

LiSA n°162: IST

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Étiologies	Connaître les causes des IST selon leur expression clinique	

Neisseria gonorrhoeae et *Chlamydia trachomatis*, isolément ou en association, sont des IST responsables d'infections urogénitales chez l'homme et de cervicovaginites chez la femme.

- Gonococcie :

- *Neisseria gonorrhoeae* ou gonocoque, Diplocoque encapsulé Gram négatif, intracellulaire.
- Principaux sites d'infection: urètre, col et vagin, pharyngé

Infections non compliquées :

- **Chez l'homme :** souvent bruyant (urétrite ++, anorectite, oropharyngite), mais peut être asymptomatique
- **Chez la femme :** cervicite ; anorectite et oropharyngite possibles mais le plus souvent asymptomatiques

- Chlamydie :

- *Chlamydia trachomatis*
- Bacille Gram négatif, intracellulaire obligatoire, immobile

Chlamydioses non compliquées :

- **Chez l'homme :** 50% asymptomatique, urétrite, anorectite, oropharyngite (moins bruyant qu'avec la gonococcie)
- **Chez la femme :** cervicite mais le plus souvent asymptomatique

- Syphilis :

- *Treponema pallidum*, spirochète

Syphilis précoce :

- **Primaire :** chancre au point d'inoculation, adénopathie satellite
- **Secondaire :** roséole syphilitique, syphilides (papuleuses, palmo-plantaires, génitales, ...), atteinte des phanères (depilation des sourcils, alopecie, ...) +/- signes généraux (fébricule) et non cutanéomuqueux (céphalées, poly-ADP, ...)

- Infection à HPV :

- *Human papillomavirus*
- HPV à bas risque oncogène (++ 6 et 11), haut risque (++ 16 et 18)

Lésions anogénitales :

- **Condylomes** : acuminés (« crêtes-de-coq »), plans (maculo-papuleux rosés)
- **Néoplasies Intra-épithéliales (NIE)** : lésions précancéreuses, HSIL ou LSIL

- Trichomonose :

- *Trichomonas vaginalis*, protozoaire flagellé, anaérobie

Trichomonoses non compliquées :

- **Chez l'homme** : asymptomatique ++, urétrite subaiguë, balanoposthite
- **Chez la femme** : asymptomatique ++, cervicovaginite ou vulvo-vaginite (prurit ++)

B	Prévalence, épidémiologie	Connaître la fréquence des différentes IST et leurs facteurs de risque	
---	---------------------------	--	--

- Gonococcie : incidence en augmentation

- Hommes ++/ femmes
- Plus élevée en Ile-de-France

- Chlamydirose : ++ fréquente que la gonococcie.

- Première cause d'IST bactérienne dans les pays industrialisés (prévalence jusqu'à 10 %).
- Première cause identifiée d'urétrite aiguë
- Pic d'incidence 15-34 ans chez la femme et 20-39 ans chez l'homme
- Fréquence élevée du portage asymptomatique

- Syphilis :

- Recrudescence depuis 2000 en France et pays industrialisés,
- Homosexuels masculins ++ territoire métropolitain, 40 % des patients infectés par le VIH
- Hétérosexuels ++ dans les départements et régions d'outre-mer (risque syphilis congénitale)

- Infection à HPV : IST la plus fréquente, augmentation dans pays développés (chez les 16–25 ans ++)

- Près de 40 % de la population de jeunes femmes européennes est infectée par l'HPV
- Prévalence mondiale des infections latentes de 25% des moins de 25 ans.

- Trichomonose : faible en France depuis plusieurs années, prévalence similaire chez la femme et chez l'homme.

