

Les Infections Sexuellement Transmissibles

En Pratique Quotidienne



Pr. Omar .BOUDGHENE-STAMBOULI

- *Responsable de l'enseignement des Maladies Cutanées
Faculté de Médecine Dr B. Benzerdjeb (Tlemcen)
Université Aboubakr Belkaid Tlemcen
Laboratoire Toxicomed 32*
- *Médecin chef du Service de Dermatologie
CHU Dr T. Damerdji Tlemcen*

Les Infections Sexuellement Transmissibles

**En Pratique
Quotidienne**



Pr . O . BOUDGHENE - STAMBOULI

TABLE DES MATIERES

Avant-propos.....	1
Préface.....	2
Préambule.....	3
Définition.....	3
Historique.....	3
Importance des IST.....	4
Impacts médico-sociaux des IST.....	6
Action préventive et moyens de lutte.....	7
Rappel anatomique.....	8
Ecoulements uréthro-génitaux.....	12
Ulcérations Génitales.....	18
Syphilis.....	25
Condylomes Ano-génitaux ou Végétations Vénériennes.....	33
Manifestations Dermatologiques au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine.....	38
Conclusion.....	49
Index.....	51

Les infections sexuellement transmissibles sont certainement un chapitre d'actualité auquel le praticien est souvent confronté. Variant avec le temps, la région, le mode de vie ..., ces maladies en augmentation régulière ont beaucoup bénéficié des découvertes de la médecine. Dans un but pratique, nous avons essayé de regrouper des différents tableaux cliniques qui peut rencontrer le médecin et de dégager des attitudes diagnostique et thérapeutique simples. Ce petit outil de travail doit être une clé pour le débutant afin de l'initier et de l'inciter à consulter les manuels médicaux.

Ce livre est une mise au point, écrite par différents médecins spécialistes qui ont fait leur preuve sur le terrain, à qui nous tenons à remercier pour leur active collaboration. Ce livre doit permettre de mieux comprendre les IST, d'avoir une démarche cohérente dans l'exploration clinique et biologique de « ces patients difficiles ». L'adhésion des malades est un élément essentiel à la maîtrise des problèmes, l'importance de l'interrogatoire qui à force d'être répété obtient des indices (repères), examen clinique complet et décision concernant l'importance des investigations (bilan minimum ou bilan complet). Les résultats de l'examen clinique, l'ancienneté et le caractère évolutif d'une IST, l'expérience personnelle sont des facteurs décisionnels.

Voilà des siècles que l'humanité affronte les fléaux sociaux liés à des diverses causes. Certaines, comme les maladies vénériennes, ont été considérées comme une fatalité, chez certaines populations; Quoi que l'analyse épidémiologique, ait établi la relation de cause à effet, et la responsabilité de beaucoup de germes dans les infections sexuellement transmissibles, entre virus, bactéries, champignons et parasites. Le déterminant principal dans ces infections reste un problème de comportement et d'hygiène sexuelle. La pandémie de sida qui touche l'humanité toute entière en est l'exemple frappant.

Préfacer un document d'une valeur pédagogique certaine, dont le professeur Omar Boudghène Stambouli m'a chargé, est d'abord un honneur pour moi, et ceci m'autorise à lui rendre un hommage particulier pour tous les efforts qu'il a consentis pour que la dermatologie ne soit plus, dans une certaine mesure, l'apanage du spécialiste. Sa réunion annuelle de dermatologie pratique, qu'il maintient régulièrement depuis 20 ans en est une simple et efficace illustration.

Que le lecteur, étudiant ou praticien, trouve intérêt à lire et utiliser ce manuel pratique .

Pr. Kaouel MEGUENNI
Directeur de l'ANDRS
Médecin Chef du Service d'épidémiologie du CHU
Dr T. Damerdji de Tlemcen

PREAMBULE

Définition

Anciennement dénommées maladies vénériennes (de vénus, déesse romain de l'amour), les infections sexuellement transmissibles ou transmises sont des maladies infectieuses et contagieuses dues à des micro-organismes multiples et variés (virus, bactéries, champignons et parasites), liées entre elles par un même mode de transmission, les rapports sexuels.

Historique

Elles sont connues depuis l'antiquité, et on retrouve des descriptions de la blennorragie dans des écrits chinois, indiens et même dans l'Ancien Testament. Vers la fin du quinzième siècle, la syphilis est apparue comme une maladie nouvelle, introduite en Europe par les marins de Christophe Colomb après leur retour d'Amérique, et elle a semé la terreur pendant des siècles. A partir du 19ème siècle, les progrès de la microbiologie ont permis de décrire les autres affections de ce groupe. La découverte de médicaments efficaces (sulfamides et

antibiotiques) avait fait espérer une régression des IST. Bien au contraire, depuis les années 60 et avec la « libération sexuelle », on a plutôt assisté à leur recrudescence et à leur extension, comme le SIDA au début des années 80.

Importance des IST

Si par leurs manifestations les IST intéressent essentiellement trois spécialités médicales ~ la vénéréologie, l'urologie et la gynécologie ~, les connaissances récentes font que pratiquement toutes les branches de la médecine sont concernées.

Jadis limitées à quelques unes, les IST dépassent actuellement la vingtaine, allant de la maladie la plus bénigne, comme la gale, à la plus grave, le SIDA ou syndrome d'immunodéficience acquise, ce dernier-né du siècle passé au si redoutable pronostic.

Dans notre planète, nous assistons à la recrudescence alarmante de ces maladies alors qu'elles bénéficient des formidables progrès de la médecine et de la thérapeutique. La résistance au traitement est aussi un phénomène mondial.

Les IST progressent en tache d'huile pour prendre une ampleur qui ne connaît plus de limites géographiques de jadis et ceci en raison de plusieurs facteurs qui, avec le développement socio-économique rapide de certains pays, facilitent cette extension.

Nous les rapportons de manière assez succincte :

- 1- Le développement considérable des moyens de transport (voyages organisés, tourisme, voyages d'affaires) qui permet la rencontre de populations provenant des horizons les plus éloignés.

Ce brassage s'effectue très rapidement alors que les conditions des contrôles sanitaires aux frontières restent limitées aux vaccinations contre les maladies infectieuses (fièvre jaune par exemple) et s'avèrent donc inefficaces contre les IST.

- 2- Les regroupements faciles de nombreuses personnes entraînant des modifications dans le mode de vie de ces gens, cette vie communautaire où la promiscuité favorise les échanges les plus variés notamment sexuels et produits toxicomaniaques (à titre d'exemple : les regroupements de jeunes adaptés à la drogue, les réunions de bonne compagnie, les festivités etc...)
- 3- L'abus incontrôlé des drogues euphorisantes et des boissons alcoolisées est un paramètre quasi-constant des groupes de jeunes facilitant les communications, la levée des inhibitions et des relations sexuelles (homo et hétérosexuelles).
- 4- Les conditions socio-économiques défavorables telles que le chômage, le sous-emploi, la misère, les périodes de grandes crises sociales (la guerre, catastrophe) constituent un facteur de relâchement des mœurs.
- 5- La libération et le relâchement des mœurs en rapport avec une mutation de la société actuelle dite moderne avec comme corollaire la prostitution, l'homosexualité, les rapports libres

multiples et changeants qui constituent la principale source de contamination.

Impacts médico-sociaux des IST

- Certaines IST posent le plus de problèmes de par leur incidence sans cesse croissante, des complications auxquelles elles exposent et par la notion de portage asymptomatique, particulièrement féminin. A titre exemple l'impact psychosocial des IST est l'infertilité induite par le chlamydia. Certains auteurs considèrent que la sérologie des chlamydia est un des premiers examens à demander lors du bilan d'une stérilité. Alors, la cause d'une stérilité est attribuée à des salpingites silencieuses relevant pour les 2/3 au moins d'une étiologie chlamydienne.
- Un autre point fondamental mérite d'être noté : la résistance aux traitements. La résistance aux traitements qui conduit à élargir constamment notre éventail thérapeutique (exemple : les souches de gonocoques résistants à la pénicilline diffusées par le tourisme).
- Au niveau des faits, en tant que médecin, nous ne pouvons que lier ces deux phénomènes que sont la boulimie sexuelle et la recrudescence des IST ; ce fléau ou péril vénérien, ne respecte aucune frontière même si certains pays sont moins touchés.

Un petit moment de plaisir se paie parfois chèrement par ses retentissements sur la fonction sexuelle ou reproductrice, générateurs de conflits, de stérilité et par un coût social de plus en plus élevé.

Action préventive et moyens de lutte

Les moyens thérapeutiques sont nombreux, parfois coûteux mais ne sont pas arrivés à éradiquer ces affections, ainsi se dégage toute l'importance de la prévention des IST. Les deux grands moyens de lutte se situent schématiquement au niveau de l'offre d'une part et de la demande d'autre part.

1. Limiter l'offre, les problèmes des IST ne peuvent se résoudre isolément : la santé, les aspects éducatifs moraux et économiques doivent tous être pris en compte.

Toute personne (médecin, sage femme, imam, prêtre, enseignant etc.) ou tout autre individu investi d'une fonction sociale ou religieuse dont les avis sont très écoutés dans les communautés a un rôle essentiel à jouer dans les motivations des gens afin de les aider à prendre conscience de la gravité et de l'ampleur du problème.

2. Pour réduire la demande, il faut concentrer l'action préventive au niveau de l'éducation, l'information large et la motivation de chacun.

Rappel anatomique

Anatomie de l'urètre masculin

1. Situation, configuration externe

Il fait suite au col vésical et se termine à l'extrémité de la verge par l'ostium externe ou méat urétral.

Depuis son origine vésicale, l'urètre traverse d'abord la prostate, puis l'aponévrose moyenne du périnée selon un trajet oblique en bas et en avant.

Il présente une double courbure de sens inverse : une postérieure à concavité supérieure et une antérieure à concavité inférieure ; ces deux courbures disparaissent par étirement de la verge vers le bas au cours de la manœuvre de sondage vésicale.

Sa longueur est de 16 cm environ.

