

# LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Dr OUSALAH

Maitre assistante en  
gynécologie obstétrique

HMRUO

# Plan du cours

## I- Introduction

- 1- Définition
- 2- Fréquence

## II- Classification

- 1- Clinique
- 2- Etiologie

## III- Principales MST

### 1- Gonococcie

- A- Définition
- B- épidémiologie
- C- Diagnostic
- D- Traitement
- E- Prévention

### 2- Chlamydia

- A- Définition
- B- Epidémiologie
- C- Diagnostic
- D- Traitement
- E- Prévention

### 3- Syphilis

- A- Définition
- B- Epidémiologie
- C- Clinique
- D- Biologie
- E- Traitement
- F- VIH et syphilis
- G- Syphilis et santé public

## IV- conclusion



# I- INTRODUCTION

## 1- Définition :

Les infections sexuellement transmissibles (dites aussi les maladies : MST), ce sont des maladies infectieuses qui se transmettent par voie sexuelle, outre cette voie, certaines se transmettent par voie sanguine ou périnatale.

## 2- Fréquence :

Dans tous les pays du monde, les IST sont en augmentation, surtout après l'explosion épidémique du SIDA.

Actuellement, en Algérie et sur le plan étiologique c'est le gonocoque qui est le plus fréquemment en cause, suivi de chlamydia trachomatis.

# II- CLASSIFICATION

ON peut classer les MST, soit cliniquement, soit selon les étiologies.

## **1- Classification clinique :**

### **\*IST avec écoulement :**

- Urétrite chez l'homme.
- Cervico-vaginite chez la femme.

### **\*IST avec Végétations :**

- Condylomes acuminés, verrues.
- Molluscum contagiosum.

### **\*IST avec ulcérations génitales :**

- Syphilis.
- Chancre mou
- Donovase (ou granulome inguinal).
- Lymphogranulomatose vénérienne.
- Herpès génital.

### **\*IST sans atteinte génitale apparente.**

- Hépatite virale B et C.
- SIDA.

## 2- Classification étiologiques :

Selon les agents infectieux responsables, il en existe plus de 20 ils peuvent être des bactéries des virus, des parasites, des champignons, ou des ectoparasites, dont :

### a- Bactéries :

Agents infectieux	Manifestations cliniques
<b>Neisseria gonorrhoeae</b> (Gonococcie)	Vulvovaginite, cervicite, urétrite, rectite, endométrite, salpingite, bartholinite,.... Infection néonatale.
<b>Chlamydia trachomatis</b>	Cervicite, urétrite, endométrite, salpingite (aigue, Et chronique), ..... Infection néonatale. Lymphogranulomatose, vénérienne.
<b>Tréponème pallidum</b>	Syphilis.
<b>Haemophilus ducreyi</b>	Chancre mou.
<b>Gardnerelle vaginalis</b>	Vaginite, urétrite, salpingite

► **b-Virus :**

<b>Agents infectieux</b>	<b>Manifestations cliniques</b>
<b>Herpès simplex 1 et 2</b>	Herpès génital, herpes néonata.
<b>Human papilloma virus</b>	Condylome, dysplasie.
<b>Virus de l'hépatite B</b>	Hépatite.
<b>Poxvirus</b>	Tumeur bénigne
<b>VIH 1 et 2</b>	SIDA.



**c-Protozoaire :**

Trichomonas vaginalis

Vaginite, urétrite.

**d- Champignon :**

Candida

Vaginite.

**e-Ectoparasite :**

Sarcopte scabiei

Gale.

Phthirus pubis

Morpion (phthiriose du pubis).



## III- LES PRINCIPALES MST

### 1- La gonococcie.

**A- Définition :** C'est une infection sexuellement transmissible, due au gonocoque.

### **B- Epidémiologie :**

\**Agent pathogène* : le gonocoque, ou neisseria gonorrhéa, est une bactérie, diplocoque gram négatif, aérobic stricte, pathogène humain obligatoire.

\**La contamination* : essentiellement par les rapports sexuels, exceptionnellement elle est indirecte par des objets souillés.