Les principaux facteurs de risques d'IST sont : le multipartenariat (au moins 2 dans l'année), le changement de partenaire récent, une IST chez un partenaire, un antécédent d'IST, une autre IST active, l'homosexualité masculine, la prostitution et les violences sexuelles

A	Prise en charge	Connaitre les mesures préventives des IST	
---	-----------------	---	--

Pour toute IST, il faut :

- Protection des rapports sexuels par l'usage de préservatifs

- Vaccination préventive pour l'HPV, l'hépatite B (et l'hépatite A chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes)
- Identifier le, la ou les partenaire(s) contaminé(e)s ou contaminateur(trice)s, et proposer un dépistage, un diagnostic et/ou un traitement probabiliste ;
- Proposer systématiquement :
 - sérologie VIH,
 - test tréponémique,
 - une sérologie d'hépatite B
 - PCR urinaire ou génitale à la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*
 - PCR pharyngée et anale selon les pratiques sexuelles
- Insister sur les risques de recontamination (éducation).
- Envisager un traitement de type PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition) contre le VIH en cas de prise de risque trop régulière

A	Prise en charge	Connaitre les principes de prise en charge du ou des partenaires	
<ul style="list-style-type: none"> • Identifier le, la ou les partenaire(s) contaminé(e)s ou contaminateur(trice)s et proposer un dépistage, un diagnostic et/ou un traitement probabiliste ; • Proposer systématiquement : <ul style="list-style-type: none"> – sérologie VIH, – test tréponémique, – une sérologie d'hépatite B – PCR urinaire ou génitale à la recherche de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> et <i>Chlamydia trachomatis</i>, – PCR pharyngée et anale selon les pratiques sexuelles • Insister sur les risques de recontamination (éducation). • Envisager un traitement de type PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition) contre le VIH en cas de prise de risque trop régulière • 			
A	Étiologies	Connaître les causes des ulcérations génitales infectieuses ou non infectieuses	

- Infectieuses :

- Chance syphilitique : unique à fond propre, induré, localisation variable
- Herpès : ulcérations superficielles douloureuses à contours polycycliques
- Chancre mou : terrain (Afrique, Amérique du Sud, Asie), lésion(s) unique/multiples, fond sale, douleurs (+++), adénopathies inflammatoires
- Donovanose : terrain (Afrique, Amérique du Sud, Asie), lésions peu douloureuses granulomateuses
- Maladie de Nicolas-Favre (ou lymphogranulomatose vénérienne) : terrain (Afrique, Amérique du Sud, Asie, homosexuels), anorectite, ulcérations anogénitales, diarrhées trompeuses

- Non infectieuses : traumatique, caustique, mécanique, dermatose bulleuse, toxidermie, ...

A	Contenu multimédia	herpes génital	
A	Contenu multimédia	syphilis primaire (chancre)	
A	Diagnostic positif	Connaitre les signes cliniques de l'urétrite masculine	
<p>- Urétrite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Écoulement urétral ; • Dysurie ; • Douleurs urétrales : brûlures permanentes ou mictionnelles ; • Prurit urétral ; • Méatite, voire balanite • Aiguë ou sub-aiguë 			
B	Étiologies	Connaitre les causes des urétrites chez l'homme	
<p>Origine vénérienne :</p> <p>- <u>Gonococcie</u> : antérieure aiguë ++, écoulement urétral purulent (90 % des cas)</p> <p>- <u>Chlamydie</u> : urétrite (moins bruyante que pour le gonocoque) +/- écoulement urétral présent (< 50 % des cas), le plus souvent clair, modéré et intermittent.</p> <p>- <u>Trichomonose</u> : urétrite subaiguë, écoulement matinal, +/- prurit</p> <p>Origine non vénérienne :</p> <p>- <u>Infectieuse</u> : Escherichia, Klebsiella, Enterobacter, Serratia, ...</p> <p>- <u>Traumatique</u></p> <p>- <u>Radique</u></p> <p>- <u>Tumorale</u></p> <p>- <u>Irritative</u></p>			
A	Diagnostic positif	Connaitre les signes cliniques d'une infection génitale basse chez la femme	
<p>- Cervicite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leucorrhée ; • Pesanteur pelvienne ; • Signe d'urétrite associée ; • Col +/- inflammatoire et écoulement à l'orifice cervical <p>- <u>Vulvo-vaginite</u> : prurit, dyspareunie, leucorrhées, vulve œdématiée</p>			
B	Diagnostic positif	Connaitre les signes cliniques d'infection génitale haute chez la femme (salpingite, endométrite)	
<p>- Salpingite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • +/- fièvre • Douleurs pelviennes, métrorragies, +/- leucorrhées • Examen gynécologique : douleur au toucher vaginal, inflammation endocol 			