2. Divisions

On lui décrit 03 portions :

◆ Urètre prostatique de 3 à 4cm il est soulevé à sa partie médiane par le véru-montanum centré par l'utricule (vestige müllérien) de chaque côté de celui-ci s'abouchent les orifices des canaux éjaculateurs, sur les parties latérales de nombreux canaux prostatiques s'abouchent dans les gouttières latéro-prostatiques.

◆ L'urètre membraneux : 1,5 à 2cm entouré par le sphincter strié urétral responsable de la continence volontaire et traverse l'aponévrose moyenne du périnée.

◆ l'urètre spongieux : 12cm, entouré par le corps spongieux, comporte un segment périnéal ou bulbaire où s'ouvrent les glandes bulbo-urétrales de Cowper et un segment pénien, la fosse naviculaire est une dilatation de celui-ci située derrière le méat ; il est longé de l'intérieur par des lacunes urétrales (foramina et foraminula)

En dehors des mictions, la lumière urétrale est virtuelle ; pendant la miction on retrouve des segments rétrécis (orifice du col vésical, partie moyenne de l'urètre spongieux et le méat externe) et des segments dilatés (portion prostatique, cul de sac bulbaire et la fosse naviculaire).

3. Structure

Sa structure est composée d'une couche muqueuse et une musculuse.

4. Vascularisation et innervation :

◆ l'urètre prostatique est irrigué par les artères de la génito-vésicale.

◆ l'urètre membraneux par les branches de l'artère honteuse interne et hémorroïdale inférieure.

◆ l'urètre spongieux par les branches des artères bulbaires, bulbo-urétrales et dorsale de la verge

Le retour veineux est assuré par le plexus de santorini , le plexus séminal et la veine dorsale profonde de la verge.

Les lymphatiques sont ganglions inguinaux et iliaques externes (urètre spongieux),
Iliques externes et hypogastriques (urètre membraneux) et ilio-obturbateurs (urètre prostatique)

Les nerfs proviennent du plexus hypogastrique et nerf honteux interne.

Anatomie de l'urètre féminin:

Il fait suite au col vésical et se termine vers l'orifice urétral de la vulve, longueur 3 à 4cm

Il est composé d'un segment pelvien (4/5 de sa longueur) et d'un segment périnéal(1/5 de sa longueur)

Il est constitué d'une musculeuse avec deux couches et d'une muqueuse où s'abouchent deux glandes annexes : glandes para-urétrales de Skène de part et d'autre du méat externe de l'urètre.

Les moyens de fixité outre la vessie et le vagin sont constitués par : le ligament pubo-urétral antérieur, deux ligaments postérieurs et un intermédiaire.

Sa trophicité est influencée par les sécrétions oestrogéniques .

La vascularisation :

◆ Le segment pelvien reçoit les branches de artères vésicales inférieures et vaginales nées de l'hypogastrique et de l'artère vésicale antérieure née de la honteuse interne ;les veines se jettent dans le plexus de Santorini ; les lymphatiques sont drainés par les ganglions hypogastriques.

◆ Le segment périnéal reçoit les artères de la honteuse interne ;ses veines se jettent dans les veines bulbaires ;les lymphatiques sont drainés par les ganglions iliaques externes et inguinaux superficiels.

Écoulements uréthro-génitaux

Définition

Ce sont des maladies infectieuses transmises sexuellement qui se traduisent cliniquement par un écoulement urétral et/ou génital. Elles sont extrêmement banales et fréquentes.

Clinique

- Chez l'homme

Il s'agit d'un écoulement urétral (urétrite) dont l'aspect (purulent ou non), l'abondance, la couleur (jaune verdâtre, clair...) et la consistance varient selon l'étiologie. Des signes fonctionnels à type de dysurie, pollakiurie et de prurit peuvent s'y associer. Ce tableau peut être aigu, subaigu ou chronique. En l'absence de traitement, des complications peuvent survenir : locales (prostatite, épидидymite...) ou générales (arthrites, septicémie).

Urétrite aiguë: écoulement purulent jaunâtre

- Chez la femme

La symptomatologie est souvent plus discrète, que chez l'homme. Il peut s'agir d'une urétrite (dysurie, méatite, pollakiurie) associée à une vulvo-vaginite qui est plus habituelle (leucorrhées, irritation vaginale). L'examen au spéculum précise s'il y a une cervicite. Les complications surviennent lors d'infections à bas bruit et en l'absence de traitement : bartholinite, salpingite (risque de stérilité +++), périhépatite, septicémie, etc. le nouveau-né peut être contaminé par la mère lors de l'accouchement : conjonctivite, pneumonie.

Diagnostic

L'interrogatoire doit être précis pour rechercher la notion de rapports sexuels infectants, les habitudes sexuelles, le ou les partenaires...



L'examen clinique doit être aussi complet que possible, particulièrement chez la femme. Il est complété par l'examen des muqueuses pharyngée et anale (femme, homosexuel). La recherche d'une complication ou d'une localisation extra-génitale doit faire partie du bilan clinique et/ou biologique.

Un prélèvement par examen direct au microscope affirme l'étiologie infectieuse en retrouvant plus de 5 polynucléaires par champ et quelques germes peuvent être identifiés : gonocoque, *Trichomonas vaginalis*, filaments mycéliens. Sinon les cultures donnent le diagnostic.

Au terme de ce bilan, une étiologie est suspectée ou affirmée :

1. Gonocoque

Après une incubation de moins de 5 jours, tableau aigu avec pus jaune verdâtre, brûlures mictionnelles. La coloration Gram montre des diplocoques Gram négatifs en grains de café.

2. *Chlamydia trachomatis*

Avec le gonocoque, il occupe la première place dans l'étiologie des urétrites

La période d'incubation est plus longue, supérieure à une semaine en général. L'urétrite est subaiguë à type de goutte matinale et d'écoulement muqueux. La discrétion de la symptomatologie explique la relative fréquence des

complications : orchi-épididymite, salpingite et stérilité. La culture aidée des méthodes immuno-enzymatiques précise le diagnostic.

3. *Mycoplasmes*

Saprophytes des muqueuses génitales, leur responsabilité n'a été invoquée qu'à une date récente. *Ureaplasma urealyticum* provoque chez l'homme une urétrite subaiguë, des prostatites et des épидидymites et chez la femme des vaginites et des urétrites peu marquées. *Mycoplasma hominis* donne plutôt des salpingites. La culture donne le diagnostic.

4. *Trichomonas vaginalis*

Très fréquent chez la femme, c'est un tableau de vulvo-vaginite subaiguë avec pertes mousseuses. Chez l'homme, un écoulement urétral matinal est très rarement observé. L'examen direct visualise un protozoaire flagellé.

5. *Candida albicans*

Il réalise une vulvo-vaginite, volontiers récidivante, avec leucorrhées abondantes et crémeuses et un prurit vulvaire. Une urétrite subaiguë est exceptionnelle. La recherche d'une cause favorisante est classique : grossesse, pilule, diabète, corticoïdes... L'examen direct met en évidence des levures et des filaments mycéliens et la culture sur milieu de Sabouraud confirme le diagnostic.

6. *Gardnerella vaginalis*

Il donne chez la femme des pertes malodorantes et adhérentes à la paroi vaginale. C'est un germe d'individualisation récente qui est souvent associé à d'autres pathogènes (anaérobies...). Le

test à la potasse qui donne une odeur de poisson et la découverte de cellules à l'examen direct sont très évocateurs du diagnostic.

7. Autres causes

Pyogènes, streptocoque hémolytique B (risque de septicémie et de méningite néo-natale en cas de portage en fin de grossesse), anaérobies, urétrites amicrobiennes...

Traitement

Ce sont des infections sexuellement transmissibles et le traitement doit donc s'adresser aussi aux partenaires sexuels retrouvés. De plus, il faut rechercher une autre IST associée, syphilis en particulier, et avoir à l'esprit l'infection par le virus de l'immunodéficiences humaine. Souvent aussi, deux germes peuvent être présents dans la même urétrite.

Selon l'étiologie, on distingue les urétrites gonococciques et les urétrites non gonococciques représentées essentiellement par chlamydia trachomatis et les mycoplasmes.

Le gonocoque est sensible à beaucoup d'antibiotiques, quoique les résistances à la pénicilline et aux cyclines soient de plus en plus fréquentes dans certaines régions. Souvent il s'associe à chlamydia. Aussi il est préconisé un traitement minute (en prise unique) antigonococcique combiné à un traitement long contre les chlamydia, agissent aussi contre les mycoplasmes.

1. Traitement minute

Bénéthamine-pénicilline, 4 millions d'unités en intra-musculaire plus un Gramme de probénécide dans les régions où la résistance à la pénicilline est rare.

Ampicilline, 3,5g, amoxicilline, 3g, en prise orale plus un Gramme de probénécide.

Spectinomycine, 2g intra-musculaire.

2. *Traitement long*

Oxytétracycline, 500mg 4 fois par jour, pendant 7 à 10 jours.

Doxycycline, 200mg/jour, pendant 7 à 10 jours.

Erythromycine, 2g/jour, pendant 7 à 10 jours.

Ce traitement est actif dans la majorité des urétrites.

3. *Trichomonas vaginalis*

Traitement minute : métronidazole, 2,5g en une prise.

Tinidazole, 2g en une prise.

Ce traitement peut être répété 1 mois après.

4. *Candida albicans*

Par voie locale, ovule ou comprimé gynécologique d'un dérivé imidazolé (clotrimazole, éconazole, miconazole etc.) pendant 3 à 6 jours, associé à une crème anti-candidosique en cas de vulvite. Pour les formes récidivantes, il est conseillé des traitements mensuels à appliquer en deuxième partie du cycle. Par voie générale, le kétoconazole ou le fluconazole sont rarement indiqués.

Chez l'homme, instillations urétrales, 3 fois à 48 heures d'intervalle de miconazole lotion, d'amphotéricine B ou de nystatine après vidange de la vessie.

5. *Gardnerella vaginalis*

Traitement identique à celui de la trichomonase.

