

Infections sexuellement transmissibles (IST) hors VIH

Gonococcie, syphilis, chlamydioses, papillomavirus

Bibliographie

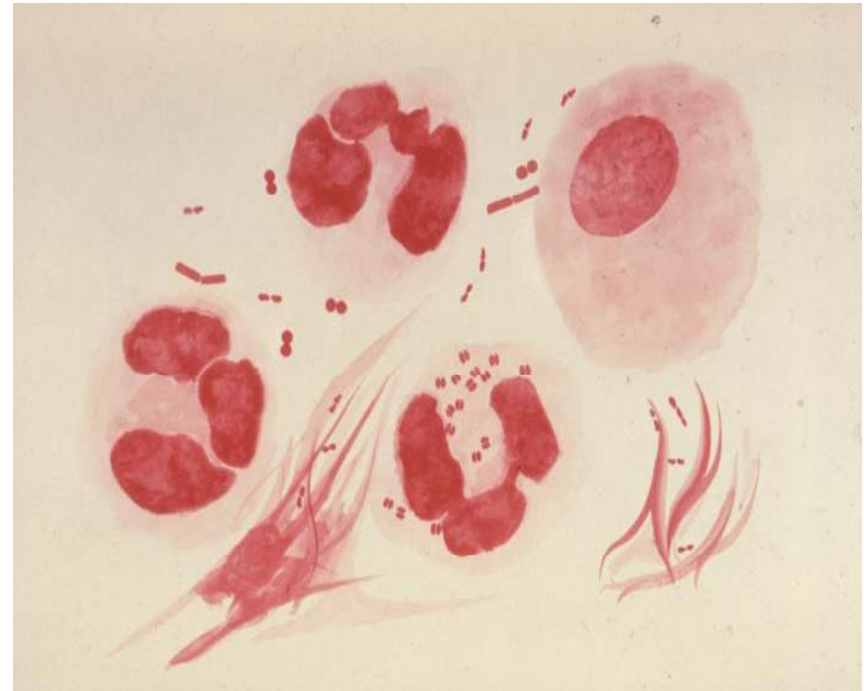
- Maladies infectieuses et tropicales. E.PILLY 20^e édition 2006
- Quelle place pour le vaccin Papillomavirus humain dans la prévention du cancer du col? HAS août 2007

Dr Levent .Équipe opérationnelle en hygiène – Référent en antibiothérapie. Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois. 2008



Infections à gonocoque

1 Agent causal



- ✓ *Neisseria gonorrhoeae* (bactérie à Gram - en forme de diplocoque)
- ✓ Spécifiquement humain



2 Épidémiologie

- ✓ 60 millions de cas mondiaux recensés en 1995
- ✓ En France augmentation de l'incidence depuis 1998
- ✓ 10 hommes/1 femme
- ✓ Homosexuels et bisexuels Parisiens = population à risque
- ✓ progression des gonococcies ano-rectales depuis 1995

3 Clinique

3.1 Chez l'homme

Les manifestations cliniques surviennent après une incubation silencieuse de 2-7 jours

Formes cliniques

L'urétrite antérieure	▪ Brûlures mictionnelles « chaude pisse » ▪ Écoulement urétral purulent verdâtre
Orchi-épididymite	▪ uni ou bilatérale ▪ Pesanteur scrotale, gros épидидyme
Prostatite aigue	▪ Douleurs pelviennes ou périnéales, pollakiurie-dysurie ▪ T°, frissons
Oropharyngite	Symptomatique dans 20% des cas





3.2 Chez la femme

L' infection est asymptomatique dans 70% des cas

Formes cliniques

Cervicite	▪ Forme symptomatique la plus fréquente ▪ col d'aspect inflammatoire, pus provenant de l'orifice cervical
Urétrite	Pollakiurie-dysurie- brûlures mictionnelles
Salpingite	▪ Aigue ou sub-aigue ▪ Risque d'obstruction tubaire inflammatoire