- Endométrite : fièvre +++, douleur pelvienne augmentée au TV, écoulement de l'orifice du col

A	Étiologies	Connaître les causes d'infections génitales basses chez la femme	
---	------------	--	--

- Gonocoque :

- Clinique : leucorrhées purulentes, pesanteur pelvienne, signes d'urétrite associée
- Examen gynécologique : col non ou peu inflammatoire et écoulement purulent à l'orifice cervical

- Chlamydie, Mycoplasme :

- Clinique : leucorrhées blanchâtres ou jaunâtres, cystalgies, syndrome urétral et/ou dyspareunie.
- Examen gynécologique : fragilité du col utérin et/ou sécrétions mucopurulentes, et/ou un ectropion friable et hémorragique

- Trichomonose :

- Clinique : prurit intense +++, +/- dyspareunie, +/- signes urinaires, leucorrhées abondantes, verdâtres, spumeuses et malodorantes, vulve est œdématisée
- Examen gynécologique : colpité punctiforme (« léopard »).

- Candidose :

- Clinique : leucorrhées blanches, caséuses, prurit +++, +/- dysurie, +/- pollakiurie, vulvite
- Examen gynécologique : leucorrhées blanches, caillebotées, grumeleuses, tapissant les parois du vagin

- Vaginose bactérienne :

- Clinique : pertes grises peu abondantes malodorantes
- Examen gynécologique : peu d'irritation locale

- Vulvovaginite :

- Bactérienne à *Streptocoque pyogenes*
- Parasitaire à oxyurose

- Hormonale (non infectieuse) :

- Atrophie chez les femmes ménopausées

- Néoplasique (non infectieuse) :

- Clinique : leucorrhées associées ou non à des métrorragies
- Examen gynécologique : atteinte du col, masse néoplasique, ...



B	Étiologies	Connaître les causes d'infections génitales hautes chez la femme	
<p>Origine vénérienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gonocoque - Chlamydie - Trichomonose - <i>Mycoplasma genitalium</i> <p>Origine non vénérienne : streptocoque, staphylocoque, entérocoques, entérobactérie, ...</p>			
B	Diagnostic positif	Connaître les manifestations extra génitales des IST	
<p>- <u>Gonocoque</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anorectite : asymptomatique +++, prurit anal, anite, écoulement rectal purulent, diarrhée, saignements anorectaux, syndrome rectal (ténésme, épreintes, diarrhée mucopurulente) et/ou sensations de défécations incomplètes. • Oropharyngite : asymptomatique +++) • Septicémie gonococcique : fièvre, atteinte cutanée (purpura pétéchial ; papules ou papulopustules acrales ou périarticulaires), et/ou atteinte articulaire (mono- ou oligo-arthrites septiques ; ténosynovites) • Autres : péri-hépatite, endocardite ou méningite. <p>- <u>Chlamydie</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pharyngite • Anorectites : asymptomatiques +++) • Syndrome oculo-uréthro-synovial : polyarthrite aiguë ou subaiguë réactionnelle, urétrite, conjonctivite bilatérale, balanite circinée, kératodermie palmoplantaire psoriasiforme, kératoconjonctivite, arthrite • Chez le nouveau-né : kératoconjonctivite, pneumopathie • Autres : péri-hépatite <p>- <u>Syphilis secondaire</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Roséole syphilitique : 1ère éruption syphilis secondaire, 6 semaines après le chancre, macules rosées, sur le tronc, pas d'autres symptômes fonctionnels • Syphilides : papuleuses, palmoplantaires • Autres symptômes cutané-phanériens : fausse perlèche, papules acnéiformes du menton, dépilation en aires de la langue, dépilation sourcils, ... • Signes généraux : fébricule, céphalées, poly-ADP, poly-arthralgies, neuro syphilis, manifestations ophtalmiques, ... 			
A	Examens complémentaires	Connaître les examens complémentaires à réaliser en cas d'IST : ulcérations génitales, urétrites, orchites, infections basses de la femme, infections hautes de la femme, localisation extragénitales	
<u>Bilan IST</u> :			