Ulcération Génitales

Définition

Il s'agit de maladies infectieuses transmises sexuellement qui se traduisent par une perte de substance ~ ulcération ou érosion ~ siégeant sur les organes génitaux externes.

Clinique

L'examen essaie de préciser les caractères de l'ulcération : consistance (dureté ou mollesse), aspect (propre, croûteux, purulent), couleur (rouge, jaunâtre), profondeur (superficielle ou profonde), SIEGE (sillon balano-préputial, gland, fourreau, grandes lèvres...), et de rechercher et d'apprécier les caractères de l'adénopathie satellite. Chez la femme, il faut s'aider d'un examen au spéculum.

Diagnostic

L'interrogatoire doit faire connaître la durée de la période d'incubation après le contact infectant, les habitudes sexuelles, le ou les partenaires sexuels, les antécédents de IST et le caractère douloureux ou non de l'ulcération. Par un examen clinique, le diagnostic est suspecté ou posé. En pratique

quotidienne, les examens complémentaires ne sont pas d'un grand apport, mis à part la syphilis.

Le diagnostic différentiel se fait avec les ulcérations non vénériennes comme les aphtes génitaux, l'ulcération traumatique, une toxidermie bulleuse ou le carcinome épidermoïde.

Il ne faut pas oublier qu'une ulcération génitale peut être la porte d'entrée d'une autre IST et du VIH. Les associations pathologiques sont relativement fréquentes : syphilis + herpès, syphilis + chancre mou... et la sérologie de la syphilis est systématiquement demandé. Chez la femme enceinte, la survenue d'une IST est un risque pour le fœtus lors de l'accouchement : syphilis, SIDA, Herpès.

Trois affections dominent par leurs fréquences et peuvent s'associer :

1. Chancre syphilitique

Dû à *Treponema pallidum*.

Après une période d'incubation moyenne de 3 semaines, le chancre apparaît au point d'inoculation, sillon balano-préputial le plus souvent. Il réalise une érosion arrondie, superficielle, bien limitée, propre, de couleur rose ou clair musculaire, indurée à la palpation protégée et indolore. Une volumineuse adénopathie inguinale unilatérale, non inflammatoire et plus tardive complète le tableau clinique. Chez la femme, le chancre peut passer inaperçu. Les formes cliniques sont nombreuses :

suivant l'aspect, le nombre, le siège... Le diagnostic est évoqué par la clinique puis confirmé par la découverte du tréponème dans la sérosité du chancre examinée au microscope à fond noir.

Les tests sérologiques, plus accessibles, se positives dans cet ordre FTA-abs, VDRL, TPHA. En cas de négativité, il faut répéter les examens VDRL et TPHA le plus souvent, une semaine après.



Chancre

syphilitique

2. Chancre mou

Dû à *Hemophilus ducreyii*. Il survient fréquemment dans les pays tropicaux chez les partenaires sexuels de prostituées à bas niveau d'hygiène. la période d'incubation est courte, de 5 à 10 jours en moyenne. Le chancre siège sur le fourreau de la verge, et il est volontiers multiple. L'ulcération est profonde ; douloureuse, purulente, croûteuse, à base molle, et une adénopathie inflammatoire avec tendance à la fistulisation (bubon) survient lorsque le chancre est négligé ou mal traité.

Le diagnostic est surtout clinique car la mise en évidence du bacille de Ducrey est difficile, à l'examen direct ou après culture.



**Chancre mou: ulcération + adénopathies
inflammatoire**

3. *Herpès génital*

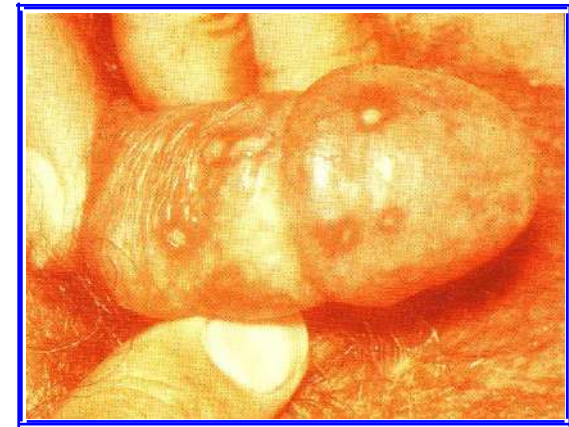
Dû à Herpes simplex virus II.

❑ **La primo-infection** : survient après une incubation courte

(2 à 6 jours après le contact infectant) sous forme d'une vulvo-vaginite ou d'une balanite aiguë, fébrile, douloureuse, précédée par des sensations de cuisson ou un prurit. Les lésions sont constituées par des érosions post vésiculeuses groupées en bouquet ou isolées, reposant sur une base érythémateuse ou oedématisée. L'adénopathie est bilatérale et non inflammatoire. Une dysurie peut être notée.

❑ **L'herpès récurrent** : est moins aigu et plus bénin et il peut survenir chez un certain nombre de sujets selon une rythmicité variable. La surinfection par des germes banals est fréquente.

Le diagnostic est le plus souvent clinique ; le cyto-diagnostic à la recherche de cellules ballonnantes de Unna et la culture virale sont rarement demandés.



Herpès génital

Il survient dans un contexte évident de gale conjugale ou familiale : prurit nocturne, lésions à topographie antérieure, signes de grattage, vésicules perlées, sillons. Sur le gland est notée une lésion papulocroûteuse qui peut faire errer le diagnostic d'autant plus que le gale a pu être contractée sexuellement.



Nodule Scabieux

❑ **Maladie de Nicolas-fave** : due à *Chlamydia trachomatis*, L1 à L3

Endémique dans les pays tropicaux, la lymphogranulomateuse vénétienne a incubation courte de 2 à 6 jours. Le chancre nain passe le plus souvent inaperçu et le maître-symptôme est une grosse adénopathie bosselée pouvant se fistuliser, survenant plusieurs semaines après.

4. Autres causes

❑ **Chancre scabieux** : du à *Sarcoptes scabiei hominis*.

Elle est beaucoup plus rare et elle est endémique dans les pays tropicaux (Inde). Après une incubation de plusieurs semaines, survient une ulcération granulomateuse, surélevée, un peu végétante, le plus souvent sans adénopathie et à tendance extensive et destructrice.

Traitement

Comme pour toutes IST, il faut essayer une attitude épidémiologique et de rompre la chaîne de contamination.

1. Syphilis

Pénicilline moyen-retard, type bénythamine ~ ou procaïne-pénicilline, 1 million d'unités/jour en intramusculaire pendant 15 jours. Ou pénicilline long-retard comme la benzathine-pénicilline, 2,4 millions/semaine en intra-musculaire, 2 injections à une semaine d'intervalle.

En cas d'allergie, érythromycine orale, 2g/jour, ou surtout oxytétracycline, 2g/jour, pendant 15 jours.

2. Chancre mou

Cotrimoxazole, 4 comprimés/ jours, ou érythromycine, 2g/jour, pendant 7 à 10 jours.

3. Herpès génital

Primo-infection profuse : aciclovir en intra veineuse, 15mg/kg/jour pendant 5 jours puis relais par la forme orale, 1g/jour soit 5 comprimés, pendant 10 jours, le temps de guérison est raccourci.

❑ **Donovanose** : due à *Calymmatobacterium granulomatosis*.

Herpès récurrent : aciclovir en crème, 5 fois par jour pendant 5 à 10 jours, réduirait le temps de cicatrisation. La forme orale utilisée pendant 5 jours est peu utilisée. Les formes invalidantes par leur récurrence peuvent bénéficier de l'aciclovir oral au long cours. Les antiseptiques sont toujours associés.

4. Chancre scabieux

Traitement classique à base de lindane, de benzoate de benzyle...

5. Maladie de Nicolas-Favre

Tétracycline orale, 2g/jour, ou doxycycline, 200mg/jour, ou cotrimoxazole, 4 comprimés/jour, pendant 3 à 4 semaines.

6. Donovanose

Tétracycline, 2g/jour, ou cotrimoxazole, 4 comprimés/jour, pendant 3 semaines.

Définition

La syphilis (S) est une maladie infectieuse sexuellement transmissible due au tréponème pâle. Elle peut devenir chronique en l'absence de traitement et passe par plusieurs stades, certains inapparents ou peu symptomatique, ce qui explique sa grande contagiosité et l'infection in utero en cas de grossesse.

Clinique

1. Syphilis primaire ou chancre syphilitique

La période d'incubation est de 3 semaines en moyenne et théoriquement, de 10 jours (lésion préexistante) à 90 jours (traitement inadapté). Le chancre apparaît au point d'incubation ; il est génital dans la très grande majorité des cas, plus rarement ano-rectal chez les homosexuels. Il guérit spontanément en 6 à 8 semaine. Une adénopathie inguinale suit son apparition, 4 à 5 jours après, et persiste plusieurs mois.

Chancre syphilitique

2. *Syphilis secondaire*

Elle débute environ 2 mois après le contact infectant, 6 semaines après le début du chancre. Les lésions sont polymorphes et très contagieuses. Sa durée est de 18 mois à 2 ans.

La roséole est précoce et souvent discrète. C'est une éruption faite de macules de 5 à 10mm, rosées, siégeant sur le tronc surtout et les racines des membres, non squameuses, non prurigineuses. Elle régresse sans laisser de traces.

Les plaques muqueuses peuvent se traduire par une angine ou une laryngite, et sont plus évocatrices quand elles touchent la cavité buccale. Elles sont arrondies, rouges, non douloureuses, à limites nettes, non infiltrées. Sur la langue, on parle de plaques fauchées qui sont décapitées. Sur les organes génitaux et l'anus, elles sont érosives et même hypertrophiques.

L'alopecie succède à la roséole : elle est typiquement « en clairière », temporo-occipitale, avec des plaques incomplètement glabres, ou bien diffuse.





Syphilis Secondaire



Syphilides secondaires (papules palmaires)

Plus tardivement, à partir du quatrième mois, apparaissent les syphilides papuleuses caractéristiques par leur infiltration et très polymorphes. Elles sont lenticulaires, saillantes, fermes, de couleurs rouge sombre, entourées par une collerette desquamative, non prurigineuses. Il existe de nombreuses formes cliniques, psoriasiformes, papulo-croûteuses, acnéiformes, etc.