3.3 Dans les deux sexes

Formes cliniques

Gonococcie disséminée	▪ Homosexuels et femmes ▪ T°, arthrites (mono ou polyarthrites), pustules et halo érythémateux (extrémités)
Gonococcie ophtalmique	Conjonctivite, kératite
Chez le nouveau-né	▪ Contamination lors de l'accouchement ▪ Ophtalmie purulente



4 Diagnostic biologique

Prélèvement: Avant émission d'urine ou toilette génito-urinaire.
Écouvillonnage endo-urétral

Examen direct	▪ Mise en évidence de diplocoques gram – en grain de café, intra et extra-cellulaire ▪ Sensibilité proche de 100%
Culture	▪ Culture difficile ▪ obligatoire en cas d'atteinte buccale, , rectale, cervicale, articulaire. ▪ Elle permet l'antibiogramme



5 Traitement

5.1 Généralités:

- ✓ C'est une urgence médicale
- ✓ tenir compte de l'évolution des résistances (en France, 20% pour la pénicilline et les cyclines, >10% pour les FQ)

5.2 Schéma thérapeutique

Urétrites, cervicites	▪ TT minute ▪ Rocéphine® 250 mg en une injection IM unique ▪ Sinon, Oroken PO 400 mg en une prise unique (peu d'études) ▪ ou Trobicine® 2g en IM
Formes compliquées	TT prolongé



Prise en charge complémentaire

-
- ✓ Toujours dépister une autre IST éventuelle (VIH, Syphilis, *chlamydiae*)
 - ✓ Le TT de la gonococcie s'accompagne toujours de celui d'une chlamydiose associée dans 15-40% des cas (Zithromax[®] 1 gramme en une prise PO)
 - ✓ Elle concerne également le(s) partenaire(s) sexuels
-

Cas clinique 1 Back from USSR...

Un jeune homme de 24 ans consulte pour l'apparition brutale d'un écoulement purulent jaunâtre et de 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 une « folle » nuit dont « il ne se souvient plus très bien » car la vodka a coulé à flot ce soir là...

On le comprend...



Quel est votre diagnostic et sur quels éléments?

Urétrite gonococcique d'après:

- Notion de rapport sexuel à risque non protégé
- délai d'incubation de 5 jours
- symptomatologie d'urétrite (brûlures mictionnelles, écoulement jaunâtre..)



L'examen direct du prélèvement urétral retrouve de nombreux cocci Gram négatif. Quel traitement ATB proposez- vous?

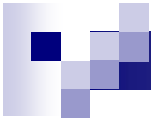
Il s'agit d'une localisation génitale sans autre atteinte clinique:

- Traitement à dose unique
- Rocéphine 250 mg en IM en dose unique + Zithromax ® 1 gramme en une prise PO)

Quels autres examens complémentaires sont nécessaires?

Recherche d'une autre IST:

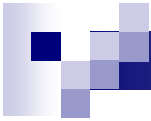
- Sérologies VIH, syphilis, VHB
- Recherche de *Chlamydiae trachomatis* et *Ureaplasma urealyticum* sur le prélèvement urétral



La femme de ce jeune homme, à qui il n'a jamais évoqué « cet incident regrettable », consulte quelques semaines plus tard pour une fièvre, une polyarthrite des poignets, des doigts et des chevilles ainsi que des lésions cutanées.

Quelles sont les hypothèses diagnostiques qui permettent de rattacher cet épisode aux aventures récentes de son mari?

- ✓ Une gonococcémie
- ✓ Une arthrite réactionnelle (infection à *Chlamydiae trachomatis* ou *Ureaplasma urealyticum*)
- ✓ Une syphilis secondaire
- ✓ Une primo-infection à VIH
- ✓ Une Hépatite B



Le bilan infectieux retrouve des cocci Gram négatif à l'examen direct de la ponction articulaire et au prélèvement cervical. Quel traitement proposer?

