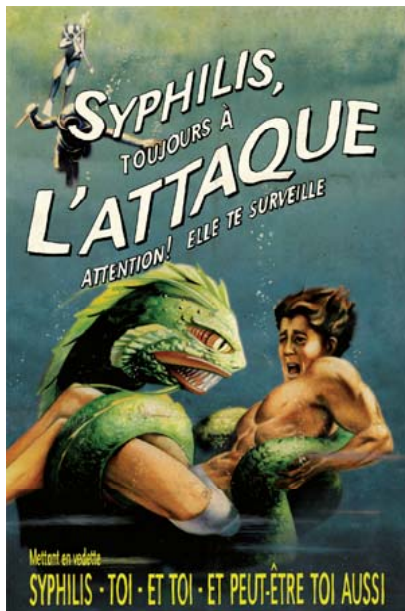


Sea, sex and sun in Avesnois.

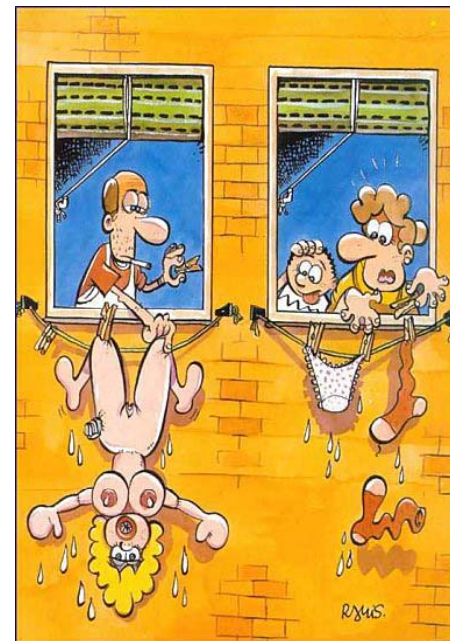


LA VRAIE VIE...

De la Clinique...



...A la prévention.



CAS CLINIQUE 1: BACK FROM USSR...

Un jeune homme de 24 ans consulte pour l'apparition brutale d'un écoulement purulent jaunâtre et brûlures mictionnelles.

Cinq jours auparavant, à l'occasion d'un déplacement professionnel à Moscou, il est tombé sous le charme d'une hôtesse de bar avec qui il a passé un « moment ». Tout ça est brumeux, la vodka a coulé à flot, mais il se souvient que l'hôtesse était top!

- ✓ Rapport sexuel non protégé,
- ✓ Délai d'incubation court,
- ✓ Symptomatologie d'urétrite

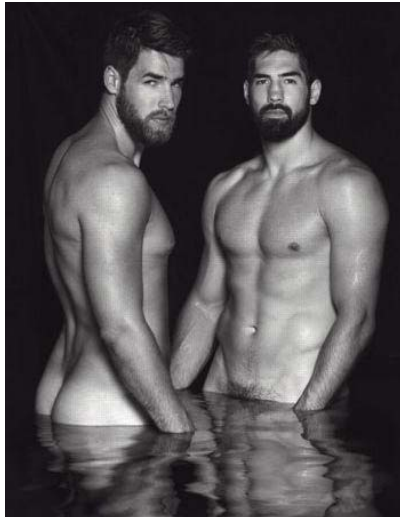


Quel diagnostic évoquez-vous et sur quels arguments?

Une urétrite évoquant une gonococcie

CAS CLINIQUE 2: ADAM NE SE LA PÈTE PLUS!

Un jeune candidat de *The Voice*, revient voir ses parents à Maubeuge.



- ✓ ATCD d'IST,
- ✓ Rapport sexuel non protégé,
- ✓ Ulcération génitale:
 - Indolore, unique,
 - Base indurée, limites nettes
 - Adénopathie satellite indolore

La vie parisienne underground est très active et pleine de surprise. En parlant de surprise, il constate comme qui dirait une anomalie relativement mal placée et indolore, qu'il vous montre....

Quel diagnostic évoquez-vous et sur quels arguments?

Un chancre syphilitique

CAS CLINIQUE 3: LA POSSIBILITÉ D'UNE ÎLE.

Michel. C... vie entre la métropole (Louvroil) et la Martinique. Il est pacsé avec Jean-Claude. R martiniquais jovial. Ils sont très heureux. Depuis 3 semaines, Michel se plaint de ténesme, il est fébrile, patraque. Il présente quelques ganglions inguinaux plutôt à droite et douloureux. Il y à 6 semaines, il se souvient d'avoir remarqué la présence d'une petite érosion sur le fourreau, indolore et qui a rapidement disparu.



- ✓ Phase I il y a 6 semaines,
- ✓ Phase II en cours:
 - Adénopathies inflammatoires,
 - Anorectite et signes généraux

Quel diagnostic évoquez-vous et sur quels arguments?