Des manifestations systématiques sont rarement notées : à côté d'un fébricule, céphalées, polyadénopathies (cervicales postérieures et épitrochléennes +++), splénomégale, atteinte hépatique, atteinte rénale, méningite, douleurs osseuses.

3. Syphilis tertiaire

Elle est rare actuellement, mais son pronostic est le plus grave. Les lésions sont destructrices et peu contagieuses, apparaissant chez le tiers des patients dont la syphilis est encore évolutive, latente depuis des années (5 à 10 ans).

Les tubercules sont des élevures arrondies, fermes, rouge sombre, squameuses ou ulcéro-croûteuses, groupées en formations circinées ou polycycliques, laissant des cicatrices indélébiles. Le siège est ubiquitaire.

Sinon il peut s'agir de gommès qui sont des nodules profonds, dermohypodermiques, fermes, qui se ramollissent puis s'ulcèrent avant de cicatriser. Elles peuvent toucher la peau, les viscères et les os. Un certain tropisme ORL (palais, nez) peut être noté.

A côté des manifestations dermatologiques, il faut toujours rechercher les atteintes viscérales qui font la gravité de la syphilis :

- ❑ Cardio-aortiques : aortite syphilitique, insuffisance aortique, coronarite, anévrisme ;
- ❑ Neurologiques : paralysie générale associée à un syndrome psychiatrique, et tabès avec douleurs des membres inférieurs, troubles sphinctériens et arthropathies.

4. Syphilis congénitale

Elle résulte de la contamination de fœtus, à partir du troisième mois de grossesse. La syphilis est d'autant plus grave qu'elle est survenue plus près de l'accouchement. Elle peut être responsable d'un avortement, de la mort in utero et d'un prématuré. Rare, elle est souvent source de difficultés diagnostiques.

- Syphilis congénitale précoce

Elle se manifeste précocement par des bulles palmo-plantaires, très évocatrices et très contagieuses, des lésions maculo-papuleuses, une rhinite purulente, des érosions buccales, une hépato-splénomégalie, une néphrite, une méningite, une ostéochondrite, une périostite, une pseudoparalysie de Parrot, etc...

- Syphilis congénitale tardive

Classiquement après la septième année, souvent asymptomatique, on peut trouver : une kératite interstitielle, une surdité, des anomalies dentaires, qui à 3 font la triade d'Hutchinson, des atteintes osseuses (hydarthrose du genou, tibia en lame de sabre...), des gommès (perforation du palais...), des atteintes neurologiques et viscérales.

Diagnostic

Evoqué par la clinique, il doit être confirmé par la mise en évidence du tréponème au microscope à fond noir, peu pratiquée et peuvent être faite en cas de syphilis primaire ou syphilis secondaire muqueuse.



Tréponème pâle

- à antigènes cardiolipidiques : VDRL ou VDRL-Charbon, non spécifique et pouvant être faussement positif (certaines infections et parasitaires, viroses, collagénose...)
- à antigènes tréponémiques, plus spécifiques : test d'immunofluorescence (FTA-abs, FTA-IgM qui signe une infection récente), test d'hémagglutination (TPHA), test d'immobilisation des tréponèmes (test de Nelson ou TIT ou TPI, test de référence dans quelques laboratoires seulement) et plus récemment SPHA et SPHA-IgM.

En pratique, à cause de leur facilité et leur faible coût, le VDRL et le TPHA sont les plus utilisés, et il faut la positivité des 2 tests pour confirmer le diagnostic. Le FTA est quasiment le test de référence. On peut aussi quantifier les résultats en utilisant des dilutions du sérum de raison 2(1/2, 1/4,...), ce qui est utile pour la surveillance.

I. Syphilis primaire

Les autres causes d'ulcération génitale peuvent être discutées dans de rares cas, extra-génitaux principalement. La découverte du tréponème et la positivité des examens sérologiques sont des éléments de certitude. FTA-abs (début du chancre), VDRL puis TPHA se positivent dans l'ordre. En cas de négativité ou de doute, il faut répéter les examens.

Le diagnostic est actuellement sérologique par la découverte d'anticorps antitréponémiques. Pour cela, existent différents tests :

2. Syphilis secondaire

En cas de roséole, des maladies infectieuses (rubéole...) ou des toxidermies peuvent être discutées. Les lésions papuleuses doivent être distinguées de lichen, du psoriasis, de l'acné... Les

atteintes muqueuses seront différenciées de celles de l'herpès, de l'érythème polymorphe ou du lichen érosif. L'anamnèse et la découverte du reliquat du chancre sont d'une aide certaine. Tous les tests sont positifs et la recherche du tréponème est rarement faite.

3. Syphilis tertiaire

La syphilis peut simuler la tuberculose, la lèpre, la sarcoïdose, la sporotrichose, un lymphome. La sérologie est toujours positive.

4. Syphilis congénitale

Un impétigo, une pyodermite ou une maladie éruptive sont à éliminer. Il faut chercher une syphilis parentale et demander des tests sérologiques, qui sont toujours positifs. Le passage des IgG à travers la barrière placentaires impose de faire un test de détection des IgM, qui signe l'infection récente : FTA-IgM ou SPHA-IgM.

5. Syphilis sérologique

Les tréponémateuses endémiques non vénériennes -pian, bétel et pinta- ont un statut sérologique indistinguishable de celui de la syphilis. La syphilis peut être découverte lors d'un examen sérologique.

On parle de syphilis latente, après avoir recherché et éliminé une atteinte tertiaire non symptomatique par un bilan cardiaque et neurologique. Cette syphilis peut durer plusieurs mois.

Traitement

La pénicilline reste l'antibiotique de choix.

1. Syphilis précoce

Primaire, secondaire, sérologique de moins de 1 an.

Bénéthamine - ou procaine-pénicilline, 1 million d'UI/jour en IM pendant 15 jours, ou benzathine-pénicilline, 2,4 millions d'UI/semaine en IM, 2 fois à une semaine d'intervalle.

2. Syphilis tardive

❑ Syphilis latente, sérologique

Premier schéma répété 3 fois, avec un intervalle de 3 mois, ou benzathine-pénicilline, 2,4 millions d'UI/semaine, 3 fois à une semaine d'intervalle.

❑ Syphilis cardio-aortique

Elle impose un traitement pénicilliné commencé prudemment à petites doses pour arriver à la dose journalière de 1 million d'UI au quatrième jour et une dose totale de 30 millions de bënëthamine-pénicilline en 1 mois.

Traitement chirurgical des atteintes valvulaires et vasculaires.

❑ Syphilis neurologique

Pénicilline G, 12 à 24 millions/jour en IV pendant 10 jours, puis 3 injections IM de 2,4 millions de benzathine-pénicilline à une semaine d'intervalle, ou pénicilline G, 24 millions pendant 15 jours

3. Syphilis congénitale

Pénicilline G en IM ou IV, commencée à petites doses, pour atteindre la dose journalière de 50 000 UI/jour, pendant plus de 10 jours. La crainte d'une réaction d'Herxheimer (syphilis II ou

III) qui serait due à la lyse brutale des tréponèmes impose à certains une brève corticothérapie et surtout une progressivité des doses de pénicilline en début de traitement.

La surveillance sérologique est indispensable pour juger de l'efficacité du traitement. On demande donc un VDRL quantitatif 3 mois, 6 mois, 1 an et même 2 ans après pour voir la chute du taux des anticorps. Le TPHA est trop sensible et peu fiable pour cette surveillance.

En cas d'allergie à la pénicilline ; l'érythromycine ou mieux les cyclines sont utilisées.

Condylomes Ano-génitaux ou Végétations Vénériennes

Définition

Ce sont des tumeurs épithéliales bénignes causés par le virus des Papillomes Humains (VPH) dont la transmission est habituellement sexuelle.



Condylomes géants

Clinique

Maladie de l'adulte jeune sexuellement actif, elle peut cependant se voir à tous les âges de la vie. Une recrudescence mondiale est constatée.

Après une période d'incubation moyenne de 3 à 4 mois, apparaissent de petites formations pédiculées, blanc rosé ou rouges, qui peuvent confluer pour constituer des masses charnues, mamelonnées, donnant parfois un aspect exubérant et

végétant en choux-fleurs. Le siège habituel est le sillon balano-préputial, le frein, le méat, le fourreau, la vulve et la région péri-anale mais les lésions peuvent s'étendre à l'urètre, au vagin, au col et au périnée.

Formes cliniques

- a) Il existe de formes papuleuses à type de verrues vulgaires ;
- b) Chez le circoncis, les condylomes touchent plus souvent le fourreau, le pubis ou le scrotum ; sur la peau, les lésions sont plus pigmentées, brunes et peuvent être kératosiques.
- c) La tumeur de Buschke-Loewenstein est un condylome géant qui prend un aspect épithéliomateux et qui est de traitement plus difficile ;
- d) Les condylomes du col utérin ne sont découverts que lors de l'examen colposcopique. Ils sont fréquents et peuvent s'associer à un cancer du col ; certains types de VPH (16, 18, 31, 33...) sont considérés comme cofacteurs de la carcinogenèse locale ;
- e) La papulose Bowenoïde est une variété de lésions induites par certains VPH. Celles-ci se présentent comme des papules lisses, squameuses ou kératosique, roses ou brunes, pouvant régresser mais récidivantes, et qui à l'histologie ont un aspect de maladie de Bowen.

L'évolution peut être longue, sur plusieurs années, car les lésions se multiplient par auto-inoculation. Elles peuvent aussi régresser mais les récurrences sont fréquentes malgré un traitement bien conduit. La grossesse et l'immunodépression favorisent leur développement et il existe un risque de contamination du nouveau-né lors de l'accouchement.