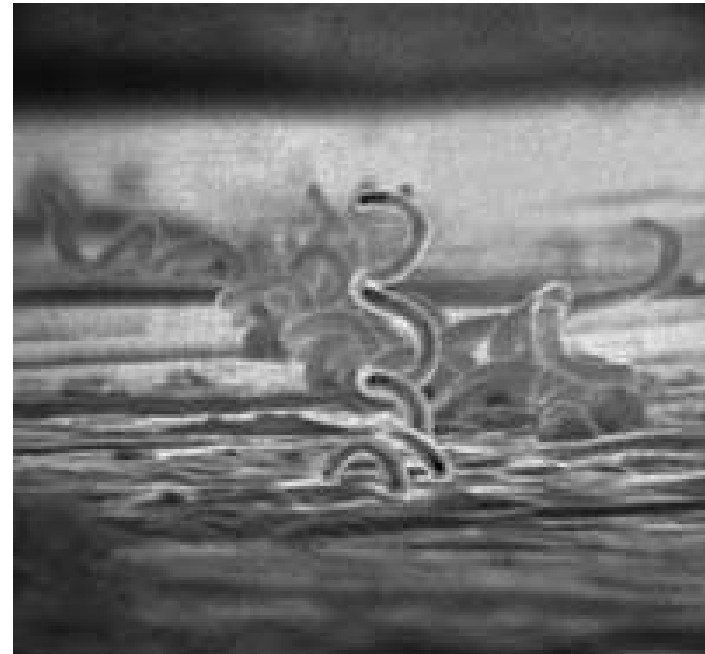
- ✓ Il s'agit d'une gonococcémie (localisations multiples)
- ✓ Rocéphine 1g/j IV ou IM pendant 15 jours
- ✓ Repos et arrêt de travail



La syphilis

1 Agent causal

- ✓ *Treponema pallidum*
- ✓ Spécifiquement humain



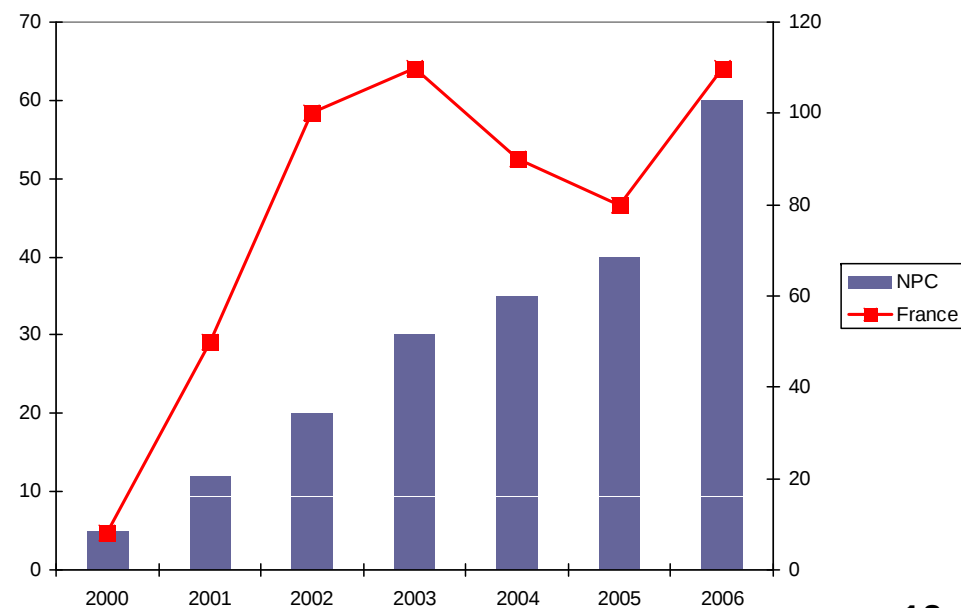


2 Épidémiologie

- ✓ Maladie strictement humaine à transmission vénérienne dans 95% des cas
- ✓ Forme congénitale possible

La syphilis dans le Nord- Pas de Calais

- ✓ 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 Clinique

La syphilis évolue d'une manière chronique marquée par des périodes subaigues entrecoupées d'intervalles asymptomatiques