- Sérologies : VIH, VHB, test tréponémique +/- test non tréponémique
- PCR : Gonocoque et chlamydia (sur 1er jet urinaire, écoulement urétral, auto-prélèvement vaginal, pharyngé et anal selon les pratiques sexuelles)
- PCR pharyngée et anale selon les pratiques sexuelles
- Culture : systématique pour le gonocoque, écoulement urétral, auto-prélèvement vaginal, selon la symptomatologie
- Infection haute de la femme : CRP, NFS, prélèvement avec pose de speculum pour examen direct + culture standard + PCR, prélèvement chirurgicaux ou radioguidés si infection compliquée pour culture + PCR + rechercher de mycoplasmes
- Examen du col de l'utérus si condylome chez la patiente ou son conjoint

B	Prise en charge	Connaitre les mesures générales de prise en charge des IST (médicamenteux et non médicamenteux)	
---	-----------------	---	--

Pour toute IST, il faut :

- Identifier le, la ou les partenaire(s) contaminé(e)s ou contamineur(trice)s, et proposer un dépistage, un diagnostic et/ou un traitement probabiliste ;
- Proposer systématiquement :
 - sérologie VIH,
 - Test tréponémique,
 - une sérologie d'hépatite B
- PCR urinaire ou génitale à la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*
- PCR pharyngée et anale selon les pratiques sexuelles
- Insister sur les risques de recontamination (éducation).
- Envisager un traitement de type PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition) contre le VIH en cas de prise de risque trop régulière
- Protection des rapports sexuels par l'usage de préservatifs
- Vaccination préventive pour l'HPV, l'hépatite B (et l'hépatite A chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes)
- Devant une urétrite un traitement probabiliste par Doxycycline 200mg/J pendant 7 jours + Ceftriaxone 1g en dose unique peut être proposé
- Devant un chancre un traitement probabiliste par Benzathine pénicilline G DU IM 2,4 millions d'unités peut être proposé

B	Examens complémentaires	Connaître les explorations à réaliser en cas d'infection génitale haute chez la femme	
---	-------------------------	---	--

- Infection haute de la femme :
 - CRP, NFS,
 - Prélèvement avec pose de speculum pour examen direct + culture standard + PCR *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*,
 - Prélèvement chirurgicaux ou radioguidés si infection compliquée pour culture + PCR *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*, + rechercher de mycoplasmes