Une ano-rectite dans le cadre d'une maladie de Nicolas Favre (LGV)

CAS CLINIQUE 4: C'EST PAS TOUJOURS LE TOP.

Laetitia, élève infirmière (3^e année à l'IFSI de Maubeuge), paye ses études en mettant en valeur quelques cm² de tissus.

Elle tombe follement amoureuse du photographe à l'issue de son premier défilé...

- ✓ Clinique bruyante,
- ✓ Vésicules, érosions,
- ✓ Atteinte génitale

Le deuxième défilé est assez compromis, Laetitia vient vous voir pour des douleurs précédées de sentiments de cuisson au niveau vulvaire 7 jours après une nuit éprouvante... C'est la première fois que ça lui arrive (les douleurs).

Quel diagnostic évoquez-vous et sur quels arguments?

Un herpes génital (HSV-2): primo infection



CAS CLINIQUE 5: LE REGIME CRÊTOIS.

Cécile. Du..ot, adepte du bio et du zadisme, revient sur Limon-Fontaine, après un centre aéré de 3 mois près d'un projet de barrage. L'ambiance était festive, un peu moins sur la fin. Cécile après des échanges féconds sur un monde meilleur pendant son stage, remarque des excroissances douteuses au niveau de l'origine du monde justement...



Quel diagnostic évoquez-vous et sur quels arguments?

Papillomavirose: condylomes acuminés

- ✓ Incubation, 1 mois-1 an,
- ✓ Diagnostic facile,
- ✓ IST la plus fréquente (3-5% de la population)

1. RAPPELS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

- ◆ 250 millions d'IST/an dans le monde (OMS),
- ◆ Par ordre de fréquence:
 - ✓ Gonococcie,
 - ✓ Syphilis,
 - ✓ Chlamydie,
 - ✓ Herpes génital,
 - ✓ Papillomavirose
- ◆ Ré-ascension des IST chez les homosexuels (relâchement des précautions)

2. LA GONOCOCCIE

2.1. Données cliniques:

- ◆ 60 millions de cas/an dans le monde (OMS),
- ◆ Augmentation de l'incidence en France depuis 1998,
- ◆ 10 hommes/1 femme

Chez l'homme:

- ◆ Urétrite antérieure (chaude pisse, écoulement verdâtre),
- ◆ Orchi-épididymite, prostatite aigue
- ◆ Oropharyngite

Chez la femme:

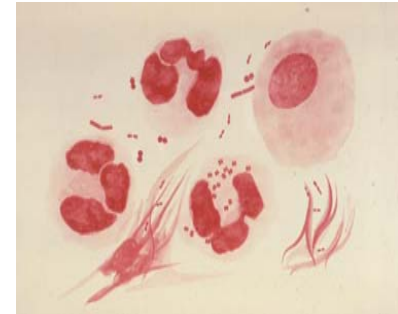
- ◆ Asymptomatique dans 70% des cas,
- ◆ Cervicite,
- ◆ Urétrite,
- ◆ Salpingite

Dans les 2 sexes: gonococcie disséminée

- ◆ T°,
- ◆ Mono ou poly-arthrite,

2.2. Données bactériologiques:

- ◆ Diplocoques gram négatif,
- ◆ Résistance:
 - ✓ 15% pénicilline,
 - ✓ 30% cyclines,
 - ✓ 40% FQ



2.3. Diagnostic bactériologique:

Préalables:

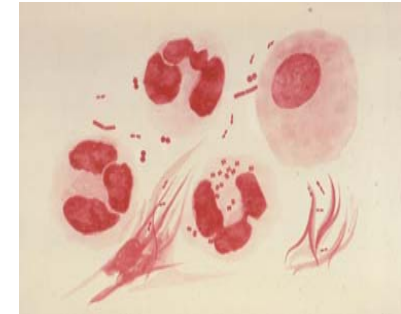
- ◆ Prélèvements faits au labo,
- ◆ Le matin, avant miction ou toilette uro-génitale,

Chez l'homme:

- ◆ Écoulement urétral,
- ◆ Si pas d'écoulement: écouvillonnage endo-urétral

Chez la femme:

- ◆ Sécrétions cervicales,
- ◆ Et/ou écouvillonnage endo-urétral



Examen direct:

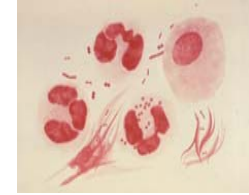
- ◆ Pertinent chez l'homme (grains de café intra-polynucléaires),
- ◆ Inutile chez la femme (cocci G+ flore de Doderlein),

Culture: Pour l'obtention des niveaux de résistance,

La PCR:

- ◆ De plus en plus pratiquée, urines (1° jet),
- ◆ Couplée avec la recherche de *Chlamydia trachomatis*,
- ◆ Ne permet pas l'établissement d'un antibiogramme.

