



**UNIVERSITÉ BADJI MOKHTAR**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

**MODULE D'INFECTIOLOGIE**

**4<sup>ÈME</sup> ANNÉE DE MÉDECINE**



# **Infectons Sexuellement Transmissibles : IST**

**Z. BOUDIAF**

**Maitre de conférences B en Infectiologie**

**Email : [zboudiaf21@yahoo.fr](mailto:zboudiaf21@yahoo.fr)**

# Objectifs

- **Diagnostiquer et traiter**
  - une gonococcie,
  - une chlamydie,
  - une infection à *Trichomonas vaginalis*
  - une syphilis récente et tardive
  - une infection génitale à HPV
- **Connaitre les principes de la prévention et des IST**

# Définition

- Toute infection transmise de façon exclusive ou non par voie sexuelle (au cours des rapports sexuels) responsable d'une infection focale (OGE) ou générale.
- **La transmission se fait par voie sexuelle, lors des rapports sexuels.**
  - génito-génital
  - Oro - génital
  - génito-rectal
  - Homo, bi ou hétérosexuel
- **Aujourd'hui : I.S.T. (infections sexuellement transmissibles).**
- **Certaines IST transmissibles par voie sanguine et/ ou de la mère à l'enfant.**

# INTRODUCTION

- Problème de santé publique majeur partout dans le monde.
- Incidence annuelle mondiale : 330 millions de cas (OMS) avec de grande variation suivant les pays
- Incidence des IST aiguës élevée.
  - **Méconnaissance du diagnostic + absence de traitement = complications et séquelles graves** : Infécondité, grossesse extra-utérine, cancer ano-génital...
- Forte corrélation entre propagation des **IST** et transmission du **VIH**.
- Prise en charge : traitement des personnes présentant un syndrome lié à une IST ou ayant eu un test positif pour une ou plusieurs de ces infections.

## II. Situation épidémiologique :

### II.1. Dans le monde :

Dans tous les pays du monde, les IST sont **en pleine recrudescence**, comme en témoignent les chiffres récents de l'OMS (2019) :

- **Chaque jour, plus d'un million de personnes contractent une IST.**
- On estime que **tous les ans, 357 millions de personnes contractent l'une des 4 IST suivantes** : Trichomonase (143 millions), Chlamydieuse (131 millions), gonorrhée (78 millions) et la syphilis (5,1 millions),
- Plus de 500 millions de personnes sont atteintes du virus de l'Herpès génital (VHS2),
- Plus de 290 millions de femmes souffrent d'une infection à papilloma virus humain,
- Plus de 900.000 femmes enceintes ont été infectées par la syphilis en 2012, ce qui a provoqué des complications dans 350.000 cas pouvant aller jusqu'à des mortinaissances,
- **Certaines IST comme la syphilis et l'herpès peuvent multiplier par 3 le risque de contracter le VIH,**
- **Dans la plupart des cas, les IST sont asymptomatiques ou s'accompagnent de symptômes bénins qui ne sont pas reconnus comme ceux d'une IST.**

## II. Situation épidémiologique

### II.2. En Algérie :

- **mal connue** : manque de laboratoires efficaces couvrant toutes les régions du pays et du manque de formation des praticiens dans le domaine des IST.

**De plus, l'enregistrement des cas diagnostiqués n'est pas systématiquement effectué.**

Cependant, la DGPPS/MSPRH dispose des chiffres concernant le VIH, répertoriés par le laboratoire national de référence (LNR), des données de sérologie de la syphilis et de l'infection à VHB, provenant des différents centres de dépistage et éventuellement ceux du VPH.

- Aucune donnée sur les autres IST curables (gonococcie, chlamydie, trichomonase, syphilis au stade primaire ).

# Facteurs de risque

- Le jeune âge (86 % des cas incidents avant 30 ans)
- Sexe féminin
- Précocité du 1er rapport sexuel
- La multiplicité des partenaires,
- La prostitution
- la population carcérale
- Antécédents d'IST
- Infection VIH
- Niveau socio-économique faible.

# Conséquences des IST

Impact important en santé publique : **incidence élevée**, et **complications** si absence de traitement :

- **générales** : autres localisations de la maladie (hépatite, syphilis, HIV)
- **locorégionales** : atteintes tubaires et ovariennes...responsables de stérilité tubaire et de grossesse extra-utérine (chlamydia, gonocoque)
- **Locales** : risque de **contamination** du ou des partenaires (candida, trichomonas, HPV) et **d'évolution vers une lésion précancéreuse ou cancéreuse** papillomavirus (HPV)
- **Transmission verticale materno-foetale** avec atteinte du nouveau-né (chlamydia, gonocoque, HPV, hépatite, HIV).

## **PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE :**

- **Diagnostic étiologique des IST difficile à établir**
- **Pose problèmes de temps, de ressources, augmente le coût et réduit l'accès au traitement.**
- **Sensibilité et Spécificité des tests peuvent varier, diminuant leur fiabilité diagnostiques (PED).**

**Pour surmonter cette difficulté → approche syndromique  
de la prise en charge des patients atteints d'IST.**

# Prise en charge syndromique

Repose sur l'**identification** de groupes cohérents **de symptômes et de signes** faciles à reconnaître

- Diagnostic syndromique : **démarche** scientifique **fondée sur un grand nombre d'études épidémiologiques** dans les pays industrialisés et en développement
- Un diagnostic et un traitement simplifiés permettent au personnel de santé de consacrer plus de temps à l'éducation et au conseil

# Identification des syndromes

Basée sur les symptômes qui amènent le malade à consulter

On distingue alors :

1. Les IST avec **écoulements** (écoulement urétral chez l'homme, écoulement vaginal ou leucorrhée chez la femme),
2. Les IST avec **ulcérations** (syphilis, chancre mou, lymphogranulome vénérien ou maladie de Nicolas Favre, donovanose, herpes génital),
3. Les IST avec **végétations** (condylomes acuminés ,condylomes plans),
4. Les IST avec **douleurs pelviennes** chez la femme (Infections génitales hautes),
5. Les IST **sans atteinte génitales apparente** [infections à VIH ,VHB].