A	Prise en charge	Connaître les modalités du traitement probabiliste des IST	
<p>Tableau d'urétrite ou cervicite : traitement d'une infection à gonocoque et Chlamydia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxone DU IM ou IV 1000 mg • Doxycycline 200 mg PO 7 jours ou azithromycine 1g dose unique 			
A	Prise en charge	Connaître les modalités de dépistage des infections à HPV	
<p>- Diagnostic clinique</p> <p>- Chez l'homme : +/- uréthroscopie</p> <p>- Chez les femmes : si atteinte génitale, FCV ou test HPV-HR +/- colposcopie-biopsie</p> <p>- Atteinte anale : examen proctologique complet</p>			
A	Prise en charge	Savoir choisir les antibiotiques après documentation microbiologique de l'IST	
<p>- <u>Gonococcie</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxone dose unique IM ou IV 1000 mg • Si allergie β-lactamines : dose unique azithromycine ou gentamicine ou ciprofloxacine <p>- <u>Chlamydie</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline PO 200mg pendant 7 jours ou azithromycine 1g dose unique (risque de résistance) • 2^{ème} intention : érythromycine ou ofloxacine <p>- <u>Syphilis précoce</u> : Benzathine pénicilline G dose unique IM 2,4 millions d'unités</p> <p>- <u>Trichomonose</u> : Métronidazole PO 2g dose unique ou 500 mg 2x/j 7 jours ou Secnidazole 2g dose unique</p>			
B	Prise en charge	Connaître les modalités thérapeutiques des infections génitales hautes de la femme	
<p>- <u>Traitement probabiliste</u> : recommandations de 2018 (CNGOF – SPILF) préconisent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • IGH non compliquée : Ceftriaxone 1g IV/IM dose unique + Doxycycline 100mg/12h per os 10 jours + Métronidazole 500mg/12h per os 10 jours <p>- <u>Gonocoque</u> : Ceftriaxone (1 g/j, IV, 14 jours).</p> <p>- <u>Chlamydie</u> : Doxycycline (100 mg/12 heures, <i>per os</i> ou IV, 14 jours).</p>			
A	Prise en charge	Connaître les modalités de prévention des IST	
<p>Pour toute IST, il faut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protection des rapports sexuels par l'usage de préservatifs • Vaccination préventive pour l'HPV, l'hépatite B (et l'hépatite A chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) 			

- Identifier le, la ou les partenaire(s) contaminé(e)s ou contamineur(trice)s, et proposer un dépistage, un diagnostic et/ou un traitement probabiliste ;
- Proposer systématiquement :
 - sérologie VIH,
 - test tréponémique,
 - une sérologie d'hépatite B
 - PCR urinaire ou génitale à la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis*
 - PCR pharyngée et anale selon les pratiques sexuelles
- Insister sur les risques de recontamination (éducation).
- Envisager un traitement de type PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition) contre le VIH en cas de prise de risque trop régulière

A	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques d'une syphilis précoce	
<p><u>Syphilis précoce</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primaire : durée variable (21 jours en général) <ul style="list-style-type: none"> • Chancre : unique ++, fond propre, induré, génital ++, régression spontanée <ul style="list-style-type: none"> ○ Attention : tous les chancres syphilitiques ne respectent pas totalement ces critères <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une syphilis doit être évoquée jusqu'à preuve du contraire devant toute ulcération des parties génitales • ADP satellite : non inflammatoire - Secondaire : durée <1an <ul style="list-style-type: none"> • Roséole syphilitique : macules rosées, sur le tronc, pas d'autres symptômes fonctionnels • Syphilides papuleuses : papules cuivrées, nombre et localisation variable • Signes généraux et extra-cutané : fébricule, céphalées, poly-ADP, ... - Latente précoce : asymptomatique 			
B	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques d'une syphilis tardive	
<ul style="list-style-type: none"> - La syphilis latente tardive se définit par l'absence de signe clinique et la découverte d'une sérologie positive dont la date présumée du contact est de plus d'un an - Les formes cliniques de syphilis tertiaire sont : <ul style="list-style-type: none"> ○ Syphilis gommeuse ○ Syphilis osseuse ○ Syphilis cardiovasculaire (aortite, sténose des coronaires, ...) ○ Neurosyphilis tertiaire ○ Tabés 			
B	Diagnostic positif	Connaître les différentes présentations cliniques de la syphilis secondaire (formes neurologiques notamment)	
<p>Liées à la diffusion systémique du tréponème. Éruption « floraisons » évoluant par poussées.</p>			

- Roséole syphilitique : 1ère éruption syphilis secondaire, 6 semaines après le chancre, macules rosées, sur le tronc, pas d'autres symptômes fonctionnels

- Syphilides :

- Papuleuses : monomorphe, papule cuivrée, nombre et localisation variable
- Palmoplantaires : très évocatrices ++, papules érythémateuses cuivrées paumes et plantes, inconstantes
- Génitales et périnéales : indolores, non prurigineuses, multiples, molles, papuleuses/érosives, contagieuses ++

- Autres symptômes cutané-phanériens : fausse perlèche, papules acnéiformes du menton, plaques fauchées de la langue, dépilation sourcils, ...