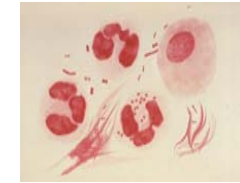
2.4. Le traitement:



| Molécules de choix | |
|-----------------------|---|
| Ceftriaxone | <ul style="list-style-type: none">✓ IM, IV,✓ Aucune souche résistante en France,✓ Traitement monodose |
| Céfixime | <ul style="list-style-type: none">✓ PO,✓ Moins bactéricide/ceftriaxone,✓ Echec thérapeutiques décrits |
| Spectinomicyne | <ul style="list-style-type: none">✓ IM,✓ Pas de résistance,✓ Echecs décrits dans les localisations pharyngées✓ Pas en première intention, si allergie aux BL |

! Co-infection fréquente avec *Chlamydia trachomatis*

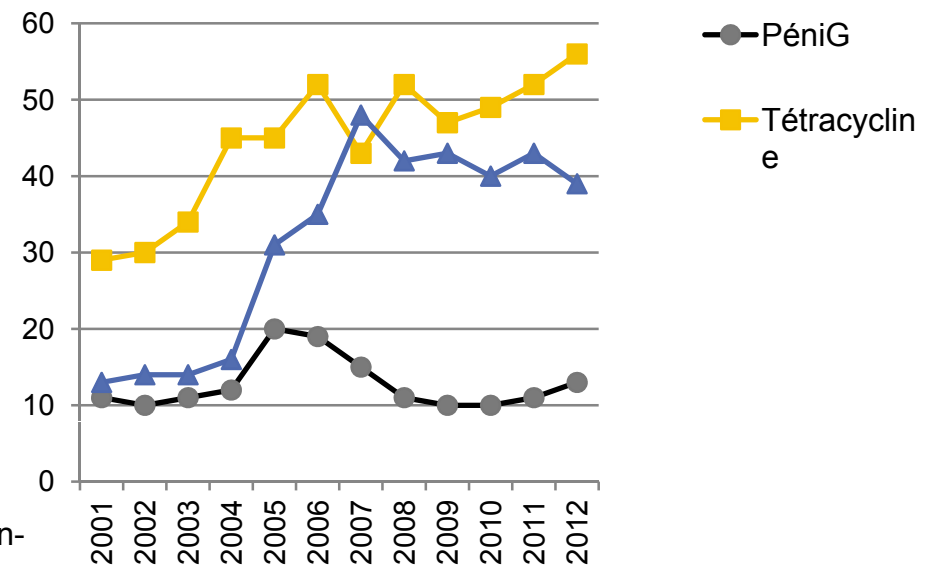
Evolution épidémiologique inquiétante:



Réseaux ResIST et RENAGO¹

- ◆ Augmentation des gonococcies entre 2001 et 2012,
- ◆ 8 649 souches étudiées:
 - Pénicilline-R 13%,
 - Tétracycline 56%,
 - Ciprofloxacine 42%
 - Céfixime: 0,7% (2011)- 3% (2013),
- ◆ La baisse de la sensibilité aux céphalosporines augmente avec l'âge des patients

Evolution de la résistance (%)



1. BEH 5, 4 février 2014, 93-103
2. <http://www.atlantico.fr/decryptage/gonorrhée-est-elle-en-train-redevenir-incurable-stephane-gayet-2513733.html>

Le schéma thérapeutique:

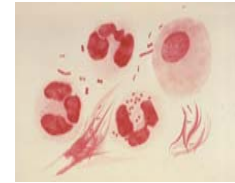
Traitement anti-gonococcique:

- ◆ Rocéphine[®], 500 mg en DU,
- ◆ Trobicine[®], 2g en DU IM,
- ◆ Oroken[®], 400 mg PO en une prise unique.

Traitement anti-*Chlamydia* systématique:

- ◆ Azithromycine (Zythromax[®]), 1g en DU,
- ◆ Doxycycline, 100 mg/12h pendant 7j