# Étiologie

- Bactéries
- Virus
- Protozoaire
- Ectoparasite
- Agents fongiques

Agent infectieux	Classification	Tableau
<i>Treponema pallidum</i>	Bactérie	Chancre d'inoculation Autre : Cf. texte
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Bactérie	Écoulement, inflammation (urétrite, cervicite, rectite)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Bactérie intracellulaire	
HSV	Virus	Ulcération
HPV	Virus	Condylome Carcinome
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Protozoaire	Vaginose, cervicite, urétrite (essentiellement féminine)

# Les principaux syndrome

# Les principaux syndrome

- Les écoulements génitaux, urétral ou vaginal
- Les ulcérations génitales
- Les infections dues aux papillomavirus humains
- Infection par le VIH, le VHB et autres IST

# Les principaux syndrome

- I. Les écoulements génitaux, urétral ou vaginal
  1. L'infection gonococcique à *Neisseria gonorrhoeae* :
  2. L'Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* ou chlamydie
  3. La trichomonase :

# Infections bactériennes

- Gonococcie

# Gonococcie

- ***Germe en cause:*** Neisseria gonorrhoeae, cocci Gram-
- Occupe le deuxième rang des ITS bactériennes
- La résistance aux antibiotiques et le sérotypage sont actuellement utilisés comme marqueurs pour suivre l'extension de l'épidémie
- **Urétrite : atteinte initiale la plus caractéristique.**
- Les sujets de 15 à 29 ans
- Peut affecter le col de l'utérus, l'urètre, le rectum, la gorge et occasionnellement les yeux
- Souvent co-infection à la chlamydie

## **Transmission :**

- Peut se propager par relation sexuelle orale, vaginale ou anale non protégée
- Nouveau-né : infection oculaire.

# CLINIQUE

**l'urétrite aiguë** chez l'homme

**Incubation** : 4-5 jours silencieuse mais contagieuse

**Début** :

- rougeur du méat urétral,
- légère brûlure à la miction,
- l'écoulement est séreux
- A ce stade le gonocoque peut être isolé.

**Phase d'état** :

- l'écoulement devient purulent, abondant,
- le prépuce est oedématié,
- la miction est douloureuse.

## EVOLUTION

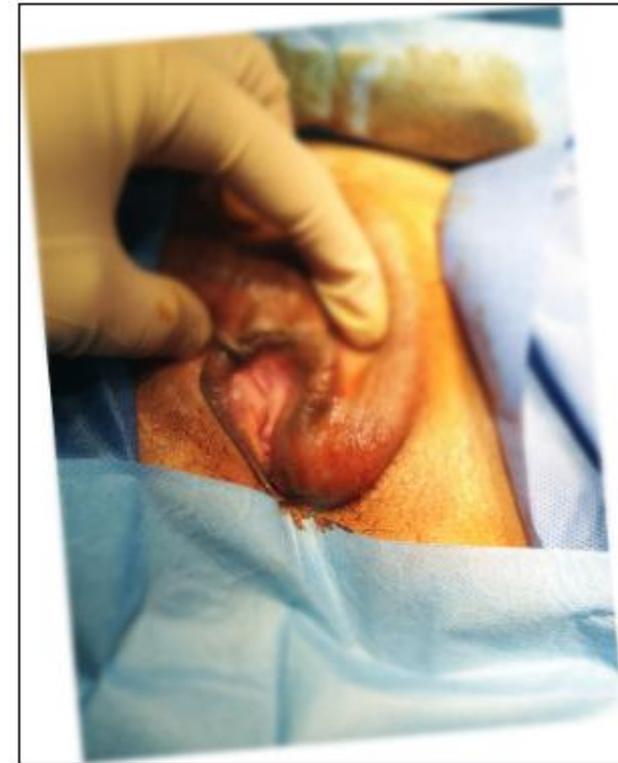
**Non-traité** : l'urétrite va se compliquer d'infection ascendante aiguë puis chronique (prostatite épiddyme ...).



# CLINIQUE

## Chez la femme

- **Cervicite : écoulement purulent**
- **Bartholinite avec ou sans abcès**
- **Salpingite aiguë puis chronique bilatérale entrave le pronostic fonctionnel à l'origine de stérilité.**
- **Pelvipéritonite**



Bartholinite gauche

# Gonococcie

- La gonorrhée est souvent associée à d'autres IST

## Femmes

- Propagation de l'infection à l'utérus et aux trompes de Fallope
- Douleurs pelviennes chroniques
- Infertilité
- Risque de grossesse ectopique
- Infection gonococcique systémique

## Hommes

- Prostatite et orchi-épididymite
- Éruptions, plaies et douleurs articulaires
- Infertilité (dans de rares cas)
- Infection gonococcique systémique

# COMPLICATIONS

## Syndrome de Fitz Hugh Curtis

### ■ Tableau douloureux de l'HPD

l'échotomographie hépato biliaire montre l'absence de lithiase vésiculaire et une inflammation de la capsule hépatique.

- **Articulaires**

atteinte mono-articulaire aiguë, touchant le genou, arthrite septique (on peut isoler le gonocoque).