Syphilis primaire → Secondaire → tertiaire → neurologique

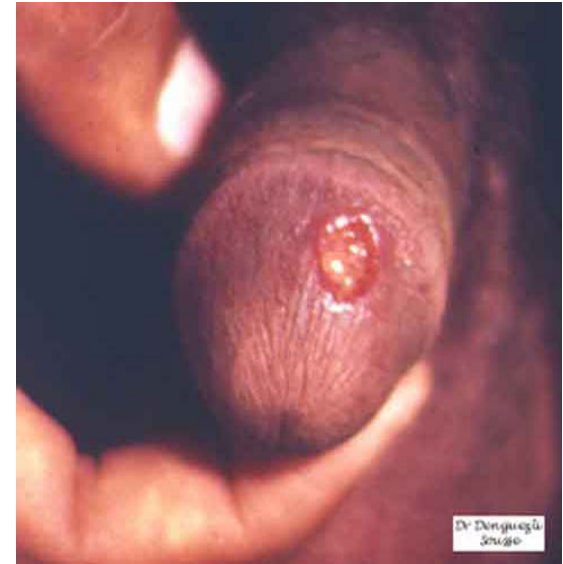
Syphilis précoce	▪ évoluant depuis moins de 1 an ▪ Contagieuse
Syphilis tardive	▪ Evoluant depuis plus de 1 an ▪ non contagieuse

Syphilis primaire

L'incubation est en moyenne de 3 semaines après le contact

Le chancre

- ✓ Ulcération superficielle, indolore, superficiel, limites nettes, à surface propre lisse rosée, reposant sur une base indurée
- ✓ localisation génitale et extragénitale (buccale, anale)
- ✓ cicatrisation spontanée en 3-5 semaines
- ✓ Persistance d'une induration et d'une adénopathie satellite



L'adénopathie satellite

- ✓ Accompagne toujours le chancre
- ✓ inguinale, uni ou bilatérale, froide, indolore sans péri-adénite

Syphilis secondaire

- ✓ Phase de dissémination septicémique de *T.pallidum*
- ✓ Apparaît 6 semaines après le chancre

Manifestations cutanées précoces	Roséole tronculaire (macules non prurigineuses)
Manifestations cutanées tardives	Syphilides (papules squameuses indurées) palmo-plantaires très contagieuses
Plaques muqueuses	Papules érythémateuses de la muqueuse buccale et/génitale très contagieuses
Autres signes	Syndrome pseudo-grippal, syndrome méningé, polyadénopathies fermes indolores (épitrochléennes...)



Syphilis tertiaire

- ✓ Apparaît 2-30 ans après l'infection initiale
- ✓ Ne concerne que les sujets peu ou insuffisamment traités
- ✓ Lésions cutanéomuqueuses, osseuses, cardiovasculaires et neurologiques: il s'agit de lésions granulomateuses non infectieuses avec destruction et sclérose
 - ▶ « gomme (induration indolente sans adénopathie
 - ▶ Aortite ± anévrisme

Gomme ulcérée





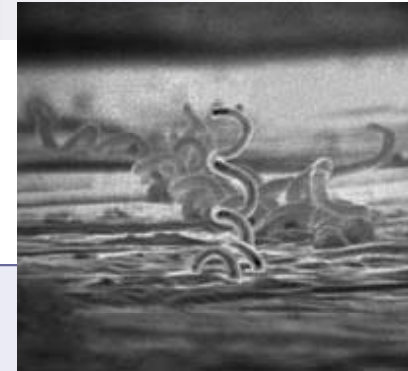
Neuro- Syphilis

- ✓ Peut être présente à tous les stades de la maladie (sauf le stade primaire)
- ✓ 5-10% des sujets non traités
- ✓ Méningite, syphilis vasculaire cérébrale, neurosyphilis (paralysie, tabès):
 - ▶ troubles du comportement
 - ▶ troubles de la mémoire
 - ▶ désorientation temporo-spaciale
 - ▶ Tabès (trouble de la marche, douleurs des membres inférieurs, destruction articulaire, mal perforant plantaire, abolition du réflexe photomoteur)

4 Diagnostic

Diagnostic direct

- ✓ Prélèvements de sérosité
- ✓ Examen au microscope à fond noir (bactéries mobiles spiralées)