## **C- Diagnostic :**

### **C-1- Clinique :**

#### Chez la femme :

Elle est souvent asymptomatique.

Elle est responsable :

- D'un tableau de cervicite avec douleurs pelviennes et leucorrhées purulentes,
- Associées à une urétrite se traduisant par des brûlures mictionnelles et dysurie.

-L'examen au speculum :

\*le col est rouge avec des érosions.

\*parfois, des complications peuvent survenir telles que ;

- Une bartholinite,
- Une salpingite voire une pelvipéritonite subaigüe, et leurs conséquences sur la fertilité si elles ne sont pas traitées.

### Chez l'homme :

Elle est responsable de, l'urétrite aigue, de début brutal, avec dysurie douloureuse, et un écoulement urétral purulent jaune verdâtre abondant (dit « chaude pisse »), et une méatite inflammatoire.

Des complications peuvent survenir, telles que : une orchite-épididymite inflammatoire, une urétrite postérieure douloureuse, prostatite aigue,..... .

### Chez les deux sexes :

C'est la gonococcie disséminée.

Elle est rare, surtout chez la femme.

Elle donne un tableau d'une septicémie subaigüe à gonocoque, d'une méningite, d'une endocardite,..... .

## C-2-Biologique :

Il n'y a pas de test sérologique sensible et spécifique.

Le diagnostic est confirmé par la mise en évidence du gonocoque.

Le prélèvement, est réalisé, au niveau de : endocol, des orifices des glandes de Skene et de Bartholin, urètre, la marge anale, et du pharynx.

L'examen direct, met en évidence, après coloration au bleu de méthylène, ou la coloration de Gram, la présence du diplocoque Gram négatif en grain de café.

La culture est utile pour l'identification bactériologique, le typage, les études épidémiologiques.

## **D- Traitement :**

### **\*Infection gonococcique basse, non compliquée :**

Le traitement repose sur, l'un de ces antibiotiques, à dose unique :

SPECTINOMYCINE (TROBICINE) : 1 injection en IM à 2g.

CEFTRIAXONE (ROCEFINE) : 1 injection en IM à 500 mg.

OFLOXACINE : 400 mg per os en prise unique.

PEFLOXACINE : 800 mg per os en une seule prise.

### **\*Infection gonococcique compliquée :**

Le traitement nécessite l'administration prolongée de Ceftriaxone 1 à 2 gr par voie IV pendant 4 à 10 jours, suivi d'un relais par voie orale, (durée totale de 3 à 6 semaines selon l'antibiogramme).

\*NB : La trobicine, et la Rocéfine ne sont pas actifs sur la chlamydia, d'où intérêt d'associer les cyclines s'il y'a association des deux infections.

## ***E- Prévention :***

\*Il faut traiter les deux partenaires.

\*Il est recommandé à la patient, pendant le traitement, soit de s'abstenir de tout rapport sexuel, soit d'avoir des rapports protégés.

\*Pratiquer une sérologie syphilitique, et du SIDA (après accord des patients).

## 2- La chlamydia.

**A- Définition :** C'est une infection sexuellement transmissible.

**B- Épidémiologie :**

\***L'agent pathogène** : c'est la chlamydia trachomatis, qui est une bactérie.

\***On distingue**, 15 stéréotypes, qui sont responsables des différentes manifestations cliniques ; certains sont responsables du trachome endémique et de quelques infections génitales, d'autres des maladies sexuellement transmissibles, et d'autres de la lymphogranulomatose vénérienne.

## **C- Diagnostic :**

### **C-1- Clinique :**

Chez la femme :

\*Cervicite :

-Le plus souvent, asymptomatique :

-Elle se manifeste, parfois par des pertes vaginales, des métrorragies, et des saignements post coïtaux.

L'examen clinique, du col, est variable, le plus souvent absence d'anomalie.

\*Salpingite : peut-être ; Asymptomatique.

        Ou être responsable de grossesse extra-utérine, stérilité tubaire, ou de périhépatite (syndrome de FITZ-HUGH-CURTIS : fausses membranes, confirmé à la coelioscopie).

