



Infections sexuellement transmises (IST) :


Aspects cliniques

Dr. L. Ammari



Séminaire de formation sur les IST en dehors du VIH, Tunis le 13 Juin 2011

Collège de Maladies Infectieuses, Microbiologie-Parasitologie

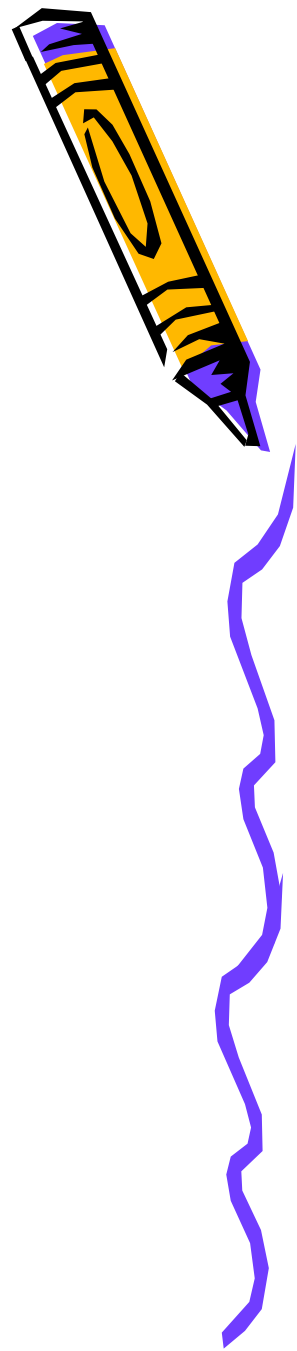
- 
- ❑ Les IST : problème de santé publique, elles peuvent engager le pronostic :
 - fonctionnel(stérilité, GEU....)
 - vital (gonococcie, SIDA)

 - ❑ Près d'un million de nouveaux cas d'IST par jour dans le monde

 - ❑ Dernières années: reprise des pratiques sexuelles à risque: ↗ des cas de gonococcies, de syphilis et l'émergence de lymphogranulomatoses vénériennes

 - ❑ La prise en charge et la prévention des IST
 - ↓ la transmission sexuelle du VIH





□ Facteurs de risque des IST

- Sexe féminin
- Précocité du 1^{er} rapport sexuel
- 2^{èmes} décennies de la vie sexuelle
- Multiplicité des rapports sexuels
- Antécédents d'IST
- Infection par le VIH
- Niveau socio-économique faible



□ Plus de 20 pathogènes des IST

❖ Agents bactériens

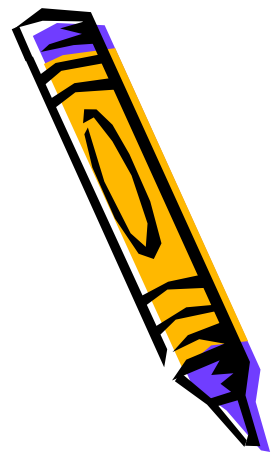
- syphilis
- Gonocoque
- Chlamydia
- Mycoplasmes
- Pyogènes
- Chancre mou
- Donovanose
- Vaginose

❖ Agents viraux

- Papillomavirus
- Herpès
- Molluscum contagiosum
- Hépatite B
- CMV
- VIH

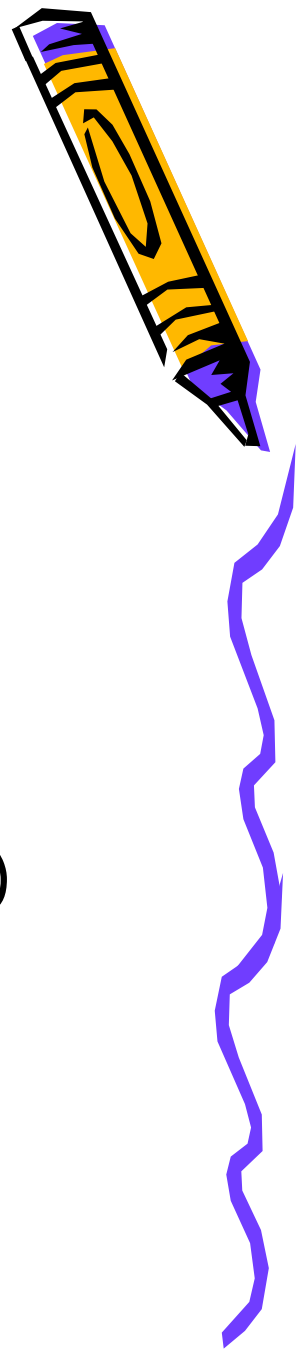
❖ Agents parasitaires

- Trichomonas
- Gale
- Phtiriase



□ Les IST ont une expression clinique

- ▶ limitée à la région génitale(IGB ou H)
 - ▶ généralisée (lésions extra-génitales)
- ❖ ou une porte d'entrée muqueuse(orale, génitale)
et
- ▶ une expression clinique générale(VIH ,VHB)





□ Confirmation du diagnostic

- Examen microbiologique
- PCR,
- Sérologie



Ulcération génitales

- Syphilis
- Herpès
- VIH
- Chancre mou
- Donovanose

Urétrites

- Gonocoque
- Chlamydia trachomatis
- Mycoplasma genitalium

Condylomes

Vaginites et cervico-vaginites (leucorrhée)