- Signes généraux et extra-cutanéomuqueux: fébricule, céphalées, poly-ADP, poly-arthralgies, neurosyphilis (manifestations ophtalmologiques, hypoacousie, acouphènes, paralysie faciale, méningite,...)

B	Contenu multimédia	Photographie d'une éruption au stade de syphilis secondaire	
A	Examens complémentaires	Connaître les tests sérologiques au cours de la syphilis	

- Les tests tréponémiques (TT) : réaction spécifique des tréponématoses.

- ELISA : test immuno-enzymatique automatique, taux d'IgM et d'IgG
- TPHA est un test d'agglutination et de fluorescence manuel ; résultat exprimé en dilution
- Cinétique : TT + entre 7^e et 10^e jour du chancre.

- Les tests non tréponémiques (TNT) : VDRL et RPR (Rapid Plasma Reagin) ne sont pas des réactions spécifiques des tréponématoses (+++).

- TT- et TNT- : absence de tréponématose ou très récente (ou guérie et traitée précocement)

- TT+ et TNT+ : interprétation selon la cinétique du TNT (début d'une syphilis avec croissance du TNT, syphilis traitée avec décroissance du TNT)

- TT- et TNT+ : faux positif

- TT+ et TNT- : tréponématose guérie ou très précoce ou syphilis tertiaire très ancienne

A	Prise en charge	Savoir traiter la syphilis primaire	
---	-----------------	-------------------------------------	--

- Syphilis précoce : Benzathine pénicilline G dose unique IM 2,4 millions d'unités

- Si allergie pénicilline : doxycycline 14 jours
- Réaction d'Herxheimer : possible pour la syphilis primaire ou secondaire, lyse des tréponèmes

- Patient VIH+ (syphilis primaire ou secondaire) : Benzathine pénicilline G dose unique IM 2,4 millions d'unités

B	Prise en charge	Savoir traiter la syphilis secondaire	
<p>- <u>Syphilis secondaire précoce</u> : Benzathine pénicilline G dose unique IM 2,4 millions d'unités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si allergie pénicilline : doxycycline 14 jours • Réaction d'Herxheimer : possible pour la syphilis primaire ou secondaire, lyse des tréponèmes <p>- <u>Patient VIH+ (syphilis primaire ou secondaire)</u> : Benzathine pénicilline G dose unique IM 2,4 millions d'unités</p> <p>- <u>Syphilis secondaire tardive</u> : Benzathine pénicilline G dose unique IM 2,4 millions d'unités 1 fois par semaine pendant 3 semaines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si allergie pénicilline : doxycycline 28 jours • Réaction d'Herxheimer : possible pour la syphilis primaire ou secondaire, lyse des tréponèmes 			
A	Diagnostic positif	Connaître les manifestations cliniques liées au HPV	
<p>Localisation variée, unique ou multiple</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condylomes acuminés : "crêtes-de-coq" - Condylomes plans : maculo-papules rosées - Néoplasie intra épithéliale (NIE) : lésions pré-cancéreuses (LSIL ou HSIL) 			
B	Prise en charge	Connaître les modalités de traitement des infections liées au HPV	
<p>- Préventif : vaccin nonavalent, 2 ou 3 doses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfants de 11 à 19 ans • Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : jusqu'à 26 ans <p>- Curatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Physique : cryothérapie, laser CO2, électrocoagulation, chirurgie • Chimique : podophyllotoxine • Immunologique : imiquimod 			
B	Etiologies	Connaître les étiologies parasitaires des IST	
<p>- <u>Trichomonose</u> : <i>Trichomonas vaginalis</i>, protozoaire flagellé, anaérobie</p> <p>- Gale : <i>Sarcoptes scabiei hominis</i>, sarcopte*</p> <p>- Pédiculose du pubis (morpion) : <i>Phthirus inguinalis</i></p> <p>* son mode de transmission l'apparente à une IST ce qui impose une recherche de conduite à risque et le cas échéant un dépistage des autres IST</p>			
B	Diagnostic positif	Connaître les examens complémentaires à réaliser pour le diagnostic d'une trichomonose, d'une infection à C Trachomatis et N Gonorrhoeae	
Gonocoque :			