- **Septicémique**

- **Oculaires** : Nné passage de la filière pelvienne=  
conjonctivite

## **DIAGNOSTIC**

- **Il est bactériologique prélèvement urétral ou vaginal ou anal**

# TRAITEMENT

- **Plusieurs schémas thérapeutiques sont proposés** **risque résistance**
- **Urétrite aiguë :**
  - pénicilline G -2-4 MU/j IM associée pendant 10 jours.
  - Traitement minute : 3 MUI de spiramycine en prise unique.
  - **Ceftriaxone : 500mg inj unique**
  - **Ciprofloxacine cp 500 : dose unique**
- **Infection haute: durée 3 semaines**

# **Infections bactériennes**

- **Infections à chlamydiæ**

# **INFECTIONS A CHLAMYDIAE**

**Les infections à chlamydiae trachomatis sont de plus en plus fréquents posant le problème des urétrites non gonococciques.**

- urétrite aiguë sans pus**
- urétrite subaiguë**
- cystite amicrobienne féminine**
- vulvo-vaginite**
- cervicite**
- salpingite aiguë ou chronique**

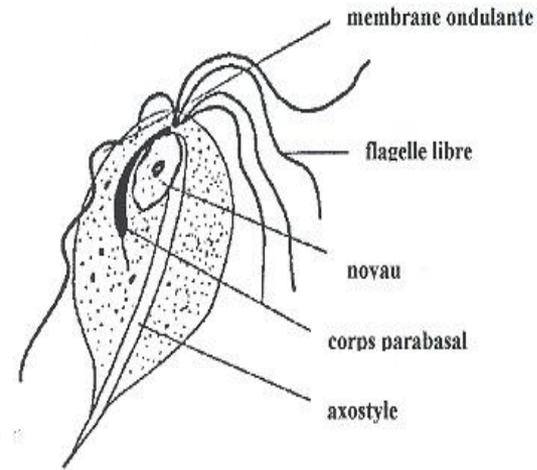
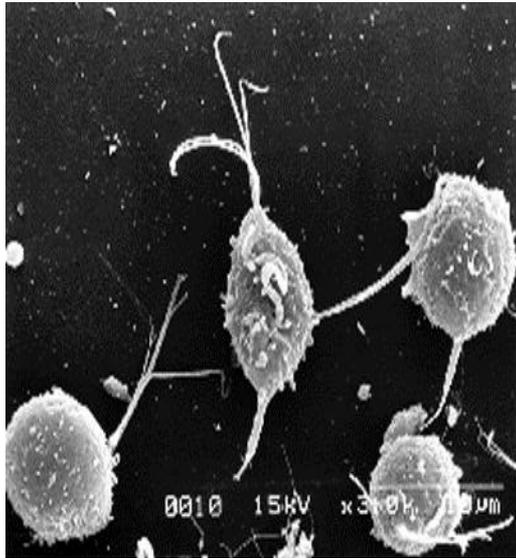
# INFECTIONS A CHLAMYDIAE

- **TRT de 1<sup>ère</sup> intention :**  
**Azythromycine 1g : dose unique**
- **TRT de 2<sup>ème</sup> intention :**  
**Doxycycline : 200mg/j ou**
- Infection basse : 2 semaines
- Infection haute 3 semaines.

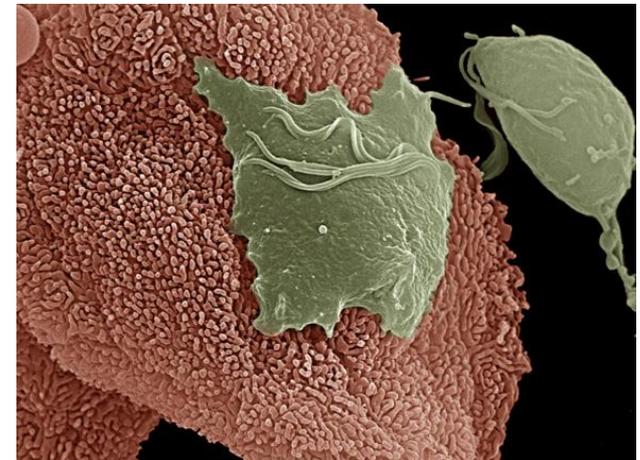
# Infections parasitaires

## Trichomonas vaginalis

# Trichomonas vaginalis



*Trichomonas vaginalis* (trophozoïte 15-20 µm)



# Trichomonase

Infection causée par *Trichomonas vaginalis*, un micro-organisme unicellulaire présent dans l'urètre, la vessie, le vagin, le col de l'utérus ou sous le prépuce.

## Transmission :

- Par les activités sexuelles non protégées, y compris la masturbation mutuelle et le partage de jouets sexuels.

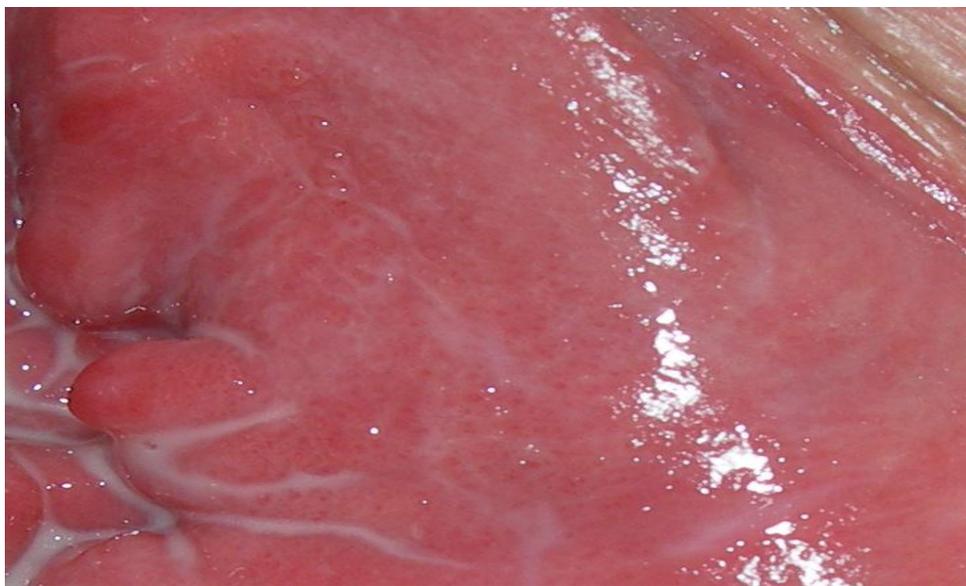
# Aspects cliniques : femmes

**Vaginite « fraise » très évocatrice d'une infection par *Trichomonas vaginalis***

- **Leucorrhées mousseuses et aérées**
- **Dyspareunie très fréquente et parfois sévère :**
  - **D'intromission d'abord (superficielle)**
  - **Puis totale avec parfois arrêt des rapports sexuels**

