

Les IST

I) Les définitions

- Le terme IST remplace le terme de maladie vénérienne.
- Démarche épidémiologique pour couper la chaîne de contamination (rechercher & traiter les partenaires) avec la coopération du patient.
- Posture neutre : ne pas faire la morale.
- Reprise de certains IST.

II) Les uréthrites

A) La gonococcie

épidémiologie: due à *Neisseria gonorrhoeae*, son incidence a diminué.

Ag: "chaude pissée" = DI à la miction.

clinique

→ chez ♂: après 1 incubation courte de 2 à 5 jours, brûlures mictionnelles intenses, dysurie, écoulement verdâtre purulent & abondant.

→ chez ♀: st: peu symptomatique avec qqes picotements s'aggrave une cervicite avec leucorrhées → confirmé par ex. au spéculum, qqes leucorrhées.

→ aréolite pharyngée.

Ag bio: ex. des sécrétions directes & culture.

complications: - salpingite avec risque de stérilité
- conjonctivite néonatale avec risque de cécité

= prévention par installation de collaire au nitrate d'argent pour tout accouchement.

ttt: Stratégie thérapeutique

-> dépister & ttt les partenaires

-> proposer 1 ttt en urgence en fonction de la clinique sans attendre le résultat de la biologie dev: tte surbrite ♂, chez 1 patient occasionnel, si partenaire altérée, 1 cervicite purulente.

-> proposer 1 sérologie syphilitis & HIV.

- CIFLOX ®: prise orale 500 mg en 1 fois

- ROCEPHANE ®: 150 mg in

- OROGEN ®: 400 mg en 1 prise par os

- TROBICENE ®: 2 gr en in

=> associé jrs avec 1 ttt anti: chlamydia

B) La chlamydiose

épidémiol: due à chlamydia trachomatis fréquente surtout chez les jeunes avec partenaires ≠.

Ag clinique:

-> chez l'hô: surbrite subaigue après 1 incubatⁿ de 7 à 10 j.
écoulem^t dair & visqueux (gîte matricale) ou
brûlures mictionnelles.

-> chez ♂: cervicite avec parfois écoulement mais sub^t
asymptomatique.

Ag bio: préler: 1^{er} le matin sur 1^{er} miction & balle au
niveau du l'urètre & col ectérh.
ex. direct & culture

- sérologies n'ont pas d'intérêt
- HCV & syphilis

complications :

- chez ♂ : rétrocession surébra (troubles viraux, vessie qui se vide)
épididymite mal
- chez ♀ : salpingite avec risque de stérilité
- Ed de Fieissinger Leroy Reiter : conjonctivite bilatérale, arthrite, balanite & lésions psoriasiformes.

Mt :

TETRACYCLINES © 500 mg x4 10j
DOXYCLINE © 100 mg x2 10 jours
MINOCYCLINE © 100 mg 7 à 15 jours
ZITHROMAX © 1gr en 1 prise unique.

III) La syphilis

A/ Définition

- maladie infectieuse due à *Treponema pallidum*
- transmission par contact intime
- évolue spontanément après inoculation et l'apparition d'une lésion primaire suivie de manifestations cutanées, muqueuses & d'autres puis la maladie devient asymptomatique avec persistance d'une sérologie (+).
- syphilis congénitale & fœtale rare.

B/ Clinique

1) Syphilis primaire

Début 4 semaines après contact.

- le chancre ou pt d'inoculation : érosion aréolaire à fond propre non douloureux & bords élevés. Il siège sur le gland, sur les lèvres, sur le col, anal ou buccal.

- adénopathie : régionale 1 ou x ganglions fermes & indolents.
- non traitée : il disparaît en quelques semaines mais la maladie est toujours là.
- stade du chancre très contagieux.

2) Syphilis secondaire

- débute 6 à 8 semaines après le chancre
- signes cutanéo muqueux polymorphes (= la grande simulation) diffus & contagieux.
- La roséole syphilitique : 1^{er} érupt° sur le tronc faite de petites macules roses pâles.
- La papule syphilitique : lésion élémentaire papule brun centrée diam 1cm, localisée surtout paumes & plantes des pieds.
- Les lésions muqueuses buccales & génitales, plaques érosives contagieuses avec au niveau de la langue 1 disparition des papilles : plaques fonguées.
- Alopecie : récente en "couronne" disparaît en plaques, dépilat° des sourcils.
- Signes généraux : fièvre, adénopathies diffuses... sans tt, persistance sérologie.

C) Ag Biologique

Ex. direct : séroité du chancre au microscope à fond noir

sérologie : 2 tests TPHA & VDRL, ⊕ 8 jours après début du chancre.

en phase primaire : TPHA ++ & VDRL 256 unités

en phase 2^d : TPHA ++ jusqu'à la fin de la vie & VDRL 128 unités qui ↓ avec le tt & ↑riment en cas de contamination.

D) Le traitement

- syphilis primaire & secondaire : 1 inject° en de 1,4 millions d'unités d'EXTENCILLINE® / 1 fois DL
- si allergie à pénicilline : 2 semaines de CYCLINES®
- suivi à 3 & 6 mois le VDRL doit ↓
- 1^{re} enceinte mît : risque de syphilis congénitale au 4^o mois.

IV) Les condylomes

- due à HPV on →
- chez les immunodéprimés ⊕ fréquents & plus agressifs.

1) Aspects cliniques

- condylomes acuminés : crêtes de coq ; masses charnues hérissées de petites verrucosités (= petites verrues).
- condylomes papuleux : papules multiples blanchissant à l'acide acétique à 5%.
- condylomes plans : **parfois invisibles**
 chez ♂ : risque CC col, vulve, vagin, anal
 chez ♀ : verge, urètre, anus
 chez l'enfant : à partir de verrues des mères, recherche de sécrètes sexuels.

Evolution : récidive, risque de néoplasie

tt : azote liquide, laser CO₂
 condylire®, Aldara®

V) Les autres IST

- Trichomonas : due à 1 parasite, asymptomatique chez l'ho.

vaginite avec leucorrhées verdâtres.

tt: per os FASIGYNE® 4 cp en 1 prise 2 ovules vag 1x

→ Chancres mou: due au bacille de Dugrey. incubation courte
chancres inflammatoires, adénopathies

tt: BACTRIN®

→ Maladie de Nicolas Favre: due à autre espèce de chlamydia
grosse adénopathie inflammatoire.

tt: DOXYCICLINE® 100 mg po! 14j

→ Donsavenose: maladie tropicale papule ulcérée génitale sur la
peau sans ganglions.

tt: ERYTHROMYCINE® 400 mg / jour 21 jours.

→ Herpès, Gale, Mycose, Hépatite virale (B),...