Diagnostic sérologique: TPHA/VDRL

Réactions	Interprétation
TPHA - VDRL -	Pas d'infection Syphilis en incubation ou syphilis débutante (5-10 jours)
TPHA - VDRL ++	Faux positif
TPHA + VDRL -	Séquelle sérologique (syphilis <i>a priori</i> guérie)
TPHA + VDRL ++	Tréponématose non vénérienne



5 Traitement

Syphilis précoce (primaire, secondaire)

- ✓ Extencilline 2,4 MUI en IM en une seule injection
- ✓ Si allergie, doxycycline 100 mg X2/j pendant 15 jours

Syphilis tardive (tertiaire)

- ✓ Extencilline 2,4 MUI en IM, 3 injections à une semaine d'intervalle
- ✓ Si allergie, doxycycline 100 mg X2/j pendant 28 jours

Neurosyphilis

Pénicilline G 24 MUI/24h en 6 perfusions pendant 14-21 jours

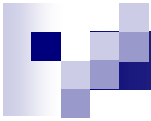
Cas clinique 2 C'est pas le top!

Mlle K, 23 ans, élève infirmière à l'Hôpital de Maubeuge, au physique avantageux qu'elle met en valeur de temps en temps, consulte pour une ulcération génitale. L'interrogatoire et l'examen clinique vous oriente vers le diagnostic de syphilis primaire

Quelles sont les données de l'interrogatoire qui ont pu orienter le diagnostic?

- ❖ Des antécédents d'IST
- ❖ Un rapport sexuel à risque (non protégé, partenaire à risque) dans les 3 mois précédents





Quels sont les éléments de l'examen clinique qui ont pu orienter le diagnostic?

Ulcération génitale:

- ❖ Indolore
- ❖ Unique
- ❖ A base indurée
- ❖ A surface propre, lisse, rosée
- ❖ A limites nettes
- ❖ Accompagnée d'une adénopathie satellite (indolore, froide)



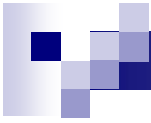
Quels examens complémentaires doivent être prescrits chez cette patiente?

Confirmation du diagnostic

- ❖ Examen direct au microscope à fond noir
- ❖ Sérologie TPHA – VDRL

Recherche d'une autre IST

- ❖ Prélèvements cervicaux et urétraux (selon la fantaisie ou habitude; Pharyngé et rectaux)
- ❖ Sérologie VIH (avec accord de la patiente)



Quel traitement instaurer (pas de notion d'allergie aux bétalactamines)?

Extencilline 2,4 MUI en IM en une seule injection

Ne pas oublier de proposer une prise en charge au(x) partenaire(s)



Chlamydiose



1 Agent causal

- ✓ *chlamydia trachomatis*
- ✓ Spécifiquement humain
- ✓ Tropisme marqué pour les cellules des épithéliums génitaux et oculaire

2 Physiopathologie

- ✓ L'inflammation initiale fait place à une réaction fibrosante source de séquelles rétractiles et de complications (stérilité tubaire pour la salpingite)



3 Épidémiologie

- ✓ **Infection urogénitale non spécifique**
- ✓ **IST non gonococcique la plus fréquente (30-50% des urétrites chez l'homme, 30-50% des salpingites chez la femme)**
- ✓ **Il existe un portage génital latent asymptomatique chez l'homme et la femme**
- ✓ **Prévalence des infection de 3% dans les pays industrialisés**
- ✓ **Facteurs de risque:**
 - ▶ **âge inférieur à 25 ans, célibataire**
 - ▶ **contraception orale**
 - ▶ **partenaires sexuels ≥ 2 dans l'année**

3 Épidémiologie

- ❖ **Urétrites, cervicites**
- ❖ **Proctites et proctocolites (homosexuels masculins)**
- ❖ **Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis:**
 - ▶ **Chez la femme**
 - ▶ **Péritonite localisée (périhépatite) avec une symptomatologie évoquant une cholécystite aiguë**
 - ▶ **Diagnostic coelioscopique**