## **Rarement**

- **Métrorragies : abondance variable du simple spotting à l'hémorragie en nappe**
- **Symptômes urinaires : pseudo-cystite ou cystalgies**
- **Douleurs pelviennes**



# Complications

- **TV ne semble pas jouer de rôle dans les syndromes inflammatoires pelviens, les salpingites ou la stérilité féminine**
- **En revanche, implication probable dans prématurité, infections néo-natales génitales ou respiratoires : très rares**

# Aspects cliniques : l'homme

- **Très souvent asymptomatique (très difficile à préciser mais > 50 %...)**
- **Sinon, urétrite subaiguë ou simple goutte matinale ou gêne urétrale...**
- **Risque de complications : prostatite subaiguë**

# Diagnostic

- Chez la femme, l'examen direct des sécrétions génitales permet de repérer le parasite mobile
- La culture n'apporte généralement rien de plus
- La PCR est nettement supérieure ne sensibilité+++
- Par rapport à la PCR, l'examen direct a une sensibilité de 38 % à 71 %

# Traitement

## Dérivés imidazolés :

### □ TRT de 1<sup>ère</sup> intention

#### – métronidazole per os :

- 2g en 1 prise ou
- 1g : jour x 7 jours
- Résistance : au moins 5 % : doubler la dose quotidienne et cures longues : plusieurs semaines (risque de toxicité)

#### – tinidazole per os :

- 2 g en 1 prise per os

### □ TRT de 2<sup>ème</sup> intention :

#### – - métronidazole per os :

- 2g pendant 7 jours

**Le traitement systématique du partenaire sexuel est obligatoire+++**

# Les principaux syndrome

## II. Les ulcérations génitales

**1. Le chancre syphilitique**

**2. Le chancre mou**

**3. La Donovanose**

**4. La lymphogranulomatose vénérienne ou maladie de Nicolas et Favre**

**5. L'herpès génital**

# Infections bactériennes

## • Syphilis

# *Treponema pallidum*

- Famille des *spirochaetaceae*, genre *Borrelia*, *Leptospira* et *Treponema*
- 4 sous-espèces de *T.pallidum* → différentes pathologies
  - *T. pallidum subsp. pallidum* → syphilis
  - *T. pallidum subsp. pertenue* → pian
  - *T. pallidum subsp. endemicum* → bejel
  - *T. pallidum subsp. carateum* → pinta ou carate  
(tréponématoses endémiques)
- Aucun tréponème n'a été cultivé in vitro

# SYPHILIS

- bactérienne
- Due à un spirochètes , Tréponéma-pallidum
- Cosmopolite
- Fréquente
- DO
- Maladie systémique
- **DIAGNOSTIC:** les sérologies posent des problèmes de faux positifs et de réactions croisées avec d'autres tréponèmes.
- **Gravité :** syphilis tertiaire et syphilis congénitale.
- **Evolution :** Phases :I-II-III  
Congénitale

# Syphilis

- Syphilis = tréponématose vénérienne  
*Tréponéma Pallidum*

## Transmission:

- **Par relation sexuelle** orale, vaginale ou anale avec un partenaire infecté
- **Par contact direct** avec les bactéries contenues dans les plaies ou les éruptions syphilitiques
- **Dans de rares cas** : aiguilles souillées et transfusion sanguine
- **Verticale** : syphilis congénitale

# Syphilis

## Syphilis primaire

- **Incubation** : trois jours à trois mois
- **Le chancre** : non douloureux et peut facilement passer inaperçu, disparaît même sans traitement et l'infection demeure.
- **Localisation du Chancre** : **Chancre : génital dans 95%**
  - Chez L'homme: Sillon Balano-préputial, Fourreau, Méat ...
  - Chez la femme, souvent méconnu : vulvaire, vaginal (rare), col utérin
- **Extra génitaux** : labiaux, linguaux, amygdaliens, marge anale, canal anal, rectal ...

# Syphilis

## Syphilis primaire

- **Caractéristiques cliniques du chancre :**
  - ✓ Indolore
  - ✓ Aphlégmatisique
  - ✓ Bien circonscrit de 5-20 mm de diamètre, à limite nette, sans relief
  - ✓ Surface propre rose jambon
  - ✓ Base est indurée.

# Syphilis

- L'adénopathie satellite :

- ✓ 5-6ème jour du chancre
- ✓ homolatérale
- ✓ bilatérale si chancre médian
- ✓ composée de 3 à 5 ganglions indolores
- ✓ fermes, mobiles, non inflammatoires
- ✓ persiste plus longtemps que le chancre

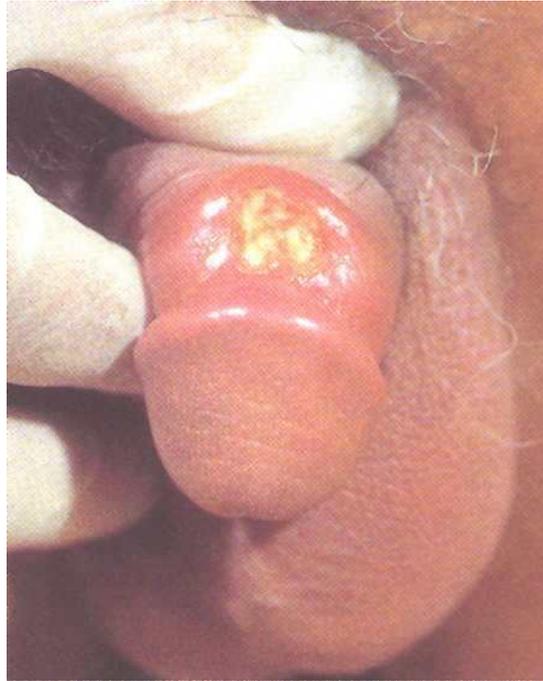
# Evolution

**-Sans traitement : caractères du chancre restent stables 3 -5 semaines puis le chancre se cicatrise mais l'induration et l'adénopathie persistent plus longtemps puis disparaissent en 2 à 3 mois.**

**-Sous traitement : les lésions sont stériles rapidement en quelques jours, les lésions disparaissent en 3-4 semaines.**

# Chancre Syphilitique

## Localisation génitale



# Chancre Syphilitique

## Localisation extra génitale



# Syphilis

**Syphilis secondaire :** Apparaît 2 mois à 4 ans après une syphilis primaire non ou mal traitée

le polymorphisme clinique et la contagiosité importante en font toute la gravité.