Diagnostic

Habituellement il est posé dès l'inscription. Il faut cependant chercher des lésions débutantes, parfois inapparentes, par l'examen à la loupe, en s'aidant du test à l'acide acétique à 5% qui fait blanchir les condylomes invisibles à l'œil nu. Chez la femme, il faut examiner le vagin et le col au colposcope et chez l'homosexuel, l'anuscopie est nécessaire pour essayer de trouver des lésions profondes, source de récurrences.

L'examen du ou des partenaires et la recherche d'une IST associée (syphilis, uréthrite, infection par VIH...) font partie du bilan préthérapeutique.

L'examen histologique ou le frottis cervico-vaginal ne sont pas toujours utiles au diagnostic mais doivent être demandés pour des lésions cervicales, montrant des koilocytes, cellules typiques de l'infection par le VPH. Des signes de dysplasie sont aussi recherchés et, lorsqu'ils existent, imposent une surveillance stricte en milieu spécialisé.

Le virus habituellement en cause sont VPH 6 et 11. Les VPH 16, 18, 31, 33... sont découverts plus rarement et ont un pouvoir oncologique banal, des syphilides secondaires végétantes, certains naevus pigmentaires, une maladie de Bowen, des verrues séborrhéiques ou un carcinome épidermoïde (avec la tumeur de Buschke-Loewenstein). L'examen histologique tranche en cas d'hésitation.



Tumeur de Buschke-Loewenstein

Traitement

Les traitements visent avant tous à détruire physiquement les tumeurs.

- a) La cryothérapie par l'azote liquide, une application hebdomadaire pendant plusieurs semaines, est indiquée devant des lésions peu nombreuses.
- b) L'électrocoagulation nécessite une anesthésie locale ou générale et fait des ulcérations qui laissent par la suite des cicatrices.

c) Le laser CO₂, disponible dans certains centres, a moins d'inconvénients que l'électrocoagulation.

La galvano-cautérisation et le laser CO₂ n'ont pas cet inconvénient mais si les galvanomètres sont bon marché et facilement accessibles, les lasers CO₂ coûtent cher et ne sont disponibles que dans certains centres.

- d) La podophylline et son principe actif, la podophyllotoxine à 0,5%, sont efficaces mais irritants. Ils sont contre indiqués chez la femme enceinte et sur les muqueuses fragiles et irritées. La podophyllotoxine s'applique 2 fois par jour pendant 3 jours consécutifs durant 1 à 5 semaines.
- e) Le 5 fluoro-uracile à 5% en crème donne aussi de bons résultats mais il est irritant. Il est appliqué plusieurs nuits de suite et les cures sont espacées en cas de résultats incomplets.
- f) La bléomycine à 0,1% en injections locales est efficace mais douloureuse.

L'association de plusieurs méthodes est utile dans le traitement de cette virose rebelle. L'interféron n'est pas d'un plus grand intérêt. L'abstinence ou des rapports protégés sont obligatoires durant le traitement.

Manifestations Dermatologiques au cours de l'infection par le VIH

Définition

Le virus de l'immunodéficience (VIH) est la cause d'une immunodéficience cellulaire profonde responsable de manifestations infectieuses ou tumorales. Parmi elle, les

manifestations dermatologiques sont fréquentes, polymorphes et parfois évocatrices et doivent donc attirer l'attention du praticien.

Clinique

Les signes peuvent survenir à n'importe quelle période, de la primo-infection jusqu'au stade du SIDA évolué. Trois types de manifestation doivent être distingués : maladie de Kaposi, manifestations infectieuses et manifestations cutanées non spécifiques.

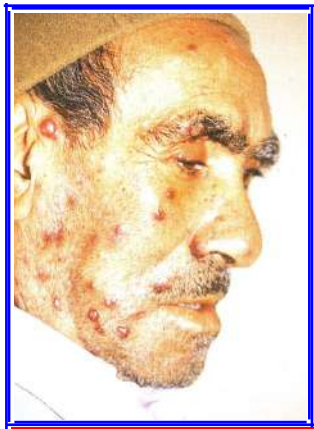
Kaposi - Sida

1. Maladie de Kaposi

Elle est fréquente, surtout lorsque l'affection a été contractée sexuellement, chez l'homosexuel en particulier.

Elle se présente sous forme de nodules et de plaques angiomateuses entourés par un halo ecchymotique, siégeant n'importe où sur le visage, le tronc et les membres. Ces éléments peuvent être très nombreux et une atteinte muqueuse est très souvent associée, particulièrement la muqueuse buccale (palais). Les ganglions et les viscères sont fréquemment touchés et ou total il s'agit d'une maladie de Kaposi où les atteintes cutanées et viscérales sont plus diffuses que dans la forme classique et qui survient chez les sujets plus jeunes.

L'examen histologique retrouve les images habituelles de la maladie, double prolifération cellulaire et vasculaire.



Les traitements proposés (chimiothérapie, radiothérapie, interféron) donnent au maximum des rémissions transitoires ; le pronostic reste sombre et le décès survient par infection opportuniste ou plus rarement des sujets de la maladie elle même.

2. Manifestations infectieuses

Certaines sont sévères et fortement évocatrices de l'infection à VIH alors que d'autres sont plus banales et n'attirent l'attention

que par leur profusion ou leur aspect inhabituel dans un contexte assez particulier.

◆ Manifestations sévères

- a) **Herpès cutanéomuqueux chronique ou disséminé** : les lésions ont une tendance nécrotique et extensive sans évolution spontanée vers la guérison.
- b) Manifestations cutanées au cours des cryptococcoses disséminées de l'histoplasmosé...

◆ Manifestation plus habituelles

- a) **Mycoses : Candidoses** : la candidose orale est à type de muguet et peut s'accompagner d'une atteinte œsophagienne; Dermatophytoses : à type de kératodermie, d'onyxis ou d'intertrigo interdigito-plantaire et *Trichophyton rubrum* en est l'agent principal.
- b) **Bactéries** : principalement folliculite et impétigos.
- c) **Tuberculose** : plus souvent à type de scrofuloderme.

d) **Virus : Zona** : il est fréquent, touche plusieurs métamères et parfois généralisé ; il signe l'immunodépression et doit attirer l'attention chez le sujet jeune ou lorsqu'il récidive.

Varicelle : grave sur ce terrain.

Herpès : très fréquent ; les formes chroniques ou graves doivent faire suspecter le diagnostic.

Leucoplasie chevelue de la langue : réalisant des lésions blanches et filiformes sur les faces latérales de la langue, elle est très spécifique de l'infection par le VIH.

Molluscum contagiosum : profus, il peut avoir un siège inhabituel, principalement le visage.



Condylomes acuminés périanaux

Condylomes acuminés et verrues : fréquent, ils sont disséminés exubérants.

Syphilis Secondaire + HIV

- e) **Syphilis** : le VIH et le tréponème pâle sont souvent associés et les deux maladies occasionnées s'aggravent mutuellement. On assiste à une évolution et un passage rapide d'une phase à une autre, et la syphilis peut être grave par une atteinte neurologique précoce. Des échecs aux traitements courts habituellement prescrits sont notés et il existe des syphilis à sérologie négative.

3. *Manifestation non spécifiques*

◆ *Rash de la primo-infection par le VIH*

Le plus souvent patente, cette primo-infection se traduit par un syndrome mononucléosique avec éruption roséoliforme, non prurigineuse du tronc qui survient environ un mois après la contamination. La sérologie VIH recherchant les anticorps est négative et il est utile de rechercher la virémie VIH (antigène P24).



**Sida + Candidose Buccale
+ Herpès + Dermite séborrhique**

◆ *Psoriasis*

L'aggravation d'un psoriasis est courante, et il peut être érythro-dermique. Le traitement en est difficile.

◆ *Prurit et prurigo*

Parmi les signes cutanés les plus fréquents, ils sont parfois symptomatiques d'une gale.

◆ *Xerose et ichtyose*

Le caractère acquis de ces états doit attirer l'attention.

◆ *Toxidermies*

Le cotrimoxazole chez les patients atteints de pneumocystose pulmonaire donne fréquemment un érythème maculo-papuleux. La fréquence des érythèmes polymorphes et des syndromes de Lyell est également élevée.

◆ *Dermite séborrhéique*

Elle est très
général



fréquente en
diffuse.

Diagnostic

L'infection par le VIH évolue pendant des années et reste longtemps asymptomatique ; le SIDA est la dernière phase de la maladie où les infections et les tumeurs conditionnent le pronostic. Le diagnostic de cette infection peut donc être porté à n'importe quel stade et les signes cutanés doivent attirer

l'attention du clinicien. Des classifications sont proposées pour juger du degré de l'immunodépression et de l'atteinte clinique.

La recherche des anticorps anti-VIH 1 et VIH 2 se fait par la méthode ELISA et le Western Blot, et la recherche des protéines virales (antigènes P 24) est utile pour le diagnostic dans certains cas. Des examens portant sur l'état immunitaire sont utiles pour la surveillance : numération des lymphocytes auxiliaires (CD4), rapport CD4/CD8, dosage de la charge virale (copies d'ARN du VIH par ml de sérum)

Traitement

Il est symptomatique : traitement de la maladie de Kaposi, des infections, etc.

La zidovudine n'est plus le principal médicament ; les nucléosidiques et les antiprotéases, administrés en trithérapie, sont les principaux médicaments ayant entraîné des améliorations cliniques ou ayant retardé l'aggravation de l'immunodépression.

La prévention est capitale : chasteté, port de préservatifs, partenaire stable, contrôle du sang et des produits sanguins.

Prise en charge d'un sideen

- **Diagnostic** : confirmer le diagnostic par un test qui anonyme et gratuit (technique ELISA confirmé par un WESTER BLOT)
- **Bilan initial** (avant d'entamer le traitement)
 - NFS – Plaquettes

- Lymphocytes CD4
- Transaminases –Gama GT
- Sérologie : syphilis, hépatite B, hépatite C, toxoplasmose, CNV, VDRL, TPHA
- IDR à la tuberculine
- Radiologie du thorax
- Charge virale plasmatique
- **Examen clinique** : à la recherche d'infections opportunistes, d'affections tumorales
 - Examen clinique gynécologique (frottis pour la femme)
 - Interrogatoire : mode de vie et antécédents personnels
- **Traitement** : un traitement antirétroviral, il vise à réduire au maximum la réplication virale, de restaurer les fonctions immunitaires.