- PCR :

- Homme : 1er jet urinaire ou écoulement urétral spontané
- Femme : auto-écouvillonnage vaginal
- +/- pharyngé, anal

- Prélèvement bactériologique :

- Urétrite biologique : >5 PNN au frottis urétral x100 ou >10 PNN x400
- Examen direct : diplocoque gram négatif, "grain de café", intracellulaire
- Culture : systématique, sur gélose sang cuit, antibiogramme

Chlamydie :

- PCR :

- Homme : sur premier jet d'urine ou écoulement urétral spontané
- Femme : sur auto-écouvillonnage vaginal
- +/- pharyngé, anal

- Pas d'intérêt de la sérologie

Trichomonose :

- Examen direct ou PCR

- Chez l'homme : écoulement urétral ou 1er jet urinaire
- Chez la femme : cul-de-sac vaginal postérieur (réalisé également sur auto-écouvillonnage)

B

Prise en charge

Connaître les modalités du traitement d'une trichomonose, d'une infection à C Trachomatis et N Gonorrhoeae

Gonocoque :

- Infection non compliquée : ceftriaxone dose unique IM ou IV 1000 mg

- Traitement anti-chlamydia associé systématique : doxycycline 7 jours
- Si allergie β -lactamines : dose unique azithromycine ou gentamycine ou ciprofloxacine
- Chez la femme enceinte : dose unique ceftriaxone ou céfixime

- Orchi-épididymite : ceftriaxone dose unique (IM ou IV 1000 mg) ou céfixime

- Septicémie, endocardite, méningite, endométrite, salpingite : ceftriaxone +/- hospitalisation

Chlamydie :

- Infection non compliquée : Doxycycline PO 200mg pendant 7 jours ou azithromycine 1g dose unique (risque de résistance à d'autres microorganismes)

- 2^{ème} intention : érythromycine ou ofloxacine
- Chez la femme enceinte : azithromycine DU
- Nouveau-né : érythromycine (si pneumopathie ou ophtalmie)

- Orchi-épididymite : doxycycline 10 jours
- Endométrite, salpingite : doxycycline 14 jours

Trichomonose :

- Metronidazole PO 2g dose unique ou 500 mg 2x/j 7 jours ou Secnidazole 2g DU

A	Suivi et/ou pronostic	Principales conséquences à long terme des infections génitales hautes chez la femme	
- Algies pelviennes inflammatoires, stérilité tubaire et grossesse extra-utérine			
B	Diagnostic positif	Reconnaitre les particularités des IST en fonction de l'âge	
<ul style="list-style-type: none"> - Il n'y a pas de modification des signes cliniques selon l'âge sauf pour les nouveaux nés dont l'atteinte peut concerner les yeux et les voies respiratoires - Il n'y a pas d'IST selon l'âge <ul style="list-style-type: none"> o Les cancers HPV induits mettent cependant plusieurs années à se développer après les premiers rapports sexuels o Une IST chez un enfant peut faire suspecter un sévice sexuel. L'interrogatoire et l'examen clinique doivent être minutieux et prudents pour ne pas accuser à tort un parent o On constate actuellement une majoration de l'incidence des salpingites entre 35 et 45 ans en lien, probablement, avec la recombinaison des couples et ainsi la reprise d'une nouvelle activité sexuelle 			
B	Contenu multimédia		



Condylome



Syphilis secondaire



Syphilis Chancre



Herpès