**

*Chlamydia trachomatis* est une bactérie (bacille gram négatif) intracellulaire obligatoire dont les sérotypes D à K sont responsables d'urétrites masculines à transmission sexuelle et de cervicovaginites.

- **Clinique :**

L'incubation est variable, quelques jours à quelques mois, en moyenne 10 à 15 jours.

Le portage asymptomatique est important : 50 % des cas.

- **Chez l'homme :**

Il s'agit, le plus souvent, d'une urétrite avec écoulement transparent modéré et intermittent ou de symptômes urétraux sans écoulement.

L'évolution peut se faire vers la guérison ou la survenue de complications : prostatite, orchi-épididymite.



- **Chez la femme :**

Chez la femme, il s'agit de leucorrhées jaunes ou blanches avec existence d'une cervicite à l'examen au spéculum.

Peut se compliquer de salpingite, de stérilité tubaire et de grossesse extra-utérine.

- **Complications dans les 2 sexes :**

- Arthrite réactionnelle.
- Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter (FLR) ou syndrome oculo-urétrosynovial.
- Kératoconjonctivite.

- **Diagnostic biologique :**

Les prélèvements se font :

- Raclage avec écouvillon : urètre chez l'homme, endocol et urètre chez la femme.
- Premier jet urinaire, au moins 2 heures après la dernière miction.

Plusieurs techniques sont disponibles :

- La détection des antigènes de *Chlamydia trachomatis* par examen direct (IFD ou ELISA) n'est plus pratiquée.
- La culture sur milieu cellulaire, est sensible et très spécifique, mais complexe (labos spécialisés) et coût élevé.
- L'amplification génique par PCR est la technique de référence actuellement, mais coût élevé.
- La sérologie n'a pas d'intérêt.

- **Traitement de la chlamydie :**

- Tétracycline : 500 mg X 4 / j pendant 7 jours
- Doxycycline (Vibramycine®) : 100 mg X 2 / j pendant 7 jours
- Azithromycine (Zithromax®) : prise unique de 1 g per os (4 gélules à 250 mg)

L'érythromycine et l'ofloxacine sont peu utilisées.

## II. Ulcérations génitales

### Herpès génital

Il représente la première cause d'érosion/ulcération génitale.

Il entraîne un impact important sur la vie sociale et sexuelle, et un risque majeur d'herpès néonatal potentiellement grave.

Asymptomatique dans 90 % des cas.

Il est dû le plus souvent à *HSV 2 (Herpès simplex virus)*, *HSV 1* est impliqué dans 1/3 des cas.

- **Clinique :**

- **Primo-infection herpétique génitale :**

- Chez la femme : tableau de la vulvo-vaginite aiguë :

L'incubation est de 7 jours en moyenne.

Le début brutal et les symptômes sont violents : douleurs extrêmes, fièvre, ± malaise général.

Les vésicules sont éphémères sur la muqueuse vulvaire et laissent place rapidement à des érosions arrondies à contours polycycliques avec œdème, s'étendant fréquemment vers l'anus, le versant cutané, les fesses, le pubis et la racine des cuisses.

L'examen gynécologique est rendu impossible par les douleurs.

Adénopathies inguinales sensibles.

La cicatrisation spontanée demande 2-3 semaines.



- Chez l'homme, la primo-infection est moins intense :

Vésicules en bouquet ou érosions polycycliques du gland ou du versant cutané de la verge.



- Devant tout herpès génital → bilan complet des IST +++

➤ **Herpès génital récurrent :**

Non systématique : 30 %, fréquence variable et survient au même endroit chez un sujet donné.

Facteurs déclenchants : stress, fièvre, rapports sexuels, menstruations, immunodépression (HIV, hémopathies, iatrogène...), traumatisme, chirurgie loco-régionale...

La réactivation est moins bruyante que la PI.

Pas de signes généraux ; prodromes : prurit, cuissons, brûlures.

Bouquet de vésicules, érosions ou croûtes disparaissant en moins d'une semaine.

Adénopathie satellite inconstante.

➤ **Excrétion virale :**

Réactivation asymptomatique du virus, mais contagieuse +++ (mode majeur de transmission).

• **Diagnostic biologique :**

- La culture virale (culture cellulaire) est la méthode de référence.
- Recherche d'antigènes (IFD ou ELISA), méthodes rapides mais sensibilité médiocre.
- Cytodiagnostic (montre l'effet cytopathogène), méthode simple et rapide mais peu sensible et peu spécifique.
- Sérologie : intérêt limité, uniquement pour la primo-infection en montrant une séroconversion IgM sur 2 prélèvements à 15 jours d'intervalle.
- Détection du génome par PCR : très sensible mais n'est pas de pratique courante.