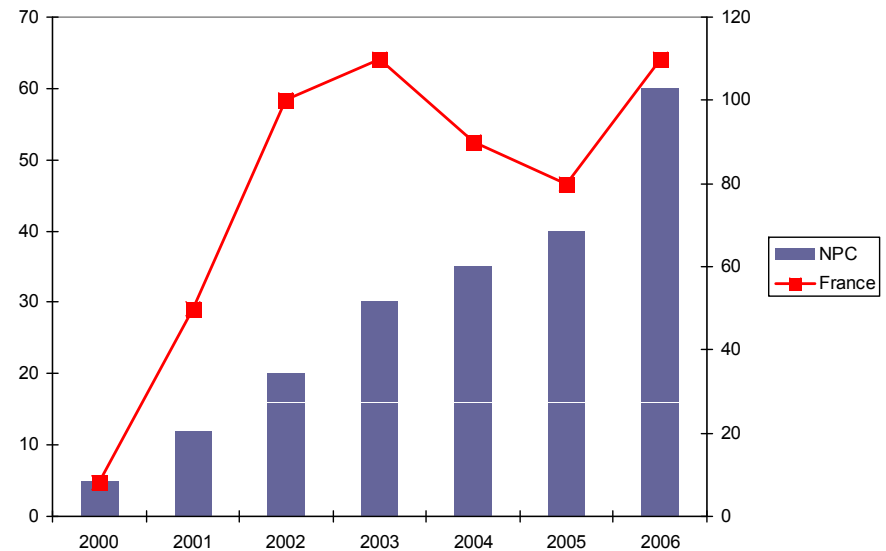
Traitement urgent,
Traitement du(des) partenaires



3. LA SYPHILIS

3.1. Données épidémiologiques régionales

- ✓ Augmentation de l'incidence,
- ✓ Féminisation des cas (hommes 89%, femmes 11%),
- ✓ Age médian 37,5 ans,
- ✓ Contamination homo/bisexuelle pour 88% des cas masculins,
- ✓ Co-infection VIH dans 43% des cas,
- ✓ Nomadisme sexuel dans 70% des cas,
- ✓ Utilisation systématique de préservatif pour seulement:
 - ▶ 2% des rapports oro-génitaux,
 - ▶ 11% des pénétrations vaginales,
 - ▶ 41% des pénétrations anales.



3.2. Données cliniques:

| Stades | |
|----------------------------|---|
| Syphilis primaire | <ul style="list-style-type: none">✓ Incubation: 10-100j✓ Chancre constant base indurée, propre, indolore,✓ Localisations multiples possible,✓ Adénopathie satellite(s) indolore(s) |
| Syphilis secondaire | <ul style="list-style-type: none">✓ Dissémination septicémique de <i>T. pallidum</i>,✓ ≈ 6 semaines après le chancre, ≈ 2 mois après contagé,✓ Symptomatologie riche, «<i>la grande simulatrice</i>»* |
| Syphilis tertiaire | <ul style="list-style-type: none">✓ Manifestation viscérale,✓ Jusqu'à 30 ans après le contagé,✓ Lésions cutanéomuqueuses, cardio-vasculaires, osseuses, hépatiques... |
| Neurosyphilis | <ul style="list-style-type: none">✓ Précoce ou tardive,✓ Symptomatique ou non,✓ Méningite, atteinte paires crâniennes, vasculaire (formes ophtalmiques...) |

- Syphilis précoce: évolution depuis moins d'un an
- Syphilis tardive: évolution depuis plus d'un an