Les différents syndromes sont soit associés soit isolés.

## **1- Syndrome pseudo-grippal**

se manifeste par une symptomatologie banale faite de pharyngite, catarrhe occulo-nasal, arthralgies, fièvre.

La persistance des signes attire l'attention devant des facteurs de risque sexuel.

# Syphilis

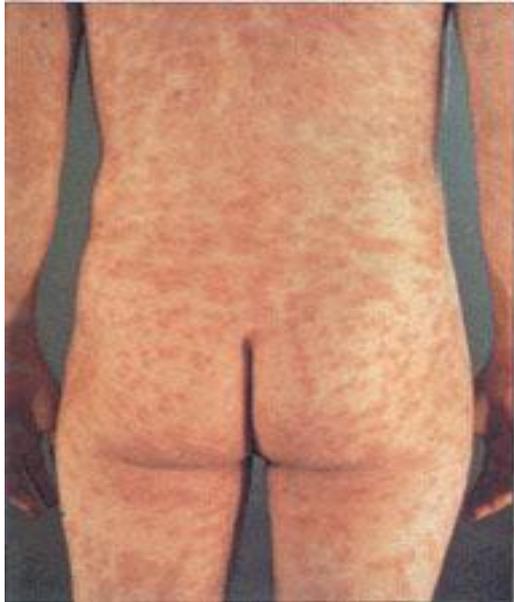
## 2- Syndrome éruptif

- **Roséole** : macules rose pâle, mal visibles, arrondies ou ovalaires, du tronc et de la racine des membres, à bord régulier, de couleur rose pâle, séparées par des intervalles de peau saine, sans desquamation ni prurit

### Papulose :

faite d'éléments papulo-squameux rouge cuivré à base indurée prédominant autour des orifices de la paume des mains, la plante des pieds où elles sont hautement évocatrices.

Ces lésions disparaissent spontanément en 1-2 mois.





# Syphilis

## Syphilis secondaire :

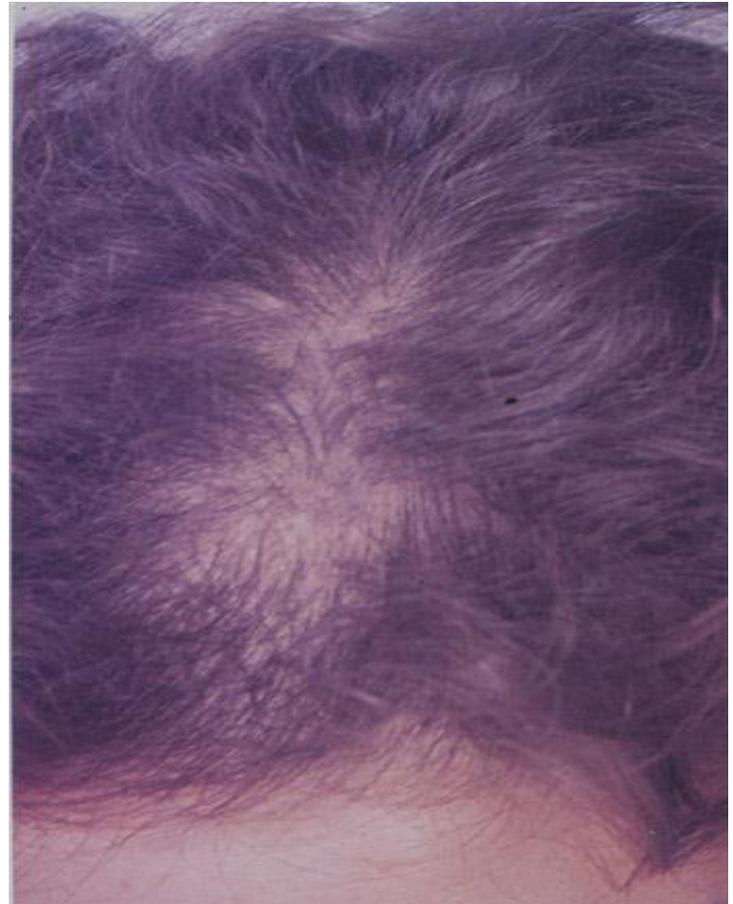
- **Atteinte muqueuse : lésions érythémateuses**, très contagieuse localisées au niveau des muqueuses buccale ou génitale : angine, laryngite, plaques muqueuses souvent érosives ou fissuraires



# Syphilis

Syphilis secondaire :

**-3- syndrome phanérien :** surtout alopecie, dépilation des sourcils et de la barbe, onyxis, périonyxis



# Syphilis

## Syphilis latente précoce

**Souvent asymptomatique, mais la première année, les lésions ou les éruptions de syphilis primaire ou secondaire peuvent réapparaître et l'infection peut être transmise**

# Syphilis

## syphilis tertiaire :

- manifestations viscérales de la syphilis tardive
- jusqu'à 30 après la primo-infection
- associe à des degrés divers des lésions cutané-muqueuses, cardio-vasculaires (aortite, anévrismes), neurologiques (tabès, paralysie générale), osseuses
- lésions souvent granulomateuses, associent destruction et sclérose évoquant plus une réaction d'hypersensibilité retardée et non contagieuse qui peut comporter :
  - **gomme** : induration de 2 à 3 cm, indolente sans ADP (4 stades : crudité, ramollissement, ulcération, cicatrisation)
  - **la syphilis cardiovasculaire** : se manifeste par une aortite avec ou sans insuffisance valvulaire ou anévrisme survenant chez 20% des malades non traités

# Unprotected Syphilis...

It's the only disease to cross the  
the blood-brain barrier  
and attack your brain!