• **Traitement :**

➤ Primo-infection :

- Aciclovir (Zovirax\*) per os : 200 mg X 5/j (10 jours) ou IV : 5mg/kg/8 heures ; réduction de l'excrétion virale, de la douleur, du délai de cicatrisation.
- Mesures associées : bain de siège antiseptique 2 fois/j, abstinence sexuelle ou rapports protégés jusqu'à cicatrisation et antalgiques.

➤ Récurrences :

- Aciclovir per os pendant 5 jours, uniquement si poussée gênante (réduction de la poussée uniquement de 1-2 jours, pas d'effet sur la douleur) + mesures associées.
- Traitement préventif par Aciclovir per os, 400 mg X 2/j sur 6 -12 mois, si > 6 récurrences par an, réduction de la fréquence et de l'intensité des poussées.

- Autre molécule : Valaciclovir 500 mg X 2 / j (traitement curatif), 500 mg/j (traitement préventif).

## Syphilis

La syphilis est une IST très contagieuse non immunisante, due à un spirochète, *Treponema pallidum*.

On distingue :

- La syphilis primaire : après une incubation de 3 semaines (durée moyenne : 6 semaines).
- La syphilis secondaire : 6 semaines 6 mois après la S. primaire (durée moyenne : 2-3 ans).
- La {syphilis latente} : de découverte sérologique, sans lésions cliniques.
- La syphilis tertiaire : au moins après 5 ans (durée : chronique).

- **Clinique :**

- **Syphilis primaire** : se caractérise par le complexe primaire (chancre + ADP satellite).

- **Chancre syphilitique :**

Exulcération en règle unique

Ronde ou ovale, de 5-15 mm de diamètre

A bords réguliers

A fond propre +++ (surface rosée, fourmille en tréponèmes = très contagieux)

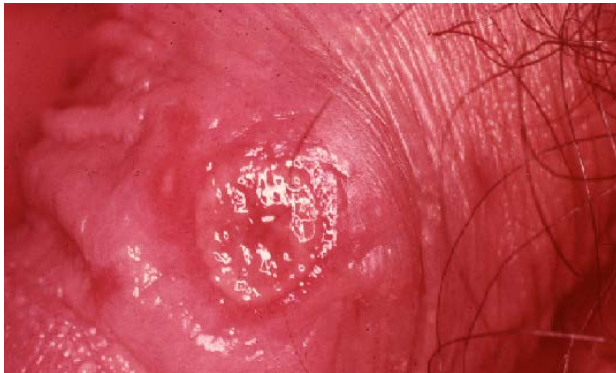
A la palpation protégée : base indurée +++ (induration cartilagineuse)

Indolore +++ et non inflammatoire (aphlegmatique)

Régresse sans cicatrice

Localisations :

Chez l'homme : sillon balano-préputial ++, plus rarement sur le gland et le fourreau.



Chez la femme : Vulvaire ++ (petites et grandes lèvres), rarement vaginal ou sur le col (inaperçu).





Localisations ano-rectale et bucco-pharyngée possibles dans les 2 sexes.



- **Adénopathie satellite** : contemporaine du chancre.

Le plus souvent unilatérale, indolore, non inflammatoire (pas de fistulisation).

➤ **Syphilis secondaire** :

Liée à la diffusion systémique du tréponème (phase septicémique).

Associe des manifestations cutanéomuqueuses, phanériennes, générales et viscérales, mais aucune n'est constante.

**a) Manifestations dermatologiques :**

**a1) Cutanées :**

- **Roséole syphilitique** :

Première éruption de la syphilis secondaire (1<sup>ère</sup> floraison).

Macules rose pâle de quelques millimètres de diamètre, disséminées sur le tronc.

Souvent inaperçues (discrètes, sans signes fonctionnels et transitoires).



- **Syphilides papuleuses** : (2<sup>ème</sup> floraison).

Papules non prurigineuses, de couleur rouge cuivrée, disséminées (visage, tronc, extrémités) mais de nombre variable.



Il existe des localisations très évocatrices mais inconstantes :

Palmo-plantaire +++

Génitales et périnéales : souvent érosives et donc très contagieuse +++



**a2) muqueuses :**

Lésions érosives indolores de la muqueuse buccale (très contagieuses).

**a3) phanériennes :**

Alopécie dite en « clairière », petites plaques fronto-temporales et rétro-auriculaires et transitoire.



**b) Manifestations extra-dermatologiques :** rares et discrètes le plus souvent.

- Syndrome pseudo-grippal avec fièvre, céphalées, asthénie, polyarthralgies et altération variable de l'état général.
- Micropolyadénopathies.
- Hépatosplénomégalie avec parfois hépatite biologique.
- Glomérulo-néphrite extra-membraneuse.
- Douleurs lancinantes osseuses.
- Syndrome méningé.