La grande simulatrice

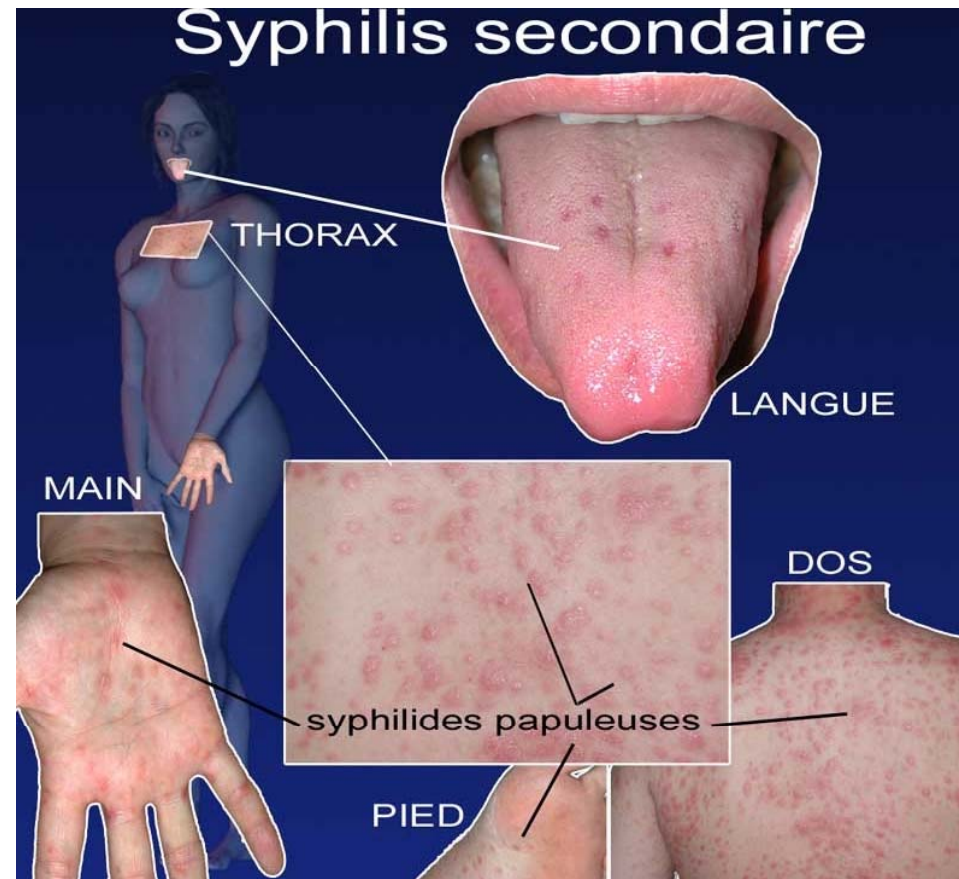
Syphilis secondaire

Manifestations cutanées précoces

Roséole (macules)

Manifestations cutanées tardives

- ✓ Syphilides (pseudo-acnée, pseudo dermatite séborrhéique, pseudo-psoriasis...,
- ✓ lésions palmo-plantaires (papules)



La grande simulatrice

| Syphilis secondaire | |
|---|---|
| Manifestations cutanées précoces | Roséole (macules) |
| Manifestations cutanées tardives | ✓ Syphilides (pseudo-acnée, pseudo dermatite séborrhéique, pseudo-psoriasis...), ✓ lésions palmo-plantaires (papules) |
| Plaques muqueuses | ✓ Buccales (plaques fauchées, pseudo-perlèche) ✓ Génitales (érosives, végétantes), |
| Manifestations générales | ✓ T°, fatigue, ✓ Alopécie, méningite, atteinte paires crânienne, ✓ Uvéite, polyadénopathies, hépatite ✓ Glomérulonéphrite, ostéite, arthrite |

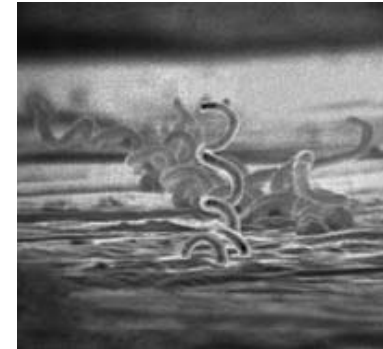
3.3. Diagnostic bactériologique:

Diagnostic direct:

- ◆ Prélèvement sérosités (vaccinostyle), au niveau
 - ✓ du chancre,
 - ✓ Des plaques muqueuses génitales, syphilides, produit de ponction ganglionnaire,
 - ✓ CI sur les lésions buccales
- ◆ Microscope à fond noir: spirochète mobile , *T. pallidum*

Examen sérologique:

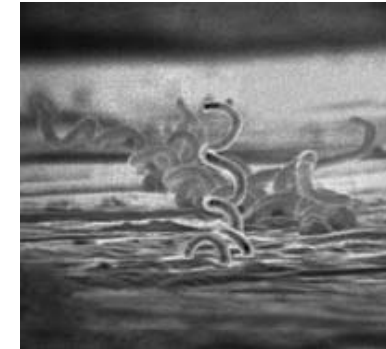
- ◆ VDRL (test non tréponémique),
- ◆ TPHA (test tréponémique),



3.3. Diagnostic bactériologique:

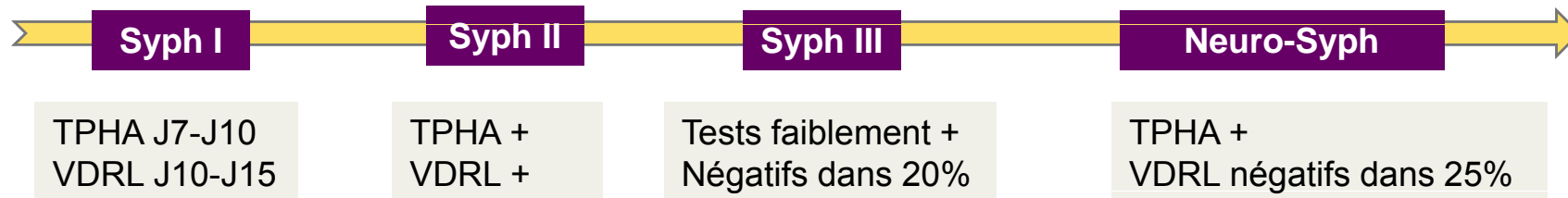
Diagnostic direct:

- ◆ Prélèvement sérosités (vaccinostyle), au niveau
 - ✓ du chancre,
 - ✓ Des plaques muqueuses génitales, syphilides, produit de ponction ganglionnaire,
 - ✓ CI sur les lésions buccales
- ◆ Microscope à fond noir: spirochète mobile , *T. pallidum*



Examen sérologique:

- ◆ VDRL (test non tréponémique),
- ◆ TPHA ((test tréponémique),



Interprétation

| Réactions | Interprétations |
|-----------------------|---|
| TPHA – VDRL- | Absence de tréponématose Syphilis en incubation Syphilis primaire dans 10 premiers jours du chancre |
| TPHA – VDRL++ à+++ | Faux positif |
| TPHA + VDRL- | Syphilis guérie Séquelle sérologique |
| TPHA + VDRL+ à+++ | Syphilis |

3.4. Le schéma thérapeutique:

| Syphilis | Schémas thérapeutiques |
|---------------|--|
| Précoce | <ul style="list-style-type: none">• Sigmacillina (amp 1,2M UI): 2,4M UI en IM• Doxy cp 100 mg: 1-0-1 pendant 14j |
| Tardive | <ul style="list-style-type: none">• Sigmacillina (amp 1,2M UI): 2,4M UI (S1-S2-S3)• Doxy cp 100 mg: 1-0-1 pendant 28j |
| Neurosyphilis | <ul style="list-style-type: none">• Péni G 18-24 M UI/J en 6 injections 14-21J• Rocéphine 2g/j pendant 14j |

4. LA LGV, MALADIE DE NICOLAS FAVRE

4.1. Données bactériologiques

- ✓ *Chlamydia trachomatis*,
- ✓ Transmission strictement inter-humaine,
- ✓ Tropisme pour les épithéliums génitaux et oculaires,

4.2. Données épidémiologiques et cliniques

- ✓ IST très répandue dans les régions tropicales,
- ✓ Recrudescence actuelle chez les VIH+,

- ✓ Incubation:3-30 jours,
- ✓ **Phase I transitoire**: papule non indurée, indolore, rapidement résolutive (génitale, pharyngée ano-rectale). Parfois ano-rectite bruyante (douleur, ténésme, écoulement T°)
- ✓ **Phase II**: Adénopathies indolores puis inflammatoires. Signes généraux, T°, anorexie, arthralgies...

4.3. Diagnostic bactériologique:

PCR:

- ◆ Examen de référence,

Chez l'homme: urines du 1° jet,

Chez la femme: écouvillonnage auto-prélèvement vaginal (voire cervical)

Sérologie:

- ◆ Micro-immunofluorescence (pas ELISA),

- ◆ Indication: infections génitales profondes (épididymites, salpingites, périhépatites, stérilité),

- ◆ Souvent négative dans les urétrites et cervicites non compliquées

4.4. Le schéma thérapeutique:

| Localisations | schémas |
|-----------------------|--|
| Urétrite cervicite | <ul style="list-style-type: none">• Azithromycine (Zythromax®), 1g en DU,• Doxycycline, 100 mg/12h pendant 7j |
| Salpingites aiguës | C2G/C3G + métronidazole + Doxy pendant 21j |
| LGV | Doxycycline, 100 mg/12h pendant 21j |

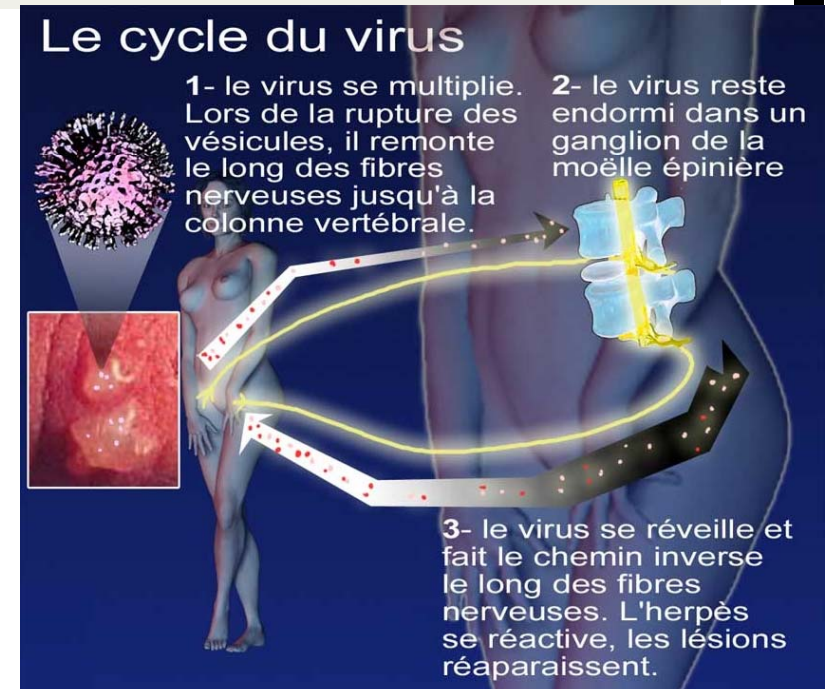
5. L'HERPES GÉNITAL (HSV-2).