Get tested  
and treated  
before it's too late!

For more information, please contact:  
The National Center for HIV/AIDS, Dermatology  
and STD Prevention  
1601 Clifton Road, NE  
Atlanta, GA 30333  
800-458-5231

# Late syphilis - ulcerating gumma



# Syphilis

## la syphilis congénitale

**La syphilis congénitale : transmise par la mère en phase I ou II à partir du 4<sup>ème</sup> mois de la grossesse**

**Consequences : mort in utéro**  
**Nné : syphilis I ou II**

# DIAGNOSTIC

## Positif

**Phase pré-sérologique** : la sérologie est négative les 10 premiers jours.

Diagnostic est clinique – bactériologique?

au-delà la sérologie se positive.

- **Tests de dépistage** se positives à partir du **15 jours** : VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)
  - réaction non spécifique utilisant le cardiolipide
  - *un bon marqueur d'efficacité thérapeutique ou de recontamination*
  - faux positifs (lèpre, LED, grossesse, toxicomanie)
- **Tests de certitude** se positives à partir du **10 jours** :
  - **TPHA** : (Treponema Pallidum Hemagglutination Assay),
  - **FTA test** (Fluorescent Treponemal Antibody test-absorbed)
  - **et le test de Nelson** : réservé aux diagnostics difficiles

## TEST NON SPÉCIFIQUE

Tests sérologiques	Syphilis primaire (délai de positivation par rapport au chancre)	Syphilis secondaire	Syphilis tertiaire	Observations
V.D.R.L. (floculation)	10e au 20e j	Toujours positif à titre élevé $\geq 1/8e$	$\pm$ fluctuant titres faibles	- Simple, rapide, économique - Intérêt évolutif. - Faux positif.+++
Le plus couramment employé aujourd'hui				

## TESTS SPÉCIFIQUES

Nelson  (Test d'immobilisation des tréponèmes vivants) Positivité $\geq 50\%$	20e au 30e j	+	+	- Test de référence  - Spécificité ++ - Technique complexe, coûteuse
TPHA (hémagglutination)	12e au 15e j	+	+	- Simple - Economique - Spécificité ++
FTA absorbé (Immuno- fluorescence)	7e au 10e j	+	+	- Technique complexe - Sensibilité +++ - Faux positif +
- IgM FTA absorbé - SPHA (Détection des IgM spécifiques)	5e au 8e j	+	-	- Non en première intention - de peu d'intérêt clinique - Faux négatifs si titre d'IgG élevé

## Type

## Interprétation

TPHA-  
VDRL-

- absence de tréponématose
- tréponématose très récente
- tréponématose guérie (traitée précocement)

TPHA+  
VDRL+

- tréponématose non traitée ou non guérie  
(syphilis évolutive ou latente ou cicatrice)

TPHA-  
VDRL+

- faux +
- syphilis très précoce (1ers jours du chancre)

TPHA+  
VDRL-

- tréponématose guérie
- tréponématose latente
- syphilis très précoce (1ers jours du chancre)
- syphilis tertiaire très ancienne (rare)
- faux positif (rare)

# DIAGNOSTIC

- **Au total dans la syphilis I :**
  - ✓ phase pré-sérologique : diagnostic clinique
  - ✓ phase sérologique : TPHA, FTA test ,test de Nelson
- **II , III ,congénitale : diagnostic sérologique**
- **Demander test quantitatif :suivi évolutif**

# TRAITEMENT

**Plusieurs schémas thérapeutiques :OMS**

**Syphilis primaire**

**Biclinocilline : 1 MUI/j pendant 10 jours.**

**Benzathine pénicilline 2,4 MUI**

**Contre-indication à la pénicilline : érythromycine**

**25mg/g/j pendant 15 jours.**

# TRAITEMENT

**Syphilis secondaire et tertiaire**

**200.000 UI / Kg /j**

**dose progressive**

# Chancre mou

- *Haemophilus Ducreyi*,
- *incubation : 1 à 5 jours*
- Signes cliniques : débutent par une **papule érythémateuse** ou **pustuleuse** au siège de l'inoculation, suivie du développement d'une ulcération purulente, profonde et douloureuse. Le bord de l'ulcère est érythémateux, non induré.
- **Ulcération**: le plus souvent unique, ovale de 5 mm à 1,5 cm à bords décollés, avec présence d'un double liseré jaune et rouge.
- Le fond est recouvert d'un enduit puriforme, la base est empâtée, non indurée.
- Spontanément indolore, est douloureux à la pression et à la palpation.
- **Siège** : chez l'homme au niveau du sillon balanopréputial.
- Lésions d'auto-inoculation, réalisant des ulcérations multiples, causées par l'infection et siègent en général au niveau des cuisses.
- Adénopathies satellites : toujours présentes, de siège inguinal, et ont un caractère inflammatoire.