Sd inflammatoire pelvien

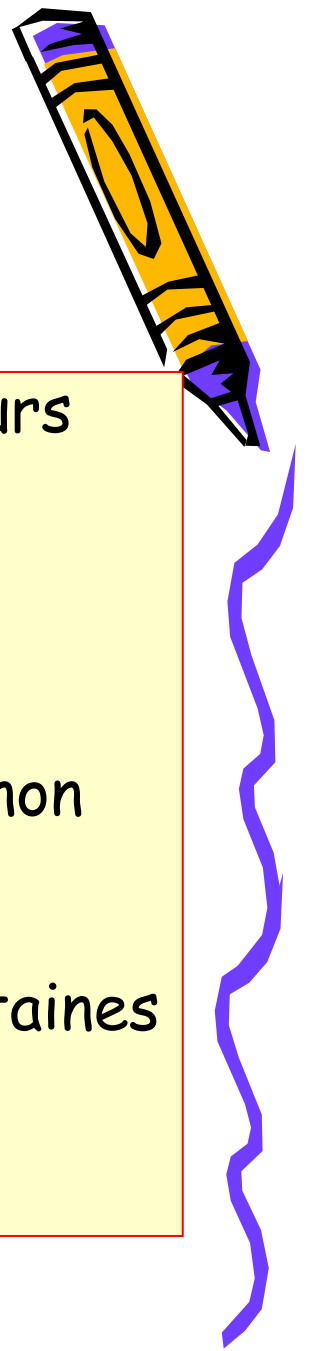
Conjonctivite néonatale

Rectites - LGV

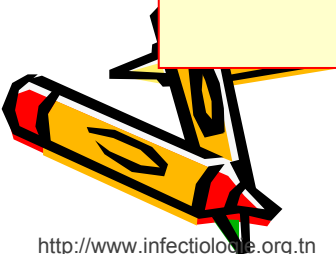
Gonococcies

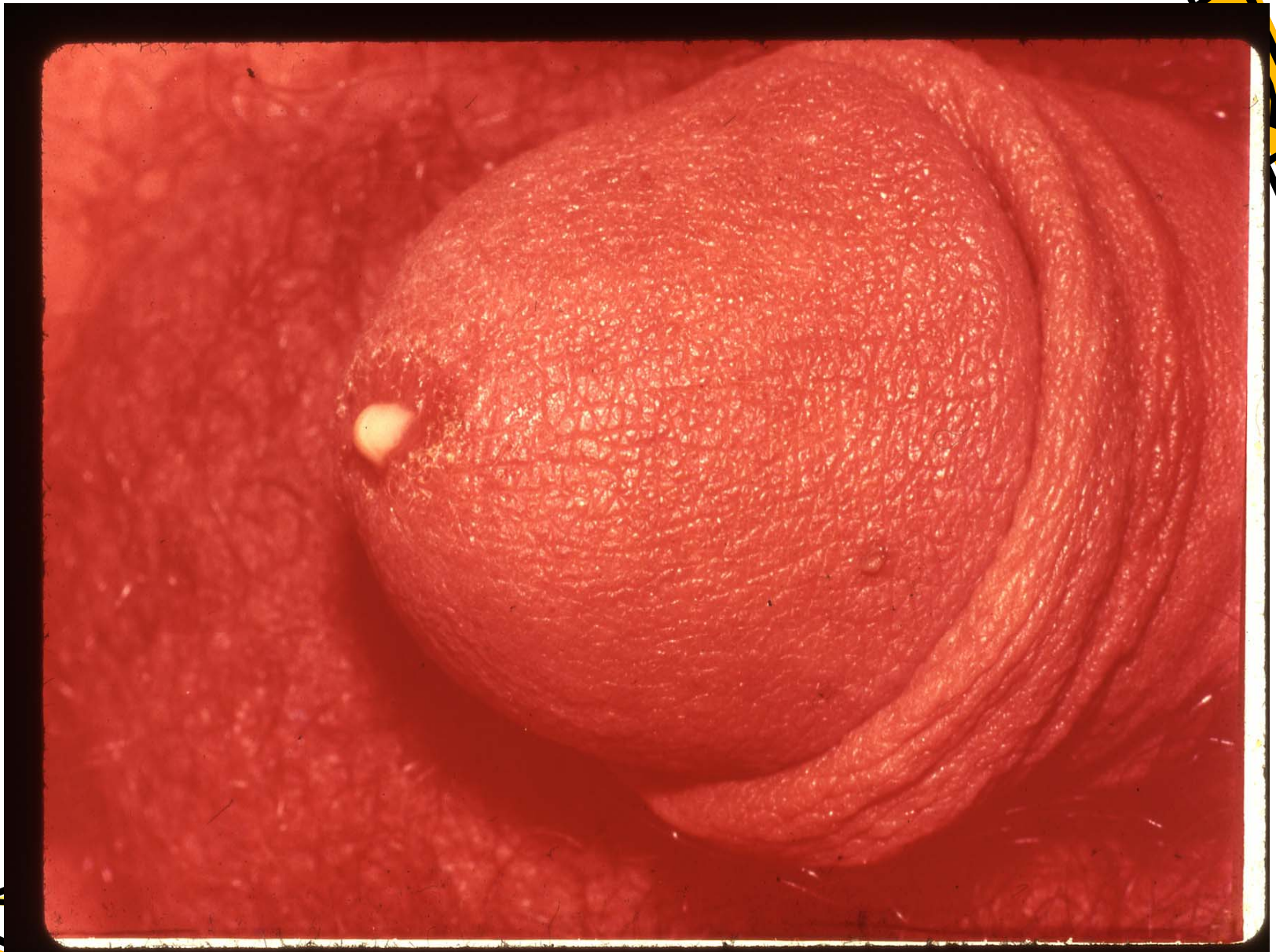


Uréthrite aiguë chez l'homme



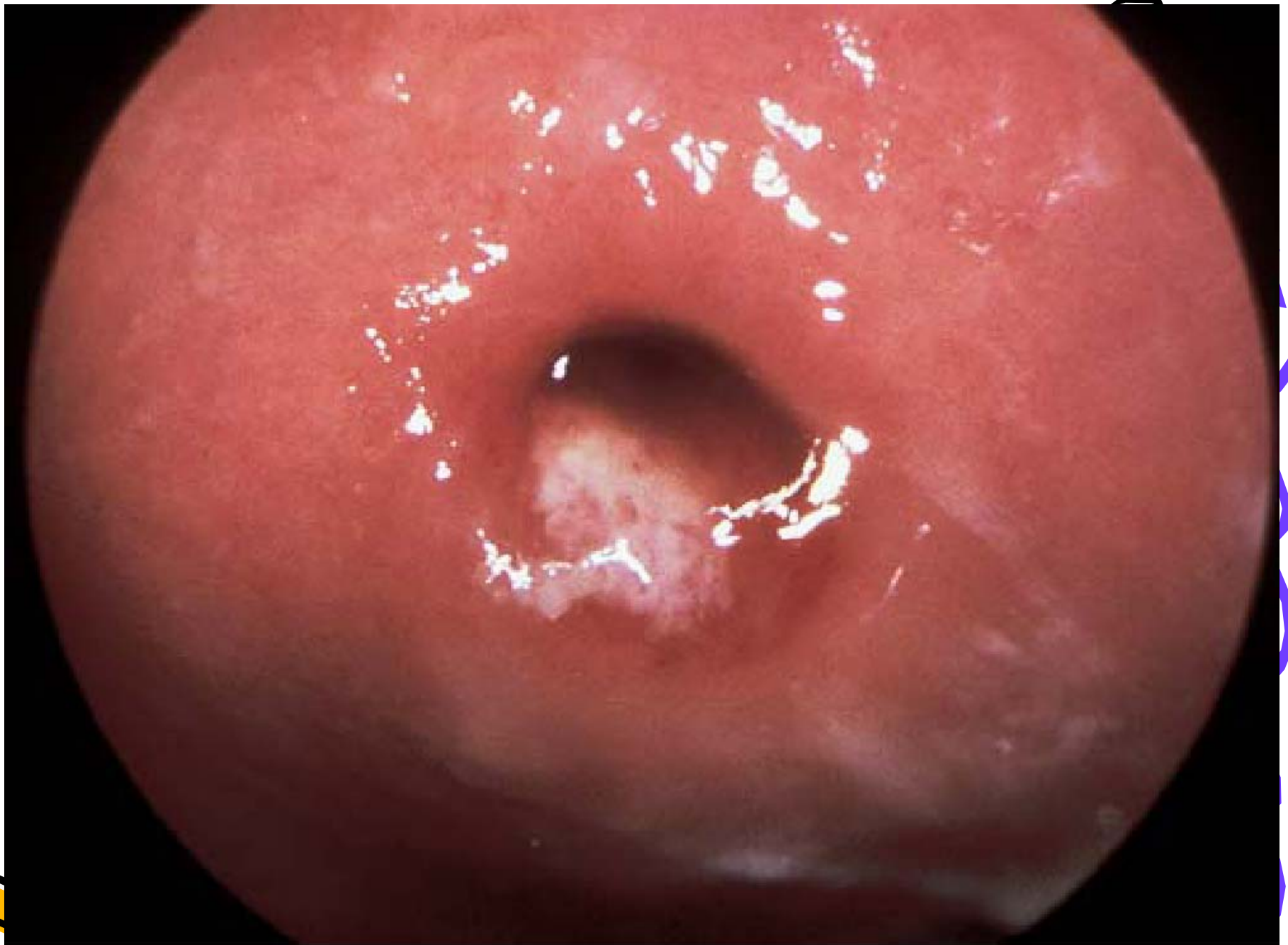
- Incubation silencieuse et contagieuse: 2-7 jours
- Ecoulement et dysurie ,BM
 - écoulement séreux puis purulent en 1 jour
jaune verdâtre
- en général plus aiguë que dans les uréthrites non gonococciques
- Tableau discret ou **asymptomatique** avec certaines souches





Cervicite

- Incubation silencieuse et contagieuse: 2-10 j
- Pertes vaginales purulentes
Dysurie, saignements
Col inflammatoire, pus cervical
- Asymptomatique ds 30% cas



Cervicite gonococcique

Homme

- Prostatite
- Orchi-épididymite

Femme

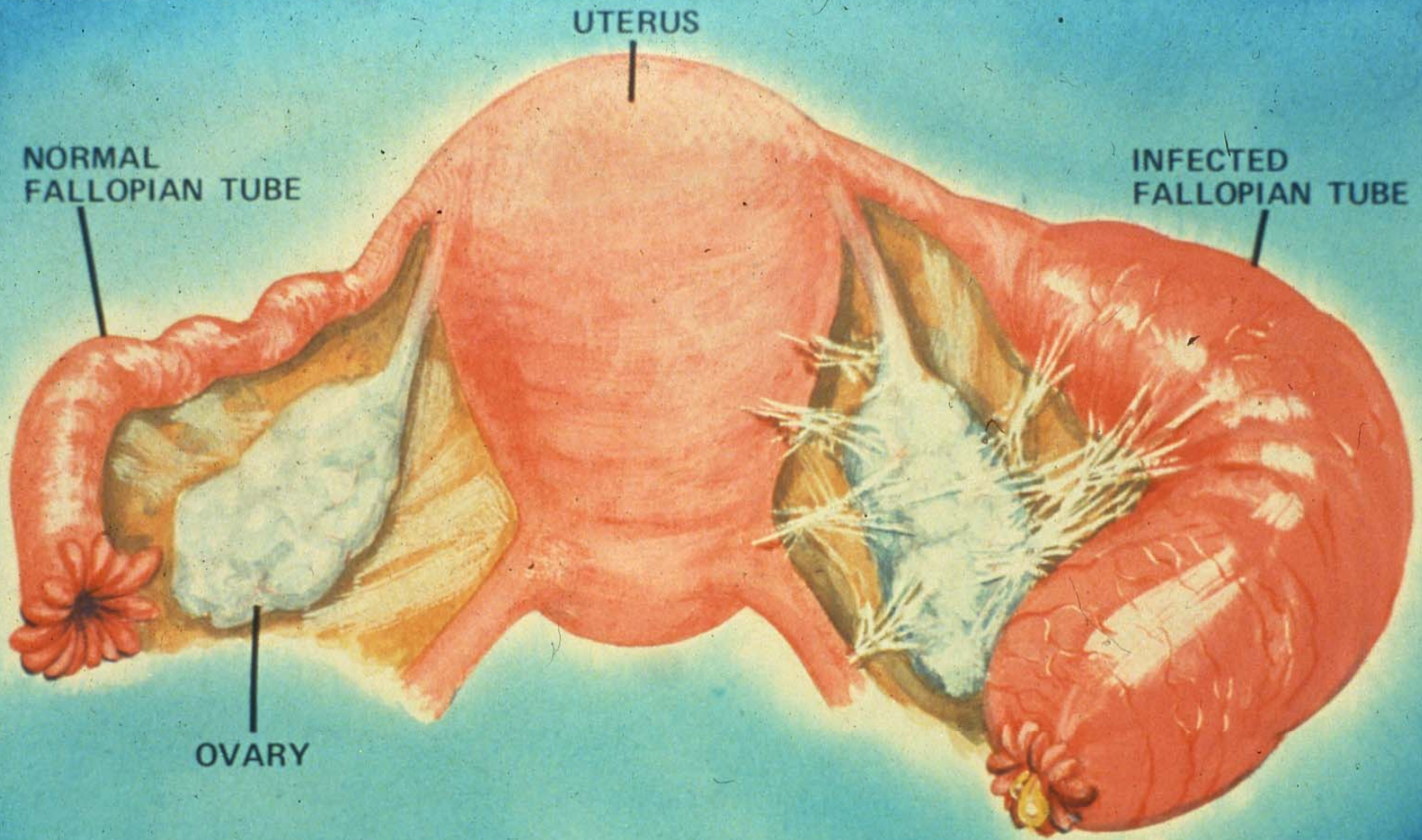
- Inflammato° glandes para-urethrales
- Salpingite (risque d'obstruction, stérilité)
- Endométrite