\*En cas de grossesse ; le risque d'infection néonatale, au cours du passage de la filière génitale infectée.

Chez l'homme :

\*Urétrite, Proctite.

\*Complication : épидидymite subaigüe ; le souvent unilatérale.

\*En cas de lésions bilatérales, la chlamydia est responsable d'hypofertilité masculine.

## C-2- Biologie :

\**Les prélèvements*, seront réalisés, au niveau de l'endocol, de l'urètre ; du liquide péritonéal, des trompes et des franges pavillonnaires (prélèvements per coelioscopie).

\**La mise en culture* : tares spécifique, et très sensible. Elle se fait dans des laboratoires spécialisés.

\**La sérologie* :

La sérologie, de la chlamydia ne contribue pas au diagnostic des affections, un titre positif peut traduire une infection active, ou ancienne.



## **D- Traitement :**

-Le traitement repose sur :

- \* Les CYCLINES (doxycycline), à la posologie de 200 mg en per os en une prise.

En l'absence de complication, la durée de traitement de l'urétrite chez l'homme est de 7 à 10 jours.

Les cyclines sont contre indiqués pendant la grossesse.

- \*AZITHROMYCINE (zithromax) : c'est un traitement minute 1gr en une prise.

- \*FLUOROQUINOLONE (ofloxacine, ciprofloxacine).

-En cas de syndrome pelvien inflammatoire, un traitement reposant sur une triple antibiothérapie est nécessaire : Augmentin+Metronidazole+doxycycline, pendant 6 à 10 jours en IV, puis relais en per os pendant 3 à 4 semaines.



## **E- Prévention :**

1-Traiter les deux partenaires.

2-Il est recommandé aux patients, pendant le traitement, soit de s'abstenir de tout rapport sexuel, soit d'avoir des rapports protégés.

3-Pratiquer une sérologie syphilitique, et du SIDA (après accord des patients).

### 3- La syphilis

**A- Définition :** C'est une maladie sexuellement transmissible.

**B- Épidémiologie :**

\***L'agent pathogène** : c'est le tréponema pallidum.

\***La contamination** : Le **pallidum est** transmis par voie sexuelle, et transplacentaire.

-On observe actuellement une recrudescence de cette affection.

- Son expression clinique est polymorphe.

- Elle évolue sans traitement en trois phases : primaire, secondaire, tertiaire.

## **C- Clinique :**

### **C-1- Syphilis primaire :**

Après une incubation moyenne de 21 jours (10-90), survient :

#### **un chancre :**

**C'est une ulcération** ; superficielle, indolore, circonscrite de 5 à 20 mm de diamètre, à limites nettes et sans relief, à surface propre, lisse et rosée, reposant sur une base indurée, unique dans 2/3 des cas.

Cette ulcération (Le chancre) fourmille de tréponème, et est très contagieux.

#### **des adénopathies :**

Satellites uni ou bilatérales froides, indolores, sans péri-adénite.

Il existe le plus souvent un ganglion volumineux parfois unique.

## évolution :

-En l'absence de traitement, le chancre cicatrise en trois à cinq semaines mais le ganglion et l'induration persistent plusieurs mois.

- Sous traitement, la cicatrisation est plus rapide et les symptômes locaux disparaissent. --Le chancre peut revêtir de nombreux aspects : punctiforme ou géant, ulcéreux, papuleux, érosif.

**Chez la femme**, habituellement vulvaire (grandes ou petites lèvres), rarement vaginal, parfois cervical.

**Chez l'homme**, sa localisation et son aspect sont très variés : atteinte du gland, du sillon balanopréputial, du méat, phimosis surinfecté.

## Chancre extra-génitaux :

- cavité buccale, amygdales
- anus ± fissure, douloureux.

Le chancre de la syphilis sera différencié : - de l'herpès

-du chancre mou.

Parfois deux types de chancres cohabitent.

## C-2- Syphilis secondaire

- Se développe en l'absence de diagnostic ou