5.1. Données épidémiologiques

- ✓ Séro-prévalence de 15-20%,
- ✓ Séro-prévalence de 90% groupes à risque

5.2. Physiopathologie

- ✓ Réservoir humain, transmission pas contact sexuel,
- ✓ Réplication intense lors de la primo-infection (symptomatique-30% des cas),
- ✓ Propagation vers les gg sensitifs et dormance,
- ✓ Récidives (récurrences) avec symptomatologie plus faible que la PI.



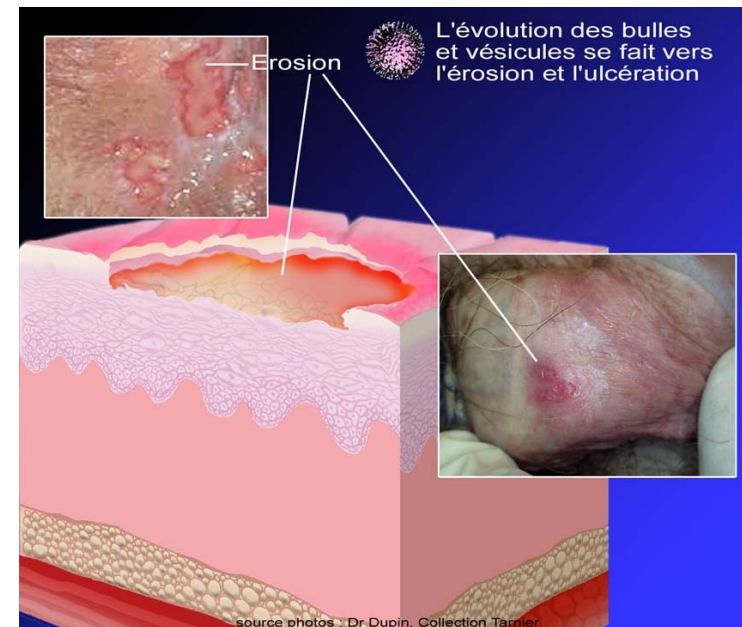
5.3. Signes cliniques:

Primo-infection:

- ◆ Incubation 2-7j,
- ◆ Souvent bruyante, vésicules multiples sur fond érythémateux
- ◆ Souvent T°, malaise, adénopathies, dysurie...
- ◆ Cicatrisation en qq semaines.

Récurrences:

- ◆ Moindre intensité,
- ◆ Prodromes (brûlures, prurit..) puis vésicules en bouquet puis ulcération,
- ◆ Vulvo-vaginite chez la petite fille (HSV-1),
- ◆ Herpès anal et péri-anal



5.4. Diagnostic:

PCR:

- ◆ Vaccinostyle sur les lésions en cas de formes atypiques,
- ◆ PCR rapide et très sensible (90%),
- ◆ Spécificité 100%

5.5. traitement:

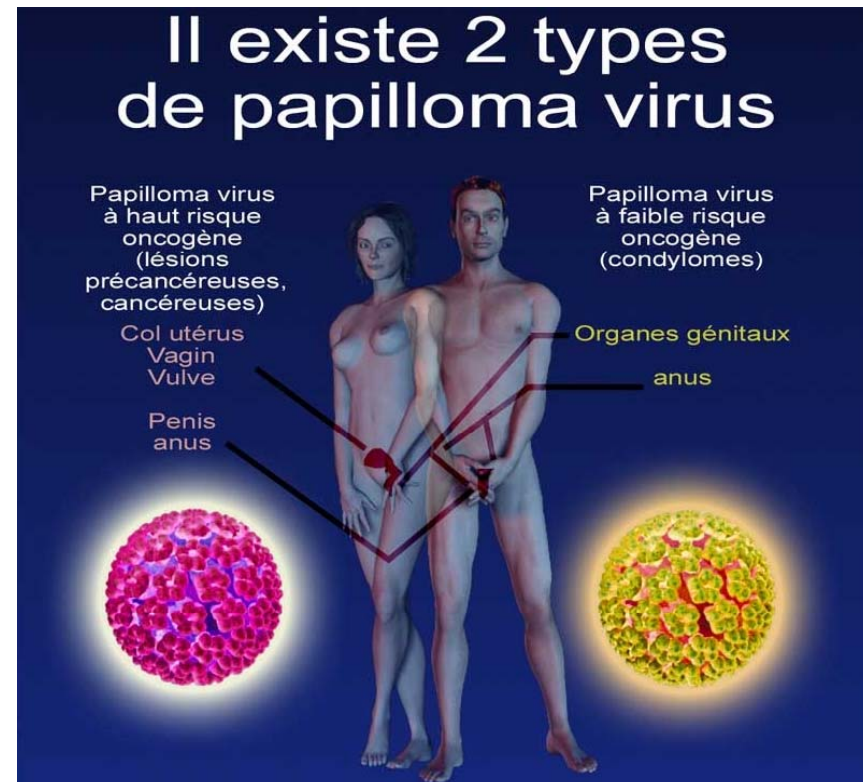
| Indications | DCI | Posologie | Voie | durée |
|-----------------|---------------------------|------------|------|-------|
| Primo-infection | Valaciclovir Cp 500 mg | 500 mg/12H | PO | 10j |
| Récurrence | Valaciclovir Cp 500 mg | 500 mg/12H | PO | 5j |