		- de la pente du taux de CD4 - de la charge virale plasmatique
/	< 350	Débuter le traitement
Patient symptomatique	Quel que soit le niveau	Débuter le traitement

❑ **Trithérapie** : 2 analogues nucléosidiques

+ 1 inhibiteur de prothéase

ou autre stratégie plus simple et d'application quotidienne :

2 analogues nucléosidiques

+ 1 inhibiteur non nucléosidiques de la transcriptase

❑ **La bithérapie**: (2 inhibiteurs nucléosidiques) est déconseillé

❑ **Traitement de seconde ligne**: en cas d'échec ou d'insuffisance d'efficacité du traitement initiale :

3 antirétroviraux différents de ceux initialement prescrits.
Le choix se fera par le test de résistance et dosage plasmatique des médicaments antirétroviraux.

Synthèse des recommandations pour la mise en route du traitement antiretroviral

Symptômes	CD4 (mm ³)	Recommandations
/	> 500	Abstention TRT envisageable si charge virale plasmatique > 50 000
/	350 à 500	Décision en fonction :

Traitement Antirétroviraux		
DCI	Nom de spécialité	Posologie (nbr total de gél/j)
Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse		
Didanosine (ddi)	Videx [®]	1 gél à 400 mg × 1/j (1)
Lamivudine (3TC)	Epivir [®]	1 gél à 150 mg × 2/j (2)
Stavudine (d4T)	Zérit [®]	1 gél à 40 mg × 2/j (2)
Zalcitabine (ddc)	Hivid [®]	1 gél à 0,75 mg × 3/j (3)
Zidovudine (ZDV)	Rétrovir [®]	1 cp à 300 mg × 2/j (2)
Abacavir (ABC)	Ziagen [®]	

Tenofovir (TNV)	Tenofovir [®]	1 cp à 300 mg × 2/j (2) 1 cp à 300 mg × 1/j (1)
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse		
Delavirdine (DLV)	Rescriptor [®]	2 gél à 200 mg × 3/j (6)
Néviparine (NFV)	Viramune [®]	1 gél à 200 mg × 2/j (2)
Efavirenz (EFV)	Sustiva [®]	3 gél à 200 mg × 1/j (3)
Inhibiteurs de protéase		
Indinavir (IDV)	Crixivan [®]	2 gél à 400 mg × 3/j (6)
Nelfinavir (NFV)	Viracept [®]	5 gél à 250 mg × 2/j (10)
Ritonavir (RTV)	Norvir [®]	6 gél à 100 mg × 2/j (12)
Saquinavir(SQV)	Invirase [®]	3 gél à 200 mg × 3/j (9)
Saquinavir soft gel (SQV/SGC)	Fortovase [®]	6 gél à 200 mg × 3/j (18)
Amprénavir (AMP)	Agenerase [®]	8 gél à 150 mg × 2/j (16)
Lopinavir (LPV)	Kaletra [®]	3 gél à 133/33 mg × 2/j (6)

❑ Traitement des infections opportunistes :

Le traitement antirétrovirus a réduit de 80% la prévalence des infections opportunistes. Actuellement celle-ci s'observent chez les patients dont l'infection VIH n'est pas comme ou non traitée et d'autre part chez les patients en échec thérapeutique ayant un taux de CD4 < 100.

Traitement des infection opportunistes			
Agents	Traitement	Alternative dose quotidienne	Traitement d'entretien dose quotidienne
<i>Parasites</i>			
p.carinii	Triméthoprime (20mg/kg) + sulfaméthoxazole	Pentamidine (2 à 3mg/kg) IV Pentamidine aérosol (300mg)	Cotrimoxazole F-1cp/2j

	(100mg/kg) per os ou IV × 20j	Atovaquone (750mg×2/j) Trimetrexate (45mg/m ² /j) +ac. Folinique (20mg /m ² /8h)	Pentamidine 300mg/mois Dapsone
T.gondii	Pyriméthamine (50mg) + sulfadiazine (4g) × 4 à 6 sem	Pentamidine (50mg/j) +clindamycine (2,4 à 3,6g/j) +acide folinique (20mg/j) pyriméthamine (50mg/j) + Atovaquone	Pyriméthamine (25mg/j) +sulfadiazine (2g/j) ou clindamycine (1-2g/j) + ac folinique 50mg/sem
I.belli	Triméthoprime (7mg/kg) + sulfaméthoxazole (35mg/kg)	Pyriméthamine (50mg/j)	
Cryptosporidies Pas de traitement			
Microsporidies E.intestinlis-Albendazole			
Ebieneusii- Pas de traitement			

<i>Mycoses</i>			
C.neofor- mans	Amphotéricine (0,7mg/kg)IV×1mois	Fluconazole (400mg/j) Per os ou IV	Fluconazole (200mg/j)
Candida oropharynx	AmphotéricineB (locale) Nystatine (locale)	Fluconazole(50mg) per os Kétoconazole (200mg) per os	
Candida œsophage	Fluconazole (100 à 200mg/j) per os	Itroconazole (400mg/j)	
<i>Bactéries</i>			

M.tubercu- losis	Rifampicine, isoniazide, pyrazinamide + Ethambutol (10mg/kg;4 à 5mg/j)	Streptomycine (1g) IM Ofloxacin (400mg × 2j) Sparfloxacin (200mg/j)	
M.avium	Clarithromycine, éthambutol, rifabutine 15mg/kg:300à450mg/j	Amikacine 10mg/kg/j	
Salmonelles	Quinolones per os	Triméthoprime (7mg/kg) per os	
<i>Virus</i>			
CMV	Ganciclovir (5mg/kg×2j) IV × 3sem Foscarnet (90mg/kg×2j) IV × 3sem Cdofovir (5mg/kg/sem pendant 2 sem)		Ganciclovir 5mg/kg/j Foscarnet 90-120 mg/kg/j Cidofovir (5mg/kg/2sem)
Herpès simplex	Aciclovir (1g) per os × 5j Ou Valaciclovir (1g/j) ×5j	Foscarnet90mg/kg×2/j (souches résistantes à l'aciclovir)	Aciclovir 15mg/kg/j
Virus varicelle -zona	Aciclovir (30 à 45mg/kg) IV × 10j Famciclovir (500mg×3/j) ×7j Valaciclovir (1g×3/j) ×7j		

➔ **Surveillance du traitement :**

Lymphocytes CD4 et charge virale sont mesurés tous les 3 à 6 mois

➔ **La vaccination :**

A éviter si le taux de CD4 < 200 et si la charge virale est augmentée.

⇒ tétanos

⇒ polio inactivé (injectable)

⇒ diphtérie (en cas de séjour en zone endémique)

⇒ l'hépatite B

⇒ grippe

⇒ méningocoque

⇒ fièvre typhoïde

⇒ fièvre jaune (prudence si immunodéficience sévère)

⇒ rubéole et BCG contre indiqués

complications et les séquelles. L'infection par le VIH, dernière née des IST, pose cependant des graves difficultés par les autres IST associées, et avec plus d'acuité, la difficulté de la prévention.

Dépassant le cadre de la médecine curative routinière, le médecin doit agir afin de rompre la chaîne de contamination. Pour cela, une enquête est nécessaire face à chaque malade pour chercher les contamineurs et les contaminés éventuels, mais elle peut se heurter à des résistances psychologiques qui ont trait principalement à la sexualité et qui le rendent souvent incomplète. L'information médicale sur les IST est certainement un moyen d'atteindre et de sensibiliser les catégories de personnes susceptibles de contracter une IST. Est-ce suffisant ? Peut-on agir sur la motivation des gens sans définir la place et le rôle de la sexualité dans la société ? Il est donc clair que la solution n'est pas seulement médicale.

Conclusion

Ces dernières années, nous avons assisté à la recrudescence alarmante des IST. Leur fréquence et leur polymorphisme clinique sont à souligner, variant avec les comportements, les cultures, les modes, le temps, l'environnement...

Les aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques des IST sont bien connus et dans l'ensemble, un traitement institué précocement est actif et permet d'éviter les

Les capacités de résister à ce phénomène mondial (IST et SIDA) ne se trouvent pas au niveau des structures de santé, si efficaces soient elles (n'est il pas illusoire de totalement médicaliser un comportement aussi intime que la sexualité) mais bien, au niveau de l'homme capable de mobiliser toutes ses facultés face à la lente désagrégation des valeurs morales et spirituelles, afin de rompre cette chaîne de transmission infernale.

L'homme n'est ni âme pure ni animal, sa sexualité doit se concevoir à travers un comportement harmonieux, un équilibre

entre ses pulsions vitales et dans un contexte socioculturel et éthique précis.

La prévention doit-elle basée sur la recommandation des préservatifs ou être plus morale, préconisant la chasteté et le mariage ? cela n'est pas seulement du ressort du médecin mais aussi de la société où vivent le médecin et le malade.