# Chancre mou

- Endémique dans régions tropicales et subtropicales, sporadique dans pays développés,
  - Dgc : clinique, **éliminer une syphilis (associée)**,
  - ex direct, culture (difficile).
  - En l'absence de traitement, l'adénopathie va évoluer vers la suppuration et la fistulisation : c'est le bubon chancrelleux.
  - TRT :
    - Ceftriaxone (Rocéphine®) 500 mg IM
    - Ciprofloxacine 500mg x 2 /j po pdt 3 j
    - Erythromycine 500mg x 4/j po pdt 7 j.
    - **Azithromycine (Zithromax®) 1g po**

# MALADIE DE NICHOLAS FAVRE

- **Maladie de Nicholas Favre ou lymphogranulomatose vénérienne est une IST due certains serotypes de Ch. Trachomatis L1-L2-L3), fréquente en zone tropicale.**

# Lymphogranulome vénérien

(Maladie de Nicolas-Favre)



- **Phase primaire :**
- **lésion vésiculaire au début de type herpétique vite rompue laissant place à une petite ulcération indolore à base non indurée**
- **Phase secondaire 2 à 6 semaines après :**
  - **ADP superficielles uni ou bilatérales, douloureuses, inflammatoires (bubon inguinal) → fistulisation**
  - **+/- signes généraux (fièvre, frissons, céphalées, anorexie)**
  - **Évolution : rupture après ramollissement**
- **Phase tertiaire: syndrome ano-génito-crural : rétrécissement rectal, fistule de la verge, éléphantiasis péri scrotal.**
- **Diagnostic :** prélèvement direct pour culture, PCR, Sérologie
- **Traitement :** Doxycycline 100 mg 2fois/jour 21 jours

# Donovanose

- ❑ Maladie courante en zone tropicale = Granulome inguinal
  - ❑ Due à un BGN : Calymmatobactérium Granulomatis
  - ❑ **Incubation** : 7 jours à 6 mois
  - ❑ Ulcération unique ou multiple; indurée, granulomateuse, rouge vif, indolore, saignant au contact
  - ❑ Peut entraîner la formation de pseudobubons
  - ❑ **Complications** : mutilations des organes génitaux externes et des anomalies du drainage lymphatique
- Diagnostic** : frottis (grattage) : Corps de donovan
- Traitement** : Erythromycine 2g/j 21j ou azythromycine 1g/sem pdt 4 semaines  
Doxycycline 100 mg 2 fois/jour 21 jours

# Herpès génital

Infection virale très courante pouvant causer des plaies génitales et anales

- Deux types : Herpès Simplex Virus type II et moins souvent type I
- I.S.T
- Auto-contamination
  
- Éruption unique ou poussées récurrentes

Les poussées récurrentes peuvent être déclenchées par :

- Le cycle menstruel chez la femme
- Le stress émotionnel
- La fièvre...

# Herpès génital

## **Transmission :**

- Par contact sexuel vaginal, oral ou anal direct avec un partenaire infecté
- Par contact buccogénital
- Par excrétion asymptomatique du virus
- D'une femme infectée à son enfant au cours de la grossesse ou de l'accouchement et syndrome malformatif au 1er et au 2ème trimestre
- Et moins fréquemment, il est transmis par des matières infectées — contact avec des objets contaminés comme les serviettes.

Les condoms ont une efficacité limitée quant à la prévention de l'infection étant donné qu'ils ne couvrent pas toute la région génitale.

# Herpès génital

## signes et symptômes :

- Ce ne sont pas toutes les personnes infectées qui développent des symptômes
- Incubation : deux à 21 jours après l'infection (en moyenne six jours)
- Avant une éruption : picotement ou une brûlure à l'endroit où le virus est entré dans la peau en premier ou — dans le cas de poussées récurrentes, où il y a déjà eu des lésions
- Phase éruptive :
  - éruption vésiculeuse type bouton de fièvre
  - vésicules et ulcérations
  - la leucorrhée est un signe d'accompagnement de la maladie.
- Pendant une poussée :
  - ✓ plaies douloureuses (externes ou internes)
  - ✓ inflammation et rougeur
  - ✓ fièvre
  - ✓ douleurs musculaires

# Herpès génital

## Signes et symptômes atypiques (sans lésions)

- Brûlures vulvaires violentes., urétrite, méningite aseptique ou cervicite

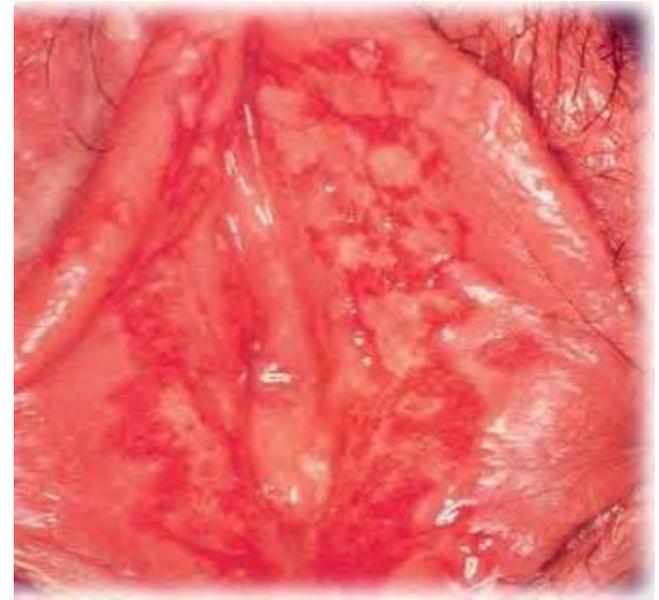
## Complications possibles

- Risque accru de transmission ou d'acquisition du VIH

## Le diagnostic

culture virale sur un prélèvement local, ou examen direct par immuno- fluorescence; En cas de primo- infection la sérologie n'a aucun intérêt.

# Herpès génital



# Les principaux syndrome

## III. Les infections dues aux papillomavirus humains

### 1. asymptomatiques

2. PVH à bas risque (PVH 6 et 11) : condylomes

3. PVH à haut risque (PVH 16 et 18), risque de cancer invasif

# Virus du papillome humain (VPH)

Infection virale très courante pouvant causer des verrues anogénitales et le cancer du col de l'utérus

- Une des infections transmissible sexuellement les plus courantes
- Plus de 100 types de VPH, 40 d'entre eux peuvent causer une infection ano-génitale.
- 75 % de la population adulte aura au moins une infection au VPH au cours de sa vie.