6. INFECTIONS À PAPILLOMAVIRUS.

6.1. Données épidémiologiques

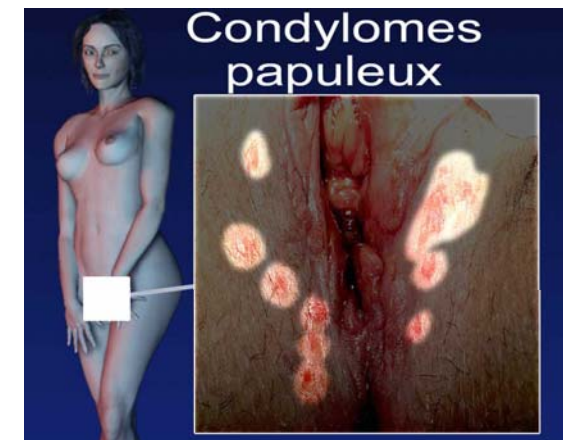
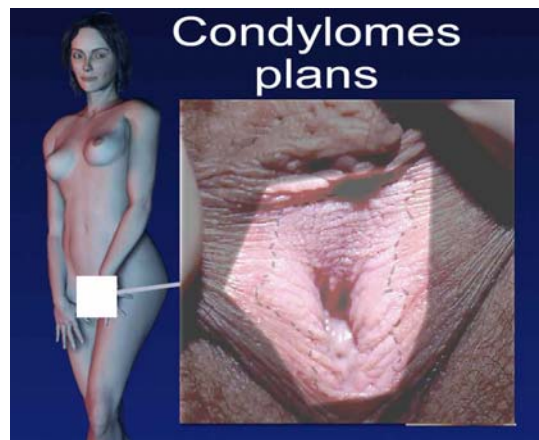
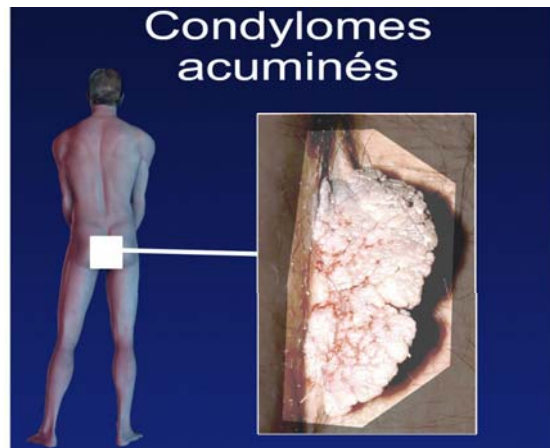
- ✓ Transmission directe par voie sexuelle,
- ✓ IST la plus fréquente,
- ✓ 10-15% de la population présenterait une infection latente.
- ✓ Virus infectant les kératinocytes (HPV),
- ✓ Oncogènes (cancer du col utérin, carcinome anal)

- HPV 16-18 oncogènes,
- HPV 6-11 condylomes



6.2. Données cliniques

- ✓ Condylomes acuminés,
- ✓ Incubation 1-12 mois,,
- ✓ Condylomes externes = faible pouvoir oncogène.
- ✓ Papules multiples proliférant à la surface des muqueuses génitales



6.3. Traitement.

| | DCI | Posologie |
|-------------------------|---|--|
| Chimiques | Podophyllotoxine Ac trichloracétique 80% 5 fluorouracile | Condylline® 0,5% (M-S, 3J/semaines), 4-5 semaines |
| Physiques | Cryothérapie Electrocoagulation Laser CO ₂ Exérèse chirurgicale | |
| Immunomodulateur | Imiquimod | Aldara® 5% crème, 1/J le soir, 3j/semaine , 16 semaines |

MERCI...