Index

A

adénopathie.....	18,19,20,22,25
aciclovir	23
acide acétique (test)	35
alopecie (clairière)	26
amoxicilline	17
amphotéricine B	17
ampicilline	17
anaérobies	16
anomalies dentaires.....	29

anticorps antitréponémiques	29
antigène	29,41,43
aortite.....	28
arthrite	12
azote liquide	36

B

bacille de Ducrey	20
bartholinite	13
Bénéthamine pénicilline	16,32
benzathine pénicilline	23,31,32
benzoate de benzyle	24
bleomycine	37
bubon	20
bulles palmo-plantaires	28
Buschke-Loewenstein (tumeur)	34,36



Calymmatobacterium granulomatosis B	23
Candida albicans B.....	15,17
candidose (orale...) B.....	40
cardiolipidique B	29
CD4	43,44,46,48
CD8	43
cervicite	13
chancre (syphilitique)	19,21,25
chancre mou	19,20,21,23
chancre scabieux	22,24
chasteté.....	50
chlamydia trachomatis (culture)	14,16,22
clotrimazole	17

clue cells	15
colposcope	35
complications	6,12,13,14,49
conjonctivite	13
condylomes acuminés	41
condylomes ano-génitaux	33
corticoïdes	15
cotrimoxazole	23,24,42,46
cryptococcose	40
cultures	14,49
cyclines	16,32
cytodiagnostic	21



Dermatophytoses.....	40
dermite séborrhéique	42
diabète	15
diplocoque (coloration)	14
donovanose.....	23,24
doxycycline.....	17,24
dysplasie 35	
dysurie	12,13,20

E	
éconazole	17
écoulements uréthro-génitaux	12
électrocoagulation	36
ELISA	43
épididymite.....	12,15
érosion	18,19,20,28
érythème maculo-papuleux	42
érythème polymorphe.....	30
érythromycine	17,23,32
examen direct (microscope)	14,15,20

F	
FTA-abs, FTA-IgM	20,29,30

filament mycéliens (examen direct)	14,15
fluconazole	17,47
5 fluorouracile	37
folliculites	40

G

Gardnerella vaginalis	15,17
gomme	27,29
gonocoque (examen direct, culture)	6,14,16
gram (coloration)	14
grossesse	15,16,25,28,35

H

hémagglutination (test)	29
Hemophilus ducreyii	20
herpès	19,20,21,22,23,24,30,40,47
herpès récurrent.....	24
herpes simplex virus	20
Herxheimer (réaction)	32
histoplasmose.....	40
homosexuel	14,25,35,39
Hutchinson (triade)	29

I	
ichtyose	42
imidazolés (dérivés)	17
immobilisation (test)	29
immunofluorescence (test)	29
impitigo.....	31
interféron	37,39
inertigo interdigito-plantaire	40

K	
Kaposi (maladie)	38,39,43
kératite	29
kératodermie	40
kétoconazole	17,47
koilocytes.....	35

L	
laser CO ₂	36
leucorrhées (pertes)	13,15
leucoplasie chevelue de la langue	40
levures	15
lindane	24
Lyell (syndrome)	42
lymphocytes auxiliaires.....	43

M	
maladie de Nicolas Favre	24
méatite	13
méningite.....	16,27,28
métronidazole	17
miconazole	17
microscope	14,19,29
molluscum contagiosum.....	40
muguet.....	40
muqueuses (pharyngée, anale)	14
Mycoplasma hominis (culture)	15
mycoplasmes (culture)	15,16
mycose.....	40,47

N	
Nelson	29
nystatine	14,47
O	
onyxis.....	40
orchi-épididymite	14
ostéochondrite	28
oxytétracycline	23
P	
papulose bowenoïde	34
paralysie générale (syphilis)	28
pénicillines.....	6,16,23,31,32
pénicillines G.....	32
préhépatite	13

période d'incubation	14,18,19,20,25,34
pilule	15
plaques fauchées	26
plaques muqueuses	26
pneumocystose pulmonaire.....	42
pneumonie	13
podophylline	36
podophyllotoxine	36
pollakiurie	12,13
polynucléaires (examen direct)	14
potasse (test)	15
préservatifs	43,50
probénécide	16,17
procaïne pénicilline	23,31
prostatite	12,15
prostituée	20
protozoaire (Trichomonas vaginilis)	15
prurigo	42
prurit	12,15,20,22,42
pseudo-paralysie de Parrot	28
psoriasis	30,42
pyogènes	16

R	
rash (primo-infection par VIH)	41
résistance (antibiotique)	4,6
roséole	26,30

S	
Sabouraud (milieu)	15
Salpingite	6,13,14,15
sarcoptes scabiei hominis	22
scrofuloderme	40
septicémie.....	12,13,16,29
sérologie (syphilis)	19,44
SIDA	3,4,19,39,42,50

spectinomycine	17
SPHA, SPHA-IgM	29,31
Stérilité.....	6,13,14
streptocoque β hémolytique B	16
surdité	29

V

vaginite	13,15
varicelle	40,47
VDRL	20,29,30,32,44
végétations vénériennes	33
verrues	34,36,41
virus de l'immunodéficience humaine (VIH).....	19,35,38,39,40,41,42,43
.....	46,49
virus des papillomes humaines (VPH)	33,34,35,36
vulvo-vaginite	13,15,20

W, X, Z

western blot.....	43
Xérose	42
zidovudine	43,45
zona	40,47

***Testez vos connaissances dans les
infections sexuellement
transmissibles***

Syphilis

Questions :

- 1- La syphilis est due :
- a- au bacille de Ducrey
 - b- au pityrosporon orbicularae
 - c- au gonocoque

- d- au trichophyton rubrum
- e- au tréponème pale

2- La Syphilis primaire se manifeste par :

- a- une ulcération génitale purulente
- b- une érosion de couleur chair musculaire
- c- des papules de couleur rouge cuivré
- d- une adénopathie inflammatoire
- e- des lésions purpuriques disséminées

3- Le Diagnostic de la syphilis tertiaire se fait par :

- a- la recherche de la bactérie au microscope à fond noir
- b- le test thérapeutique
- c- le test de Nelson
- d- l'intra dermoréaction de Frei
- e- le dosage des IgE

4- L'antibiotique de choix dans le traitement de la Syphilis est :

- a- streptomycine
- b- terbinafine
- c- amphotéricine
- d- péniciline
- e- sulfamide

5- Le Diagnostic différentiel de la syphilis primaire se fait avec :

- a- le psoriasis génital
- b- le lichenplan

- c- le chancre mou
- d- le carcinome épidermoïde
- e- le carcinome basocellulaire

6- le germe de la syphilis est :

- a- un spirochète
- b- le candida albicans
- c- un dermatophyte
- d- un diplocoque
- e- une bactérie prenant l'aspect en chaîne de bicyclette

7- le tabès se voit dans :

- a- la syphilis primaire
- b- la syphilis secondaire
- c- le SIDA
- d- la syphilis tertiaire
- e- le chancre mou associé à la syphilis primaire

8- le germe de la syphilis passe la barrière placentaire entre :

- a- le troisième et le quatrième mois de la grossesse
- b- le premier et le deuxième mois de la grossesse
- c- le cinquième et le sixième mois de la grossesse
- d- le huitième et le neuvième mois de la grossesse
- e- le sixième et le septième mois de la grossesse

9- la triade de Hutchinson se voit dans :

- a- la syphilis primaire
- b- la syphilis secondaire

- c- la syphilis congénitale
- d- le chancre mou
- e- le psoriasis arthropathique

10- Une alopecie temporo – pariétale se voit dans :

- a- la syphilis primaire
- b- la syphilis secondaire
- c- la syphilis tertiaire
- d- l'association herpès avec la syphilis
- e- l'association chancre mou avec la syphilis

Réponse :

1- La syphilis est due :

- a- au bacille de Ducrey
- b- au pityrosporon orbicularae
- c- au gonocoque
- d- au trichophyton rubrum
- e- au tréponème pale**

2- La Syphilis primaire se manifeste par :

- a- une ulcération génitale purulente

b- une érosion de couleur chair musculaire

- c- des papules de couleur rouge cuivré
- d- une adénopathie inflammatoire
- e- des lésions purpuriques disséminées

3- Le Diagnostic de la syphilis tertiaire se fait par :

- a- la recherche de la bactérie au microscope à fond noir
- b- le test thérapeutique
- c- le test de Nelson**
- d- l'intra dermoréaction de Frei
- e- le dosage des IgE

4- L'antibiotique de choix dans le traitement de la Syphilis est :

- a- streptomycine
- b- terbinafine
- c- amphotéricine
- d- péniciline**
- e- sulfamide

5- Le Diagnostic différentiel de la syphilis primaire se fait avec :

- a- le psoriasis génital
- b- le lichenplan
- c- le chancre mou**
- d- le carcinome épidermoïde
- e- le carcinome basocellulaire

6- le germe de la syphilis est :

- a- un spirochète**
- b- le candida albicans
- c- un dermatophyte
- d- un diplocoque
- e- une bactérie prenant l'aspect en chaîne de bicyclette

7- le tabès se voit dans :

- a- la syphilis primaire
- b- la syphilis secondaire
- c- le SIDA
- d- la syphilis tertiaire**
- e- le chancre mou associé à la syphilis primaire

8- le germe de la syphilis passe la barrière placentaire entre :

- a- le troisième et le quatrième mois de la grossesse**
- b- le premier et le deuxième mois de la grossesse
- c- le cinquième et le sixième mois de la grossesse
- d- le huitième et le neuvième mois de la grossesse
- e- le sixième et le septième mois de la grossesse

e- l'association chancre mou avec la syphilis

9- la triade de Hutchinson se voit dans :

- a- la syphilis primaire
- b- la syphilis secondaire
- c- la syphilis congénitale**
- d- le chancre mou
- e- le psoriasis arthropathique

10- Une alopécie temporo – pariétale se voit dans :

- a- la syphilis primaire
- b- la syphilis secondaire**
- c- la syphilis tertiaire
- d- l'association herpès avec la syphilis

Question Cas Clinique Syphilis

Un patient de 32 ans, célibataire, présente au niveau des paumes des mains et des plantes des pieds, des lésions papuleuses, très infiltrées, de couleur rouge sombres, entourées par une collerette desquamative. Le patient se plaint de quelques manifestations systémiques à type de céphalées, de fébricule.

Vous pensez :

a)..... ?

b) vous interrogez votre patient et vous recherchez :

c) quel bilan demandé :

d) vous traiterez par :

e) vous complétez par :

Réponse Cas Clinique Syphilis

- a) La syphilis secondaire.
- b) L'anamnèse recherchera la notion de rapport sexuel (contact infectant) et l'examen cutané – muqueux recherchera le reliquat du chancre syphilitique (complexe primaire de la syphilis primaire). L'anamnèse et la découverte du reliquat du chancre sont d'une aide certaine pour le diagnostic.
- c) les examens sérologiques à demander :

- VDRL et TPHA. Il faut la positivité des deux tests pour confirmer le diagnostic.