# Virus du papillome humain (VPH)

Infection virale très courante pouvant causer des verrues anogénitales et le cancer du col de l'utérus

- Les types de VPH à faible risque, PVH 6 et 11, causent des **verrues ano-génitales et d'autres** lésions bénignes (Ce sont des tumeurs épithéliales bénignes )
- Les types à risque élevé, les PVH 16 et 18 sont associés au **cancer** (du col de l'utérus principalement).
- La vaccination est disponible pour prévenir certains types de VPH.
- La plupart des infections au VPH disparaissent d'elles-mêmes dans l'intervalle d'un an ou deux.

# Virus du papillome humain (VPH)

## Transmission :

- Par contact sexuel direct , principalement par relation sexuelle vaginale et anale, mais une relation sexuelle orale présente aussi un risque.
- À un enfant durant l'accouchement (rare)

# Virus du papillome humain (VPH)

## Signes et symptômes :

- Portage de VPH à faible risque = Asymptomatique
- **Verrues anogénitales** après incubation de 1 à 8 mois (sur la vulve, le col de l'utérus, le pénis, le scrotum, l'anus ou dans l'urètre).
- Ces excroissances peuvent être petites, molles, de couleur chair et avoir une apparence semblable à un petit chou-fleur (crêtes de coq)
- Taille et nombre : peuvent changer au fil du temps, mais la plupart des verrues finiront par disparaître
- Durant la grossesse, les verrues peuvent augmenter en taille et en nombre puis régresser/se résorber après l'accouchement.

## D'autres symptômes peuvent comprendre :

- Démangeaison
- Inconfort pendant les relations sexuelles
- Saignement pendant les relations sexuelles

# Virus du papillome humain (VPH)

## Complications possibles

- Réapparitions de verrues génitales courantes même avec un traitement
- Cancers du col de l'utérus, de la vulve, du vagin, de l'anus, du pénis ...
- Obstruction de l'urètre ou de l'ouverture vaginale
- Dépression et dysfonction sexuelle dans les cas chroniques

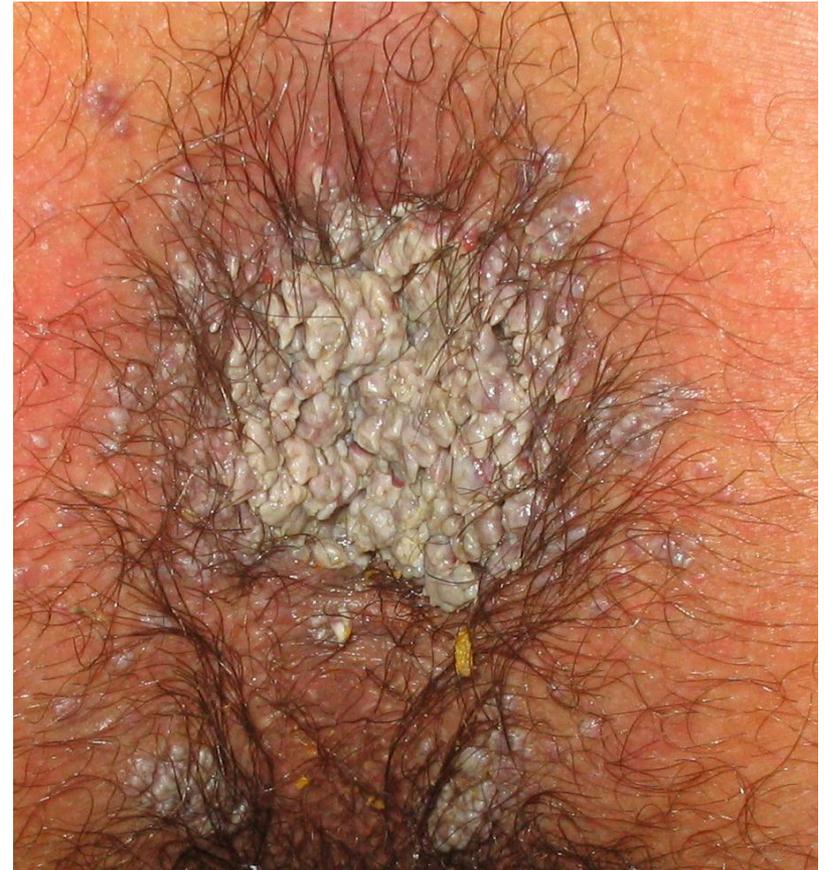
## Éléments à considérer

- L'orientation vers un spécialiste est requise pour les verrues atypiques et/ou qui ne sont pas en voie de cicatrisation.
- La consultation peut être utile pour aborder les questions relationnelles pouvant se présenter en raison de la nature complexe de l'infection.

# Végétations vénériennes



# Condylomes acuminés chez un sujet VIH +



## Condylomes acuminés chez immunocompétent



# Condylomes acuminés



**. Infection par**

**Le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)**

**Le VHB**

**et autres IST**

# Traitement

- pas de traitement spécifique des infections à PVH, intérêt du dépistage et du traitement des lésions précancéreuses, en particulier du col utérin.
- Le traitement des végétations vénériennes comporte :
  - la désinfection locale,
  - l'application prudente d'une préparation à base de podophyllotoxine à 0,5% en cas de petits condylomes des organes génitaux externes, de l'anus et du vagin
  - Si la lésion fait plus de 3 cm sur la cryothérapie, l'électrocoagulation ou l'excision chirurgicale.

**Prévention : vaccination.**

**L'objectif principal de la vaccination est la prévention du cancer du col de l'utérus**

# PREVENTION

- **Modification du comportement sexuel par la diminution du nombre de partenaires ?**
- **Préservatif : reste la protection la plus efficace.**
- **Traitement des partenaires**
- **Dépistage et traitement précoce des personnes infectées et des partenaires.**

# CONCLUSION

- **IST : fréquentes**
- **Problème de santé publique**
- **Libération des mœurs**
- **Étiologies les plus fréquentes : bactériennes mais certaines étiologies virales sont graves et génératrices de néoplasies**
- **diagnostic précoce +++ éviter les complications**
- **Prévention essentielle, préservatif +++++**