Les 2 sexes


- Ano-rectite Σ : 2/3 cas
- Oro-pharyngite a Σ : 80% cas
- Gonococcies disséminées
- G.Ophthalmiques

Ophtalmie purulente

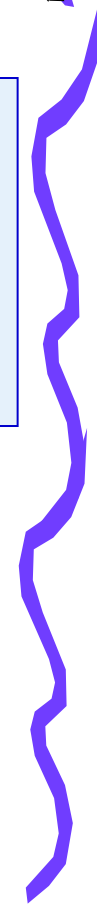

N.Né



ACUTE SALPINGITIS (PID)



Diagnostic des infections à
Gonocoque





gonococcie

L'examen direct de l'écoulement avec la culture immédiate est l'examen de référence

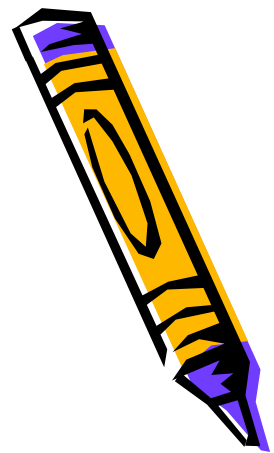
Chez la femme l'ED manque de spécificité.

Détection directe de *N. gonorrhoeae*

ED: test rapide, facile, pas cher +++
Diplocoque reniforme intra- extra©



Culture: indispensable → souche → typage et ATB
sensibilité < 100% : germe fragile



Chlamydia trachomatis



Formes cliniques variables selon le sérotype :

- sérotypes A, B, Ba et C : trachome (atteinte oculaire avec conjonctivite évoluant vers une cécité, dans les PVD surtout)
- sérotypes D à K : IST de type urétrite, cervicite pouvant se compliquer en bartholinite, stérilité...
- sérotypes L1, L2, L3 : lymphogranulomatose vénérienne ou maladie de Nicolas et Favre (petite lésion génitale accompagnée d'une adénopathie, évoluant en suppuration voire fistulisation)

Infections humaines à *C. trachomatis*

Problèmes de santé publique et d'actualité

7

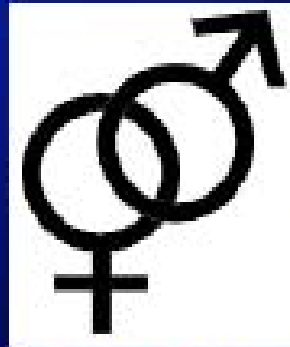
A-C



Trachome

9

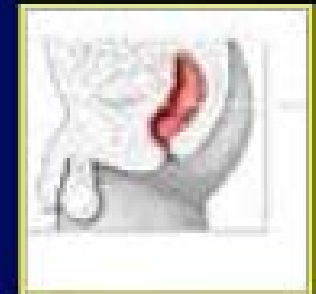
D-K



**Infections
Sexuellement
Transmises**

9

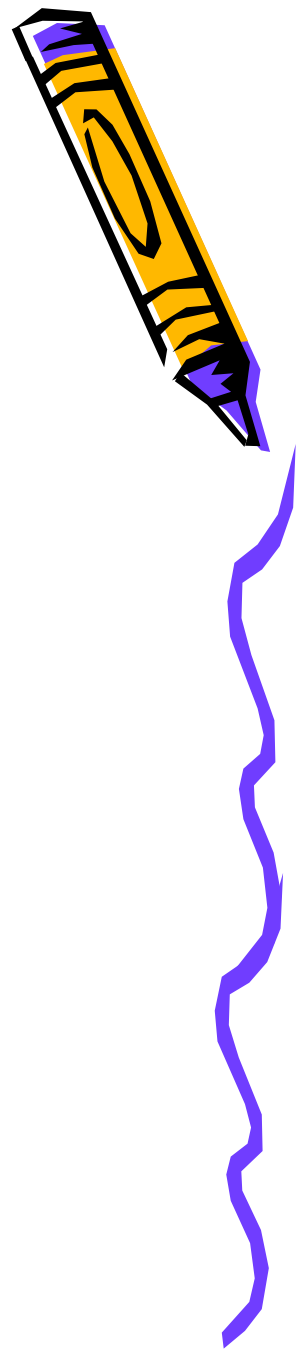
L1-L3



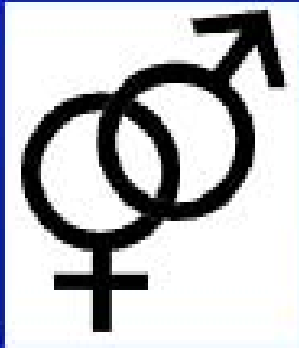
LGV

Chlamydia trachomatis

bactérie Gram négatif intracellulaire,
parasite de l'endocol,
l'urètre,
les vésicules séminales,
la prostate,
le rectum et
le pharynx.



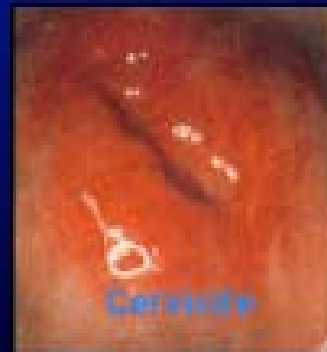
IST à *C. trachomatis* (D à K)



Infections souvent asymptomatiques



Uréthrite



Cervicite

...

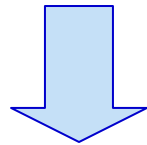
Chez l'homme

▶ CT = principal agent des URÉTRITES non gonococciques

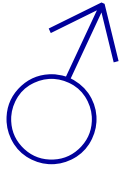
▶ incubation de qlq jours à qlq mois (~1 mois)

▶ subaiguë

écoulement clair, modéré, intermittent ds < de 50% des cas




Urétrite à CT **asymptomatique dans 50%** des cas



***C. Trachomatis* : COMPLICATIONS**

- orchi-épididymite , prostatite,**
- stérilité** en cas d'inflammation chronique.

Plus rarement: localisations extragénitales + kérato-conjonctivites et / ou arthrites(sd de Fiessinger-Leroy-Reiter) (sex-ratio H/Fde 50/1)



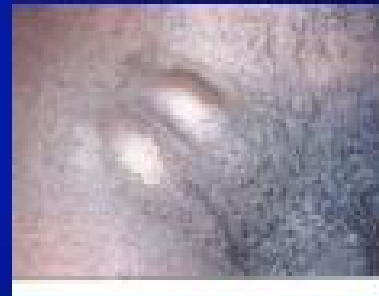
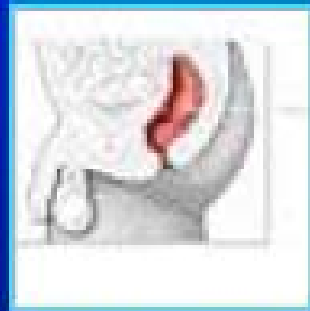
**CT = Lymphogranulomatose
vénérienne de Nicolas Favre**

Apanage du sujet homosexuel avec
conduites à risques



Lymphogranulomatose vénérienne (L1-L3)

Anorectite
aigüe



Adénite
inguinale

± ulcération(s) ano-génitale

Actualité



Epidémie de LGV rectale en Europe

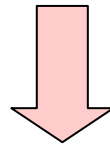
C. trachomatis L2b



chez la femme

la **cervicite** est le tableau le plus fréquent :

autres signes \pm associés :
écoulement cervical anormal,
cystalgies, dysurie, syndrome urétral, dyspareunie,

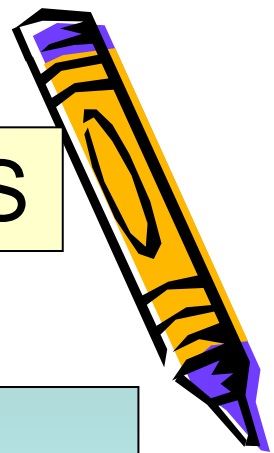


Cervicite **asymptomatique**
dans **50 à 90%** des cas





*C*Trachomatis COMPLICATIONS



*Salpingite subaiguë ou chronique+++

- Dg tardif et difficile (vagues douleurs abdominales)
- Risque : **stérilité tubaire**

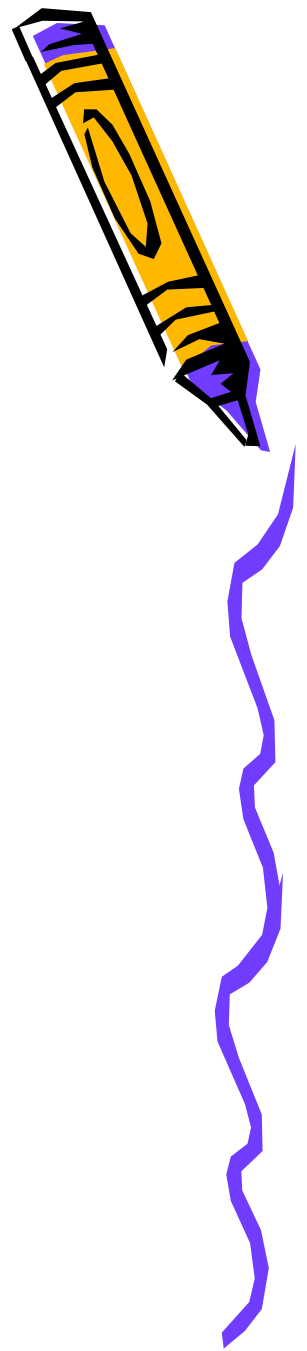
GEU

* Inflammation diffuse de l'utérus et des annexes
« **Pelvic Inflammatory Disease** » PID

une péri-hépatite (Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis :
inflammation de la capsule du foie),