- le FTA est quasiment le test de référence

On peut aussi quantifier les résultats en utilisant des dilutions du sérum de raison 2 (ce qui est utile pour la surveillance).

d) Traitement :

- Syphilis précoce : de moins de un an :

- Benethamine ou procaine – pénicilline : 1 million d'UI par jour en IM pendant 15 jours.
- Ou Benzathine – pénicilline, 2,4 millions d'UI par semaine en IM, 2 fois à une semaine d'intervalle.
- En cas d'allergie à la pénicilline, on utilise l'érythromycine ou les cyclines.

e) Je compléterai par une enquête épidémiologique (recherche des contaminants et les contaminés) afin de rompre la chaîne de contamination.

Question Ulcération génitale

- 1- Une Ulcération génitale est une :
- a- perte de substance : ulcération ou érosion
 - b- macule
 - c- pustule
 - d- papule
 - e- lésion purpurique extensive

- 2- La période d'incubation de la syphilis primaire est en moyenne :
- a- de 6 semaines
 - b- de 21 jours

- c- de 9 semaines
- d- de trois mois
- e- de 6 mois

- 3- La période d'incubation du chancre mou est en moyenne :
- a- de 9 semaines
 - b- de 9 à 12 semaines
 - c- de 5 à 10 jours
 - d- de 21 jours
 - e- de trois mois

- 4- Des érosions post – vésiculeuses groupées en bouquet se voient dans :
- a- le chancre syphilitique
 - b- le chancre mou
 - c- le chancre scabieux
 - d- l'herpès
 - e- la maladie de Nicolas – Favre

5- Les cellules ballonnantes retrouvées dans le cytodagnostic évoquent le diagnostic :

- a- du chancre mou
- b- du chancre scabieux
- c- du chancre syphilitique
- d- de la maladie Nicolas – Favre
- e- de l'herpès

6- Le chancre mou est du :

- a- au tréponème pâle
- b- à H.SV.II
- c- au bacille de Ducrey
- d- au scabieihominis
- e- au chlamydia trachomatis

7- Le chancre mou se traite par :

- a- pénicilline semi-retard
- b- cotrimoxazole
- c- aciclovir
- d- terbinafine
- e- cyclines

8- Le chancre scabieux se traite par :

- a- le benzoate de benzyle
- b- tetracycline
- c- pénicilline G
- d- cotrimoxazole
- e- dérivés imidazolés

e- cortioïdes

9- Une adénopathie inflammatoire avec tendance à la fistulisation évoque le diagnostic de :

- a- la syphilis primaire
- b- du chancre mou
- c- l'herpès
- d- du nodule scabieux
- e- lichenplan

10-La maladie du Nicolas Favre se traite par :

- a- tétracycline ou Doxycycline
- b- aciclovir
- c- pénicilline G
- d- cotrimoxazole

Réponse Ulcération génitale

- 1- Une Ulcération génitale est une :
- a- **perte de substance : ulcération ou érosion**
 - b- macule
 - c- pustule
 - d- papule
 - e- lésion purpurique extensive

- 2- La période d'incubation de la syphilis primaire est en moyenne :
- a- de 6 semaines
 - b- **de 21 jours**
 - c- de 9 semaines

- d- de trois mois
- e- de 6 mois

- 3- La période d'incubation du chancre mou est en moyenne :
- a- de 9 semaines
 - b- de 9 à 12 semaines
 - c- **de 5 à 10 jours**
 - d- de 21 jours
 - e- de trois mois

- 4- Des érosions post – vésiculeuses groupées en bouquet se voient dans :
- a- le chancre syphilitique
 - b- le chancre mou
 - c- le chancre scabieux
 - d- **l'herpès**
 - e- la maladie de Nicolas – Favre

5- Les cellules ballonnantes retrouvées dans le cytodiagnostics évoquent le diagnostic :

- a- du chancre mou
- b- du chancre scabieux
- c- du chancre syphilitique
- d- de la maladie Nicolas – Favre
- e- de l'herpès**

6- Le chancre mou est du :

- a- au tréponème pâle
- b- à H.SV.II
- c- au bacille de Ducrey**
- d- au scabieshominis
- e- au chlamydia trachomatis

7- Le chancre mou se traite par :

- a- pénicilline semi-retard
- b- cotrimoxazole**
- c- aciclovir
- d- terbinafine
- e- cyclines

8- Le chancre scabieux se traite par :

- a- le benzoate de benzyle**
- b- tetracycline
- c- pénicilline G
- d- cotrimoxazole
- e- dérivés imidazolés

9- Une adénopathie inflammatoire avec tendance à la fistulisation évoque le diagnostic de :

- a- la syphilis primaire
- b- du chancre mou**
- c- l'herpès
- d- du nodule scabieux
- e- lichenplan

10-La maladie du Nicolas Favre se traite par :

- a- tétracycline ou Doxycycline**
- b- aciclovir
- c- pénicilline G

- d- cotrimoxazole
- e- corticoïdes

Urétrite

Questions Urétrite

1- L'urétrite

- a) **Se manifeste toujours par un écoulement purulent au niveau du méat (les urétrites à chlamydia sont le plus souvent asymptomatiques)**
- b) Est toujours très douloureux
- c) **Le gonocoque, Chlamydia trachomatis et treponema pallidum sont les 3 pathogènes responsables les plus fréquents (les 3 pathogènes les plus fréquents responsables d'urétrite sont chlamydia trachomatis,**

le gonocoque et trichomonas vaginalis . A eux 3 ils représentent 60% des urétrites)

- d) **Le diagnostic repose sur l' examen du frottis urétral et des urines après élimination du 1er jet (c'est justement le 1er jet qu'on analyse)**
- e) **Des PCR sur prélèvement urétraux et urines peuvent être réalisées**

2- Le gonocoque

- a) **Appartient à la famille de Neisseria comme le méningocoque**
- b) Est un cocobacille gram positif qui donne un aspect de grain de café à la coloration (gram négatif)
- c) **Peut résister à l' amoxicilline en produisant une penicillinase**
- d) **C'est une bactérie non exigeante (bactérie exigeante devant être cultivée sur milieux enrichis type gélose chocolat)**
- e) **Le réservoir est strictement humain**

3- Chlamydia trachomatis

- a) **Sa culture est facile (comme toutes les bactéries intracellulaire la culture axenique n'est pas possible et est donc compliquée)**
- b) A un retentissement sur la fertilité masculine
- c) **Est la 2eme IST la plus fréquente en France (l' infection à Chlamydia trachomatis urogénitale (non LGV) est l' IST bactérienne la plus fréquente en France, elle est endémique en France contrairement aux autres IST)**

d) **50% des sujets atteints sont asymptomatiques (asymptomatique chez 70% des femmes et 50% des hommes)**

e) **Est une bactérie intracellulaire stricte**

4- Les IST (Infections sexuellement transmissibles)

a) **Peuvent être responsables de cancer**

b) **Leur incidence dans la population générale s'est stabilisée ces dernières années (s'était stabilisé mais a tendance a augmenter notamment la syphilis qui avait quasiment disparue...reprise des pratiques sexuelles à risque...)**

c) **Sont le plus souvent asymptomatiques**

d) **Le diagnostic d'infection à VIH et d'hépatite aigue B font partie des maladies à déclaration obligatoire**

e) **Ne sont pas des maladies infectieuses**

Réponses Urérite

1- L'urérite

- a) Se manifeste toujours par un écoulement purulent au niveau du méat (les urétrites à chlamydia sont le plus souvent asymptomatiques)
- b) Est toujours très douloureux
- c) Le gonocoque, Chlamydia trachomatis et treponema pallidum sont les 3 pathogènes responsables les plus fréquents (les 3 pathogènes les plus fréquents responsables d'urérite sont chlamydia trachomatis, le

gonocoque et trichomonas vaginalis . A eux 3 ils représentent 60% des urétrites)

- d) Le diagnostic repose sur l' examen du frottis urétral et des urines après élimination du 1er jet (c'est justement le 1er jet qu'on analyse)
- e) Des PCR sur prélèvement urétraux et urines peuvent être réalisées

2- Le gonocoque

- a) Appartient à la famille de Neisseria comme le méningocoque
- b) Est un coccobacille gram positif qui donne un aspect de grain de café à la coloration (gram négatif)
- c) Peut résister à l' amoxicilline en produisant une penicillinase
- d) C'est une bactérie non exigeante (bactérie exigeante devant être cultivée sur milieux enrichis type gélose chocolat)
- e) Le réservoir est strictement humain

3- Chlamydia trachomatis

- a) Sa culture est facile (comme toutes les bactéries intracellulaire la culture axénique n'est pas possible et est donc compliquée)
- b) A un retentissement sur la fertilité masculine

- c) Est la 2ème IST la plus fréquente en France (l' infection à Chlamydia trachomatis urogénitale (non LGV) est l' IST bactérienne la plus fréquente en France, elle est endémique en France contrairement aux autres IST)
- d) 50% des sujets atteints sont asymptomatiques (asymptomatique chez 70% des femmes et 50% des hommes)
- e) Est une bactérie intracellulaire stricte

4- Les IST (Infections sexuellement transmissibles)

- a) Peuvent être responsables de cancer
- b) Leur incidence dans la population générale s'est stabilisée ces dernières années (s'était stabilisé mais a tendance à augmenter notamment la syphilis qui avait quasiment disparue... reprise des pratiques sexuelles à risque...)
- c) Sont le plus souvent asymptomatiques
- d) Le diagnostic d'infection à VIH et d'hépatite aigue B font partie des maladies à déclaration obligatoire
- e) Ne sont pas des maladies infectieuses

Pr Omar Boudghene Stambouli
Responsable de l'enseignement des Maladies Cutanées
Faculté de Médecine Tlemcen
Université Aboubakr Belkaid
Médecin chef du Service de Dermatologie
CHU Tlemcen (Algérie)

Travaux Sur les Infections Sexuellement transmissibles Publié dans les revues suivantes:

- Annales de Dermatologie et de vénéréologie
- Bulletin de la société de pathologie exotique
- Journal Pan Arab League of Dermatologists
- Maghreb Medical