Cervicite



Urétrite





4 Diagnostic bactériologique

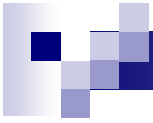
Les frottis	✓ curette ou écouvillon ✓ Techniques d'identification: ▶ Recherche de cellules à inclusion ▶ PCR
Urines du 1° jet	PCR
Sérologie	Indiquée pour le diagnostic des infections génitales profondes et leurs conséquences ✓ Souvent négatives dans les urétrites et les cervicites ✓ Aucune utilité pour la surveillance de l'évolution sous traitement



5 Traitement

Doxycycline 100 mg X2/j pendant 14-21 jours

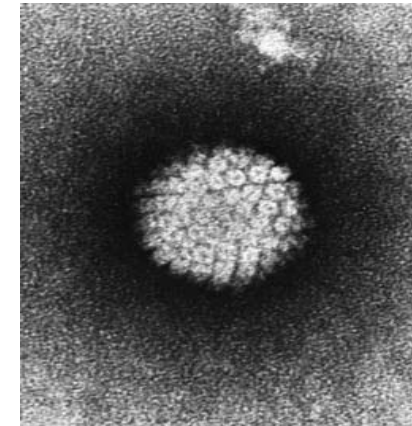
Azythromycine 1g en dose unique dans le traitement des urétrites ou
cervicites chez la femme



Infections à papillomavirus

1 Agent causal

- ✓ *Papilloma virus humain* (HPV), virus à ADN
- ✓ Infectent les kératinocytes
- ✓ Oncogènes (cancer du col utérin, carcinome anal)



2 Epidémiologie

- ✓ Transmission directe par voie sexuelle
- ✓ Les condylomes sont actuellement les IST les plus fréquentes
- ✓ 3-5% de la population présentera une infection clinique
- ✓ 10-15% de la population présenterai une infection latente (réservoir)

3 clinique

2.1 Formes cutanées: verrues communes et verrues plantaires

2.2 Formes muqueuses

Condylomes acuminés (crêtes de coq):

- ✓ une des IST plus fréquentes
- ✓ Incubation 1-12 mois
- ✓ Les condylomes génitaux externes ont un faible potentiel oncogène
- ✓ Papules multiples proliférant à la surface des muqueuses génitales





4 Traitement

Bilan

- ✓ Bilan lésionnel (immunodépression, recherche d'une autre IST, partenaire(s) sexuel
- ✓ bilan d'extension (souvent multi-focal: exemple frottis)

Traitement

- ✓ Local essentiellement: cryothérapie, acide salicylique
- ✓ Aucun TT antiviral spécifique disponible
- ✓ Rechute fréquentes

5 Prévention



Quelle place pour le vaccin Papillomavirus humain dans la prévention du cancer du col? HAS août 2007

- ❖ Gardasil® est le premier vaccin destiné à la prévention des infections par les papillomavirus humain (HPV) des types 6, 11, 16 et 18.
- ❖ Il protège des dysplasies de haut grade du col de l'utérus et de la vulve, des verrues génitales externes
- ❖ 70% des cancers du col de l'utérus sont liés à ces virus



Gardasil® : l'essentiel. Un nouveau vaccin qui ne résout pas tout

Pour les jeunes fille de 14 ans et pour certaines femmes de 15-23 ans

- ❖ Service médical rendu important
- ❖ Efficacité protectrice démontrée chez les jeunes femmes non infectées par les types d'HPV du vaccin
- ❖ Il ne protège pas les femmes déjà infectées
- ❖ Il n'est recommandé que chez les jeunes filles de 14 ans et en « rattrapage » chez les jeunes filles et jeunes femmes de 15 à 23 ans n'ayant pas eu de rapports sexuels ou au plus dans l'année suivant leur premier rapport
- ❖ La durée de la protection vaccinale au-delà de 5 ans n'est pas connue
- ❖ Le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin par frottis cervico-vaginal reste donc nécessaire **chez toute les femmes vaccinées ou non**
- ❖ **Schéma vaccinal: 3 doses de 0,5 ml administrées à 0,2 et 6 mois.**