➤ **Syphilis tertiaire :**

A quasiment disparu de nos jours.

- Gommès : cutanéomuqueuse, osseuse, du SNC.
- Syphilis cardio-vasculaire : aortite avec ou sans atteinte valvulaire aortique, anévrisme de la crosse aortique.
- Neurosyphilis : tabes, signe d'Argyll-Robertson, démence.

• **Diagnostic biologique :**

Le tréponème n'est pas cultivable in vitro.

➤ **Examen direct au microscope à fond noir :**

Sur les lésions érosives (chancre, syphilides érosives génitales).

Il montre une bactérie très mobile grâce à son flagelle, par mouvement particuliers hélicoïdaux et pendulaires le long de son grand axe.

Mauvaises sensibilité et spécificité.

➤ **Sérologies :** se positivent à partir du 8-10<sup>ème</sup> jour après le chancre.

- **TPHA :**

Test spécifique des tréponématoses.

- **VDRL :**

Test non tréponémique, il détecte des anticorps anticardiolipidiques.

Le VDRL quantitatif permet la surveillance biologique de l'efficacité du traitement par la décroissance du titre des anticorps.

Utilisé également dans un but de dépistage.

• **Traitement :**

-Pénicillines retard : Benzathine benzylpénicilline (Extencilline\*), injection IM unique de 2,4 MU.

- En cas d'allergie : doxycycline, 200 mg/j pendant 14 jours.

## Chancre mou

C'est une ulcération sexuellement transmissible tropicale rare, due à *Haemophilus ducreyi*, BGN groupé en « chaînes de bicyclette ».

L'incubation est courte : 3 à 7 jours.

Ulcération douloureuse, supérieure à 1 cm, profonde, à fond sale et purulent, avec des bords surélevés, sa base est non indurée comme dans la syphilis.



Dans 50% des cas en l'absence de traitement précoce, apparaît 5 à 10 jours, une adénopathie satellite inguinale unilatérale, très inflammatoire, évoluant vers la fistulisation à la peau (bubon inguinal).



Le diagnostic microbiologique est très difficile et nécessite un laboratoire spécialisé.

Traitement :

- Azithromycine (zythromax\*) : 1g en une seule dose.
- Ceftriaxone : 250 mg IM en une seule dose.
- Autres options : Ciprofloxacin (1g/j pendant 3 jours) ou érythromycine (2g/j, 7 jours).

### III. Végétations vénériennes (condylomes)

Ce sont des verrues anogénitales, à localisation cutanée ou muqueuse, dues à près de 50 types de *papillomavirus humain (HPV)*.

Parmi les HPV muqueux, on distingue :

- HPV 6 et 11 : sont à bas risque, responsables de 90 % des condylomes.
- HPV 16 et 18 : sont à haut risque ou oncogènes.

Il s'agit de l'IST la plus fréquente actuellement.

La transmission non sexuelle est possible par l'intermédiaire de linges humides contaminés.

La transmission lors de l'accouchement expose l'enfant au risque de papillomatose laryngée juvénile.

- **Aspects cliniques habituels :**

- **Condylomes acuminés (crêtes de coq) :**

Masses charnues roses ou rouge vif, pédiculées, molles, parfois exubérantes.



- **Verrues de type vulgaire :**

Soit pigmentées soit kératosiques.



- **Condylomes papuleux :**

Lésions papuleuses sessiles multiples.





➤ **Condylomes plans :**

Macules isolées ou en nappes, de couleur rosée ou invisibles à l'œil nu.



• **Aspects cliniques particuliers :**

➤ **Néoplasies intraépithéliales :**

Lésions précancéreuses cutanées ou muqueuses associées aux infections HPV oncogènes 16 et 18, pouvant évoluer vers un carcinome épidermoïde.

Elles peuvent être cervicales +++ [figure ci-dessous], vulvaires, anales ou péniennes et imposent une biopsie au moindre doute.



➤ **Condylome géant (tumeur de Buschke-Lowenstein) :**

Condylome évoluant de façon extensive, infiltrante et exubérante.

Tumeur cliniquement impressionnante mais histologiquement bénigne et ne métastase pas.



➤ **Verrues anogénitales de l'enfant :**

Le plus souvent dues à une contamination manuportée à partir de verrues vulgaires ou de linges contaminés.

Il faut cependant savoir discuter la possibilité de sévices sexuels ...

• **Traitement :**

- Cryothérapie par azote liquide.
- Electrocoagulation sous anesthésie locale.
- Laser CO2.
- Chirurgie (tumeur de Buschke-Lowenstein).
- Podophyllotoxine
- Imiquimod