Infections génitales hautes chez la femme



2. Tableaux cliniques classiques

- endométrite
- salpingite aiguë, pelvipéritonite
- salpingite chronique

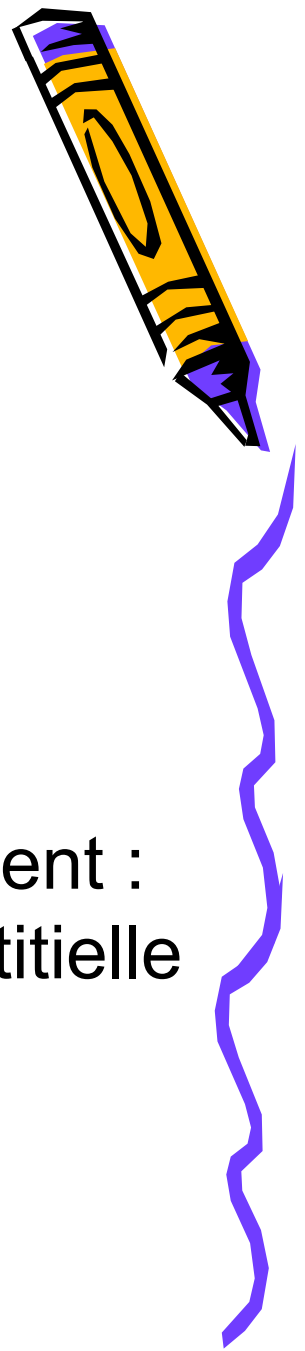
3. Formes cliniques

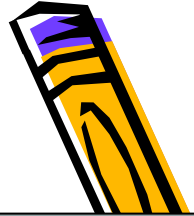
- pyosalpinx
- abcès de l'ovaire
- syndrome de Fitz-Hugh Curtis



Les femmes enceintes

- Dépistage systématique
- Risque de **prématurité**
- **Contamination du NNé** lors de l'accouchement :
conjonctivite , pneumonopathie alvéolo-interstitielle





Diagnostic des infections à CT

- Amplification d'acides nucléiques:
PCR = technique de référence

- Isolement en culture cellulaire: sp+ sens±
- Détection d'antigènes IF, EIA
- Hybridation



Femme

- **PCR :**
 - frottis **endocervical**
 - 1^{er} jet d' urines
- **Culture :**
- frottis endocervical + urétral
- écouvillonnage vulvaire ou vaginal

Homme

- **PCR :**
 - 1^{er} jet d'urines matinales **++**
avant toilette
 - frottis urétral
- **Culture:**
 - frottis urétral

SYPHILIS



- **Syphilis** : une maladie chronique due à *T pallidum* marquée par des périodes subaiguës (stade primaire, secondaire, tertiaire et neurologique) entrecoupées d'intervalles symptomatiques (F. latente)

- **Transmission** : vénérienne (95 % des cas)
transfusionnelle (exceptionnelle)
congénitale

- **Incidence augmentée à partir de 2000** : épidémies chez les homosexuels masculins, infectés par le VIH

Classification

- * **Classification clinique** : syphilis primaire, secondaire, latente ou sérologique et tertiaire
- * **Classification « américaine »** : 3 stades évolutifs
 - **Syphilis précoce**: syphilis primaire ou secondaire Σ syphilis latente de moins de 1 an d'évolution
 - **Syphilis tardive** : syphilis tertiaire, neurosyphilis exclue et syphilis latentes sérologiques datant de plus de 1 an d'évolution,
 - **Neurosyphilis**

PHASE PRIMAIRE

- **Chancre : constant**

- * Incubation : 3 semaines après contage
- * ulcération unique (2/3 des cas), **indurée**, indolore
- * Siège : région génitale (95 %)
- * Tous les aspects sont possibles
- * cicatrisation : 1 à 2 sem

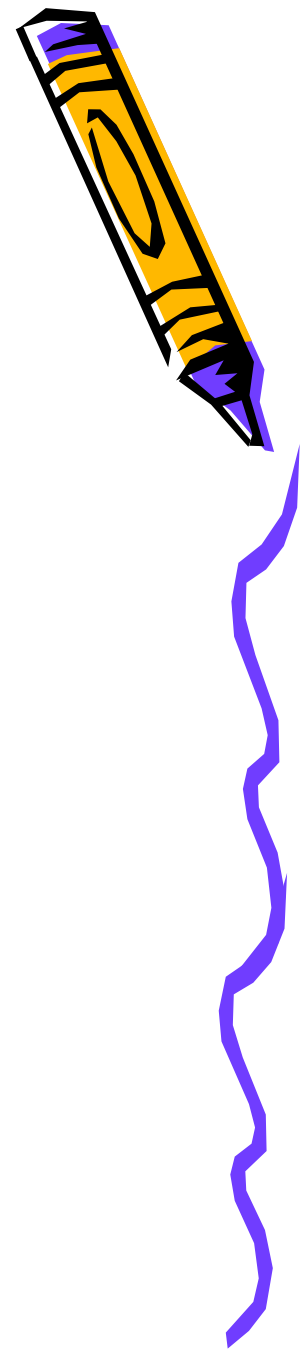
- **Adénopathie** : ne fistulise pas





Chancre syphilitique de la vulve

- **Chancre typique + Adénopathie**





PHASE SECONDAIRE

- Phase de dissémination septicémique de *T. pallidum*
- **Manifestations cutanéomuqueuses:**
 - spécifiques et non spécifiques
 - * Eruption cutanée : polymorphe, la grande simulatrice



- **Atteinte cutanée précoce: 1^{ère} floraison
la roséole**

- * macules rose pâles, non prurigineuses
- * Bords réguliers, espace de peau saine
- * Tronc : prédominante




Roséole





- **Atteinte cutanée tardive (2^{ème}-4^{ème} mois):**
2^{ème} floraison : syphilides

- * papules squameuses, rouge sombre cuivré, indurée
 - * Tronc, paumes, plantes : caractéristique
 - * Elles sont contagieuses :
 - région génitale (condyloma lata)
 - périanale
 - érosives
 - * Récidive : possible
- 



2^{ème} floraison



Cliché, N. Dupin, Tarnier



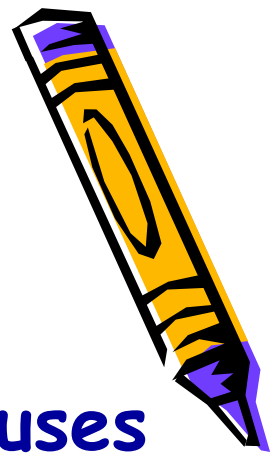
Syphilides palmo-plantaires



Syphilides érosives



Syphilides muqueuses



Condyloma lata



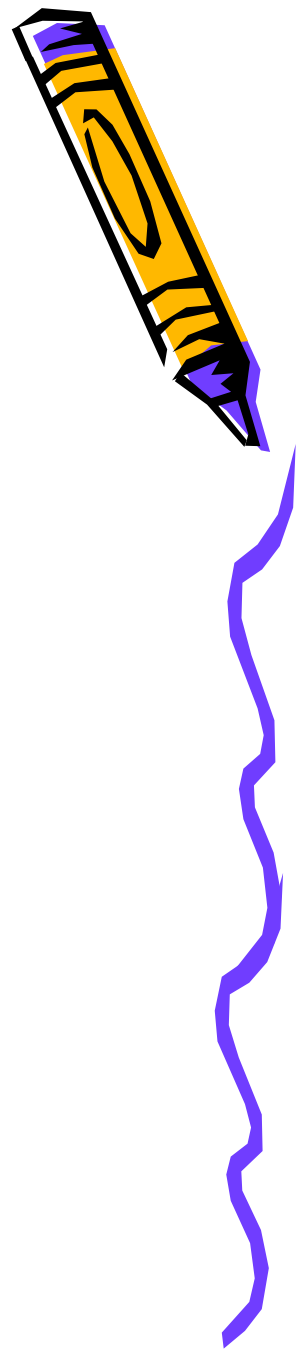
- **Plaques muqueuses**

- * Plaques fauchées de la langue (lésions érythémateuses)
- * Érosions,
- * perlèche labiale unilatérale
- * Alopécie : rare





Perlèche labiale unilatérale



- **Autres signes : trompeurs**

- * Fièvre, arthralgies, céphalées
- * Polyadénopathies (épitrochléen, chaînes trapéziennes)
- * Hépatosplénomégalie
- * Douleurs osseuses
- * cytolysse hépatique,

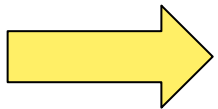


Tableau de lymphome , d'hépatite virale,....

SYPHILIS TERTIAIRE

- ❑ Lésions granulomateuses : gommés non contagieuses (foie, os, cœur , système nerveux central, sphère ORL, œil)

- ❑ Complications viscérales tardives **graves** :
 - * cardiovasculaire: aortite syphilitique
 - Insuffisance aortique
 - Anévrisme de l'aorte thoracique

 - * Neurologique ou neurosyphilis

☐ Neurosyphilis :

- * < 10 % des formes non traitées
- * Formes asymptomatiques : atteinte biologique du LCR
- * **Neurosyphilis précoce:**
 - méningite à LCR clair,
 - la syphilis vasculaire cérébrale et
 - les formes ophtalmiques (aréflexie pupillaire à la lumière et conservation du réflexe à l'accommodation)
- * **Neurosyphilis tardive :**
 - Tabès
 - paralysie générale, les gommés syphilitiques
 - Troubles du comportement, de la mémoire et désorientation temporo-spatiale

SYPHILIS LATENTE

- ❑ Lésions granulomateuses : non contagieuses
foie, os, cœur , système nerveux central, sphère ORL, oeil
- ❑ Complications viscérales tardives **graves** :
 - * cardiovasculaire: aortite syphilitique
 - Insuffisance aortique
 - Anévrisme de l'aorte thoracique
 - * Neurologique ou neurosyphilis

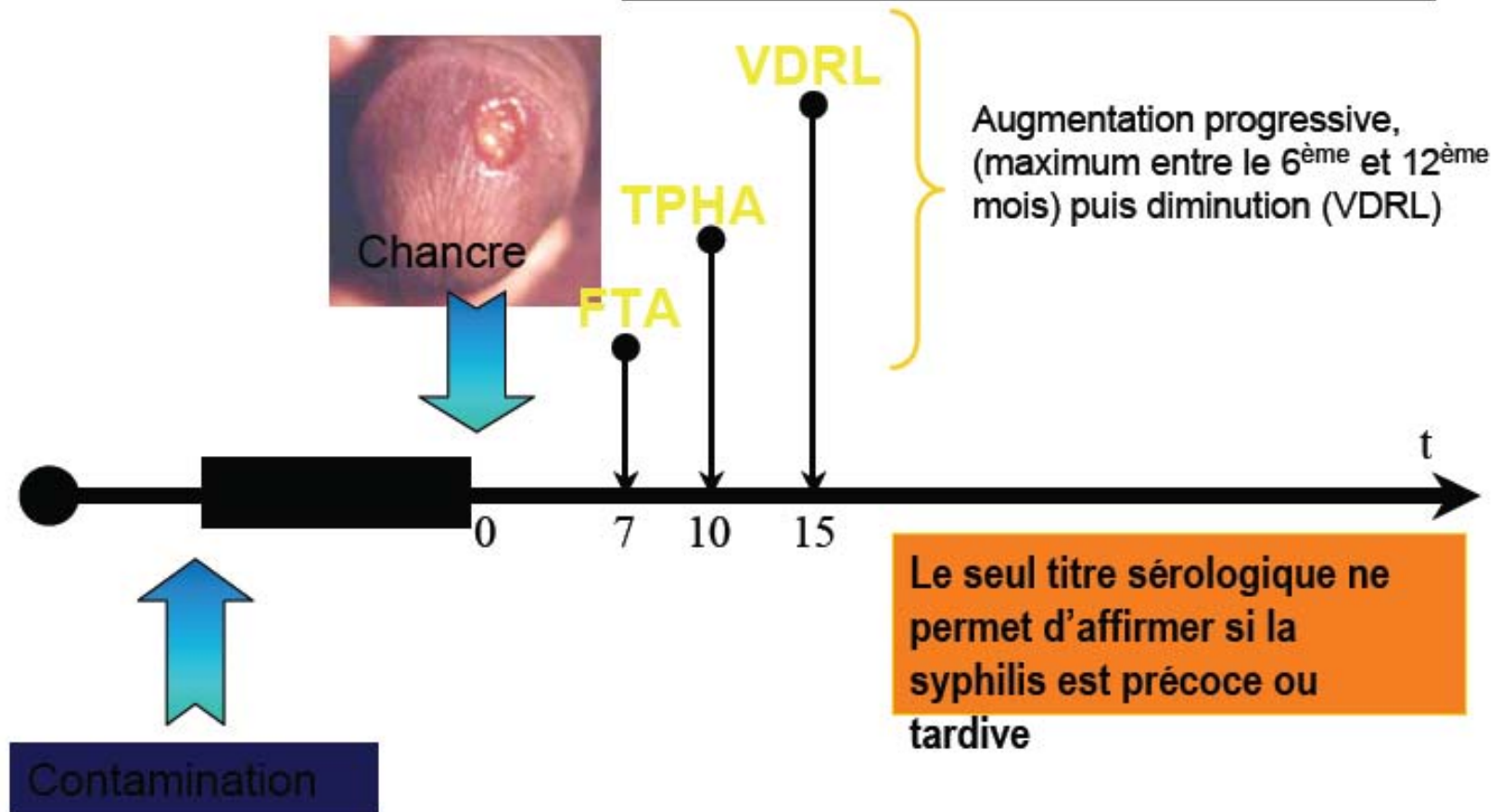
Diagnostic de la syphilis

- * **TPHA-VDRL** : positive sauf au début du chancre (7 à 10j)
- * **Premiers jours du chancre** :
 - tréponème au microscope à fond noir
 - + **FTA abs**
 - + **TPHA-VDRL de contrôle**

Diagnostic

Mise en évidence du tréponème pâle

- microscopie à fond noir (ultramicroscope)
- immunofluorescence directe sur lame
- amplification moléculaire (PCR)



Interprétation de la sérologie

	TPHA	VDRL
Précoce	160 à 1280	2 à 16
Tardive	> 1280	> 16
Cicatrice	160 à 1280	0 à 4

Le taux de VDRL remonte lors d'une réinfection

VDRL	TPHA	FTA-abs	diagnostic
-	-	++	Syphilis débutante
+++	+++	+++	Syphilis récente
+	-	-	Faux +
+ (1/4)	++	++	Cicatrice sérologique



Herpès génital





❑ **Herpes simplex virus type 2 (HSV-2)** : 90 % des cas, la séroprévalence augmente chez les adultes avec les premiers rapports sexuels, population à risque.

❑ **Transmission** : contact cutanéomuqueux, materno-foetale

❑ **Herpes génital** : 1^{ère} cause d'ulcération génitale, favorise l'infection par le VIH

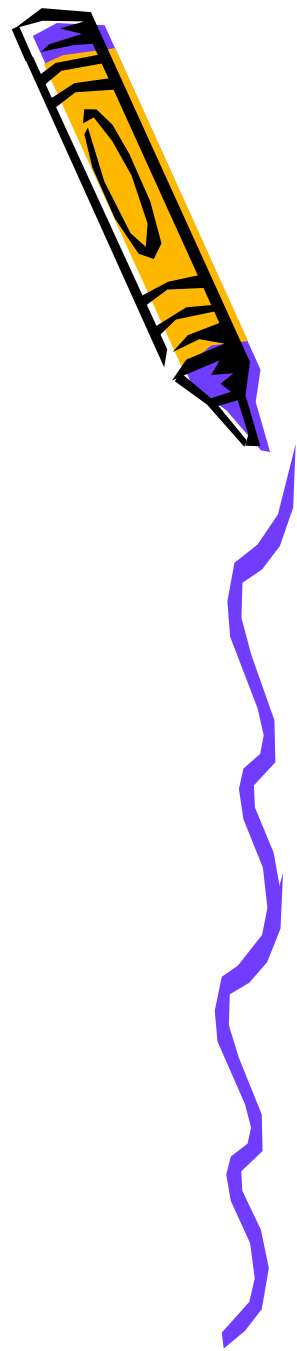
❑ **Les manifestations cliniques** :

- primo-infection: période de réplication virale, inconstamment symptomatique

- Récurrence: en présence de facteurs de risque, signes cliniques d'intensité réduite/ primo-infection

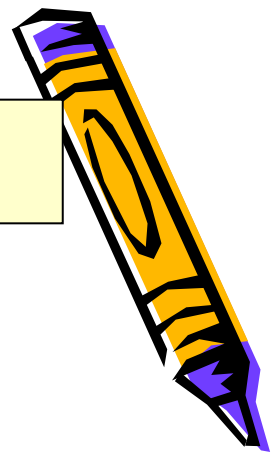






L'herpès typique est facile à reconnaître!

Primo-infection



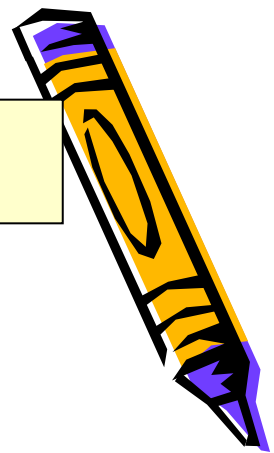
❑ **Incubation : 2- 7 j**

❑ **Phase d'état :**

- * multiples vésicules s'ulcèrent ⇒ ulcérations génitales douloureuses
- * signes généraux : possibles, fièvre, adénopathie inguinale, dysurie



Primo-infection



□ Fréquence des formes atypiques :

60 % des formes symptomatiques non diagnostiquées

- * Simple fissure vulvaire ou anale ou pénienne,
- * simple érythème,
- * présence de croûte

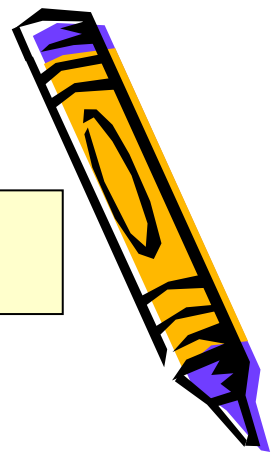


Fissure vulvaire



Érythème pénien

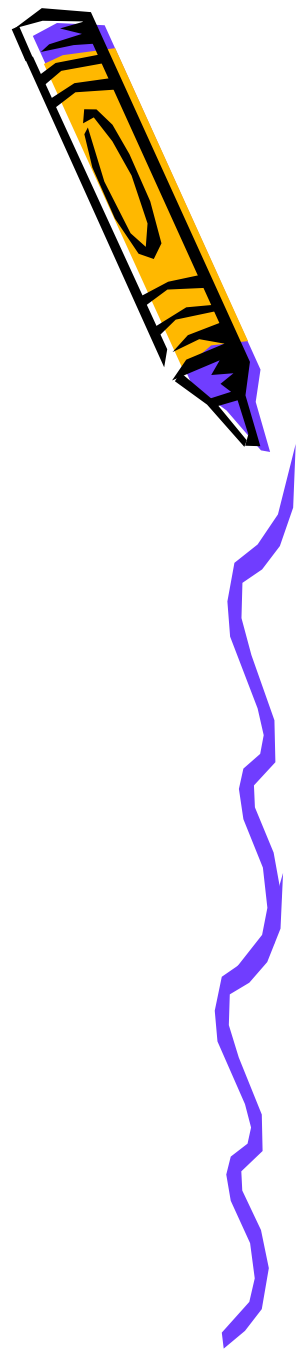
Récurrences



- Prodromes** : dysesthésies
- Ulcération génitale en bouquet douloureuse
- Adénopathie inguinale
- Toute génito-anae **récidivante**



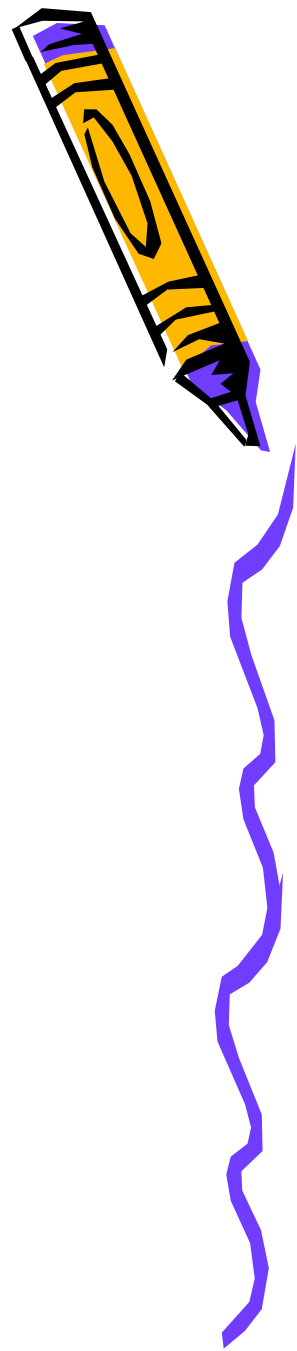
Diagnostic clinique d'herpes : très spécifique



- Prodromes** : dysesthésies
- Vésicules en bouquet douloureuse**
- érosions polycycliques**
- Adénopathie sensible**
- Guérison spontanée en 2 à 4 semaines
- Récidive locale**



Arguments forts d'orientation



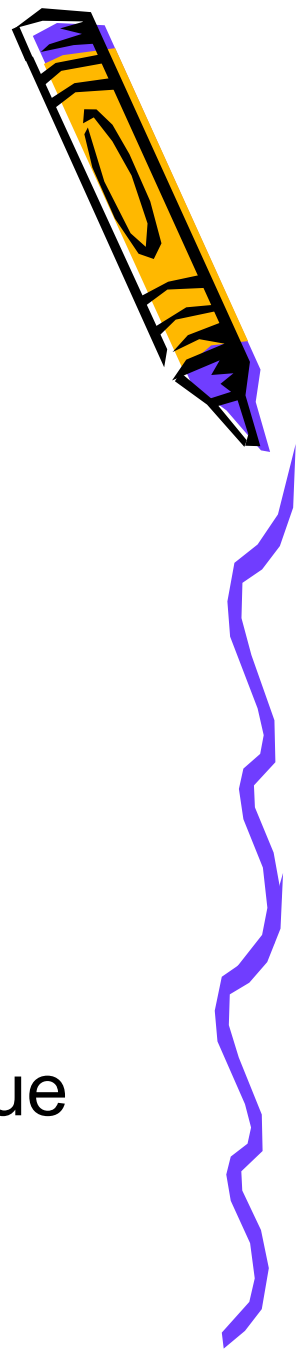
- Récurrence
- Guérison spontanée en 2 à 4 semaines

Hors Immunodépression



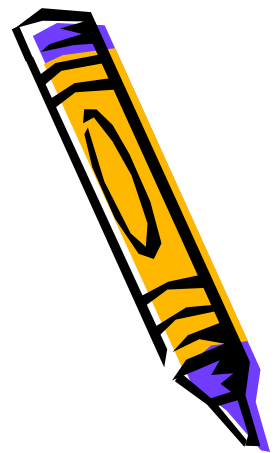
Devant toute ulcération, il faut
d'abord penser à

- Herpès** : fréquence
- Syphilis** / gravité
- Chancre mou** / zone endémique



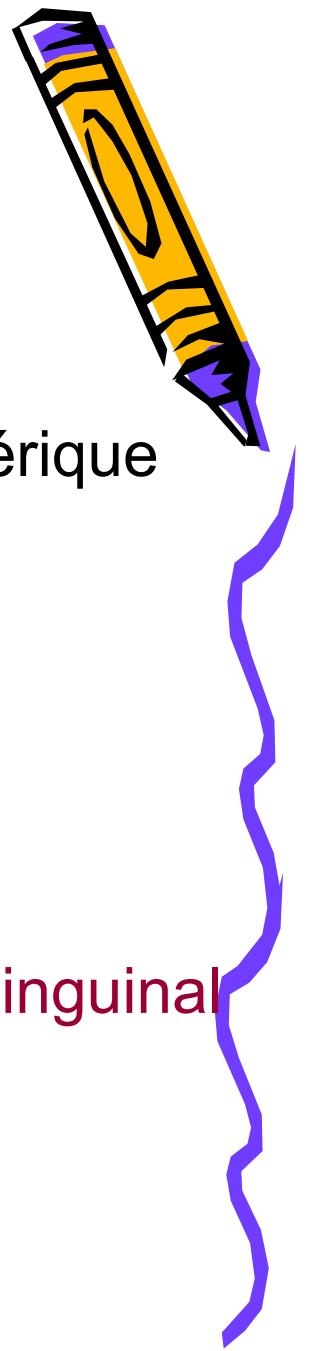
Diagnostic Virologique

- * **Culture** : sur un milieu de transport (Hanks): référence
- * **PCR** : sensibilité et spécificité proches de 100 %
- * **Ag viraux** : manquent de sensibilité
- **En pratique courante** : aucun intérêt de la sérologie herpétique



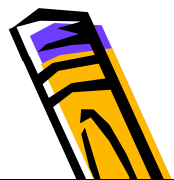
CHANCRE MOU



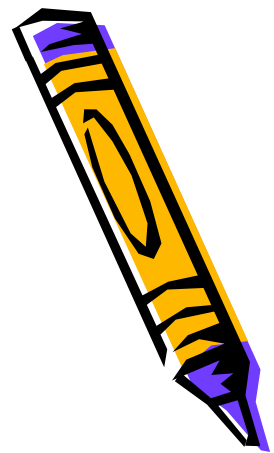


- **Chancre mou** : *Haemophilus ducreyi*
- **Épidémiologie** : endémique en Afrique noire, Amérique latine, certains groupes de population / EU.
Rares épidémies en Occident
- **Clinique : incubation courte (3-7j)**
 - papule ⇒ ulcération purulente douloureuse, sale
 - Adénopathie inflammatoire ⇒ fistulisation = **Bubon inguinal**









Papillomavirus



❑ Human papillomavirus (HPV):

- verrues génitales (condylomata acuminata), très contagieuses, cancer du col utérin ++
- sérotypes 16 et 18 : haut risque oncogène
- sérotypes 6 et 11 : bas risque oncogène ⇨ condylomes

❑ Verrues génitaux :

- externes: prurit
- internes : pertes vaginales, gêne anale ou mictionnelle



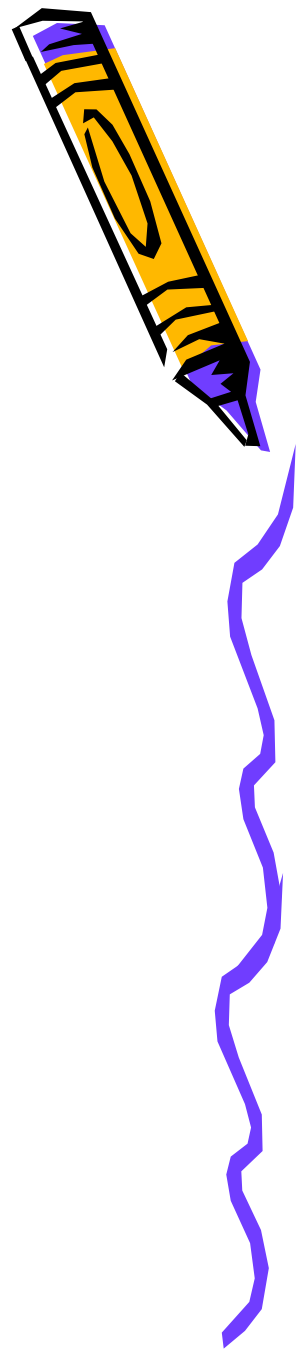
□ **Infections à HPV** : asymptomatiques, contagieuses

le risque de lésion du col utérin de haut grade:

- * type d'HPV : **HPV 16 ou 18**
- * la durée de l'infection: persistance de l'infection augmente le risque
- * charge élevée d'HPV
- * Femmes VIH +
- * Hommes non circoncis ayant des partenaires multiples ⇒ transmission élevée d'HPV









Trichomonose





□ IST d'origine parasitaire :

- *Trichomonas vaginalis*
- symptomatique chez la femme, évolution bénigne.
- 10 % des cas de vaginite,
moins de 5% des urétrites masculines
- transmission sexuelle,
- transmission non sexuelle: linge souillé humide



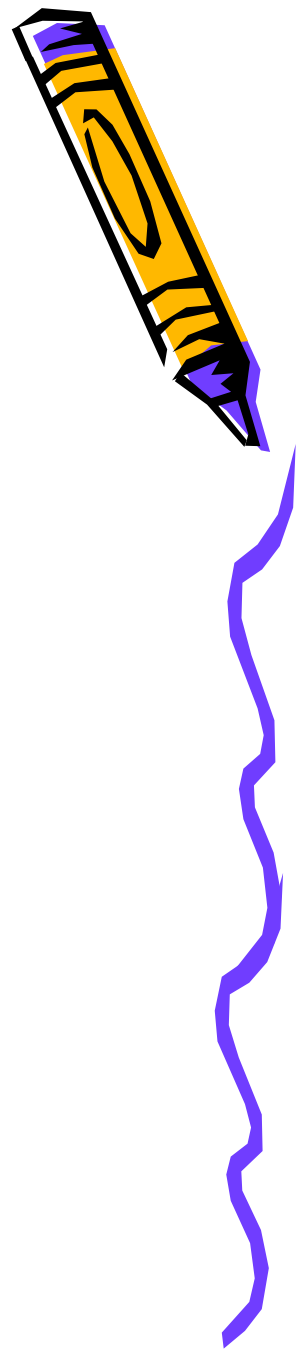
Chez la femme

- ▶ Infection asymptomatique : 15-20 % des cas
- ▶ Vaginite subaigue: 60-70 % des cas
 - leucorrhées abondantes, purulentes ou spumeuses
 - signes d'urétrite, prurit intense, dyspareunie
- ▶ Pas de cervicite

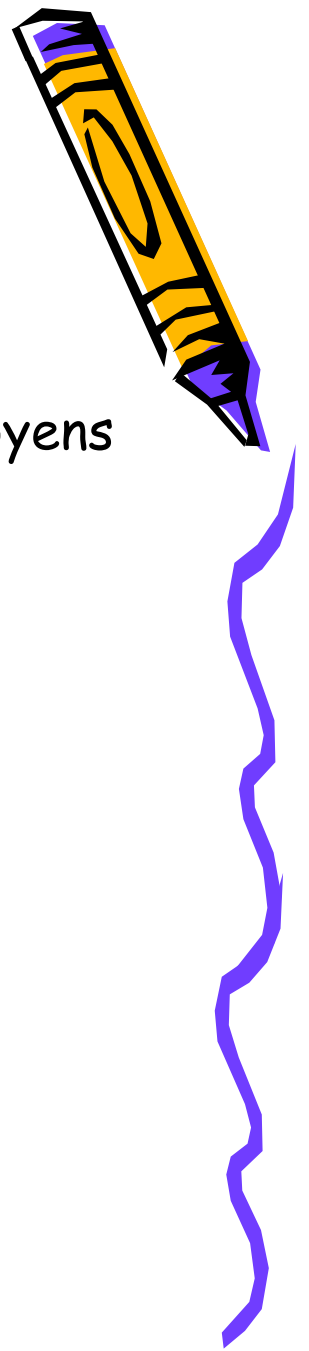


Chez l'homme

- ▶ Infection asymptomatique : 90 % des cas
- ▶ Urétrite: discrète



Approche syndromique du traitement des IST



- Adopté par l'OMS : médecine de terrain lorsque les moyens sont faibles
- Principe = traitement probabiliste
- Diagnostic clinique sommaire
- Pas de microbiologie
- Accompagner d'un message de prévention
 - comportements sexuels
 - préservatifs
 - dépistage sanguin VIH, syphilis
 - contacter les partenaires



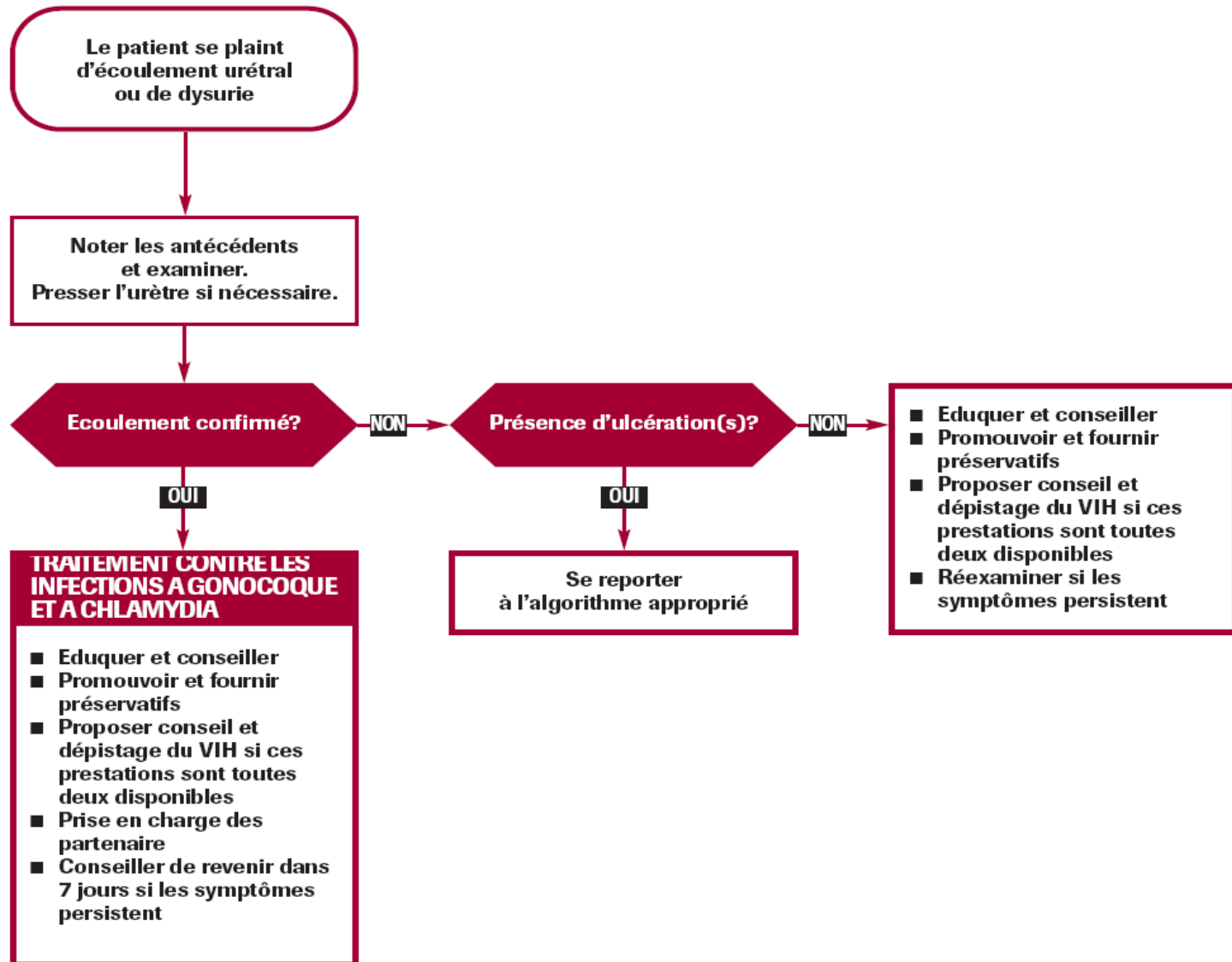
Approche syndromique : un succédané de médecine ?



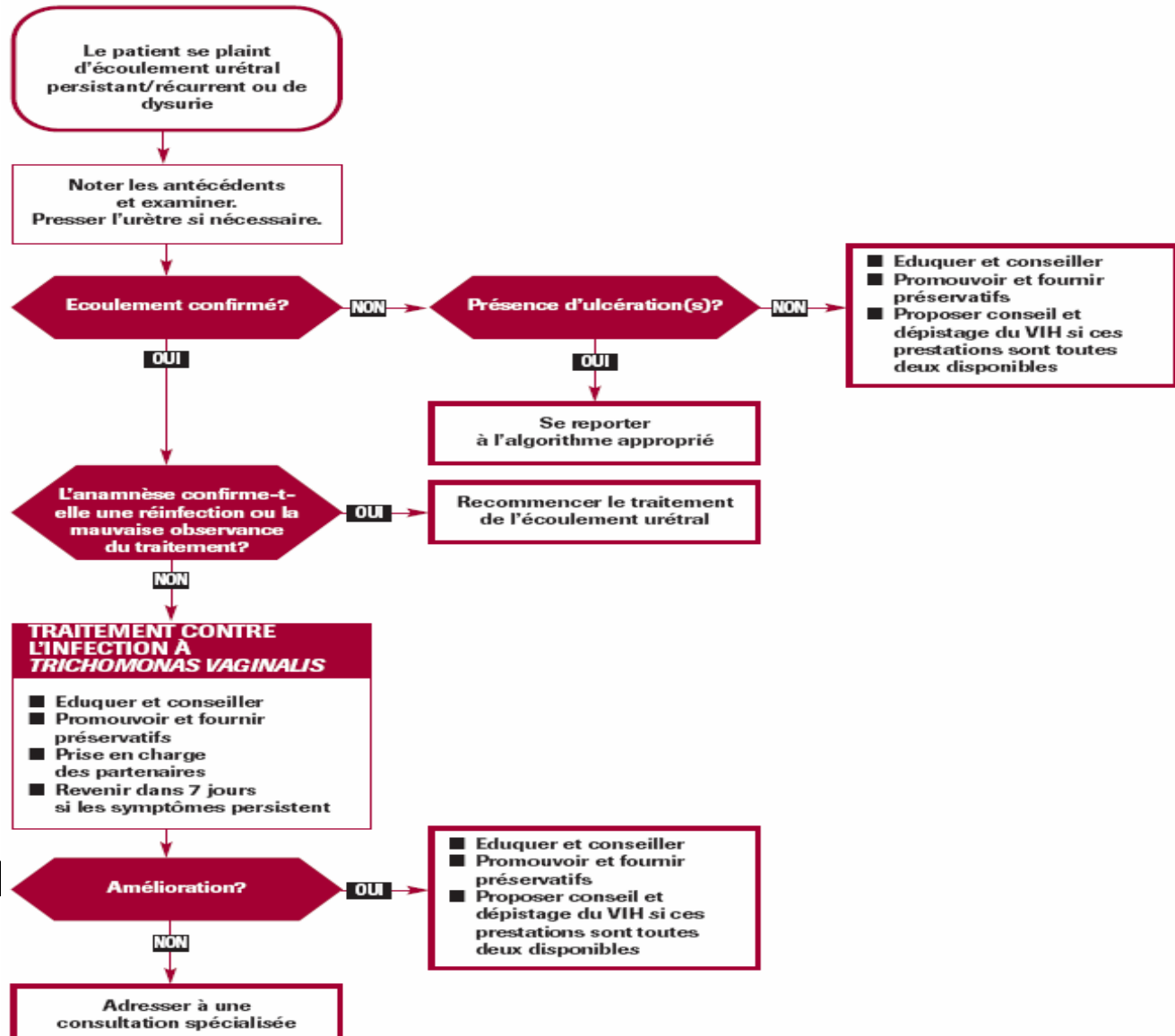
- Promue pour les PVD
- Plus petit commun dénominateur
- N'empêche pas d'ajouter du savoir-faire, voire des examens complémentaires
- N'est pas très éloignée de la démarche classique de diagnostic clinique
- Même dans les pays riches, le dg clinique suffit souvent :
 - vaginite : mycose, vaginose, voire trichomonase
 - herpès génital
 - salpingite



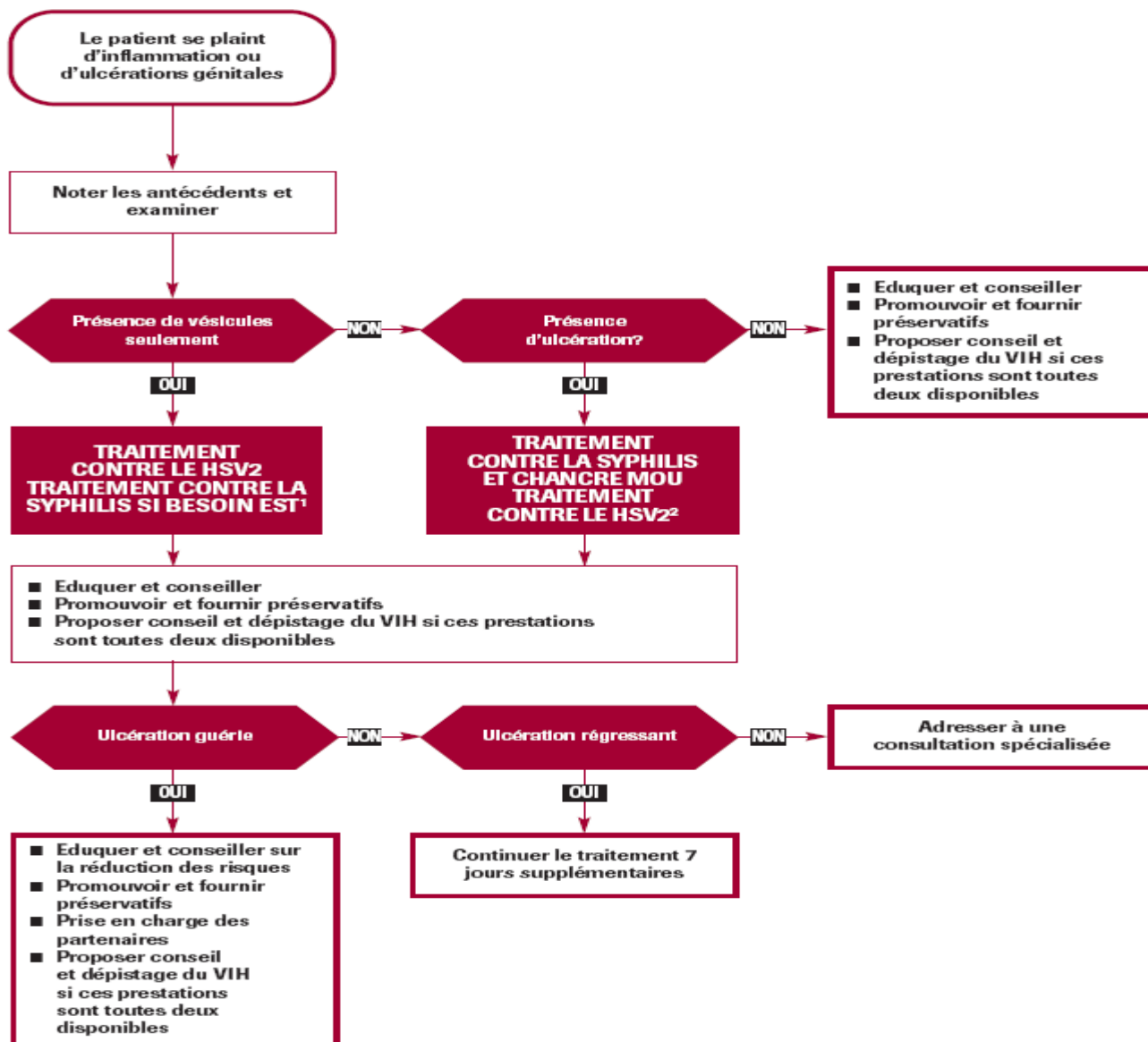
Algorithme OMS : écoulement urétral



en cas de persistance



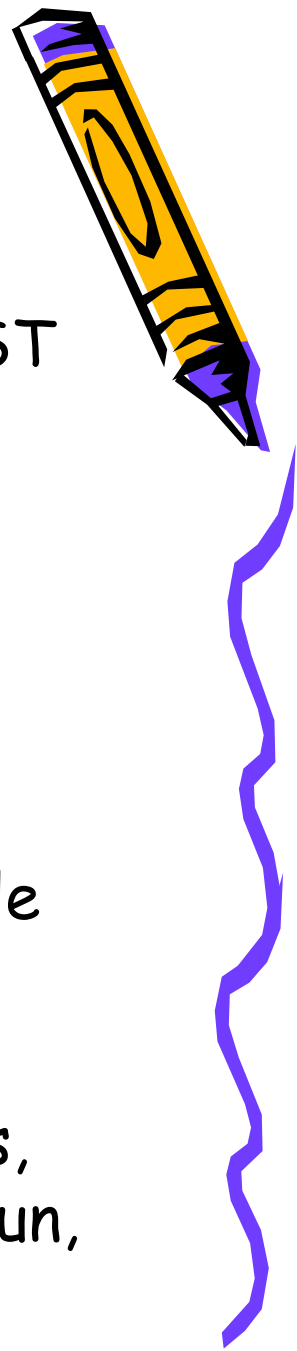
Ulcération génitale



Leucorrhées

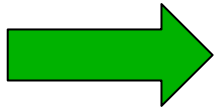
La plupart des leucorrhées ne sont pas des IST

- leucorrhées physiologiques
- L. de la petite fille
- L. de la femme enceinte
- candidose
- vaginose bactérienne
- notion de déséquilibre de la flore vaginale normale (de Doderlein, prédominance de lactobacilles = type 1)
- facteurs favorisants = douches vaginales, produits traditionnels, ATB, déficit immun, modification du pH



CONCLUSION





La lutte contre les IST comporte 4 volets importants

- ❖ Education des personnes à risque
- ❖ Recherche de l'infection chez les sujets a_{Σ} et Σ mais peu susceptibles de consulter pour obtenir un dg et se soigner
- ❖ Prise en charge efficace des personnes infectées
- ❖ ttt et éducation des partenaires sexuels des sujets infectés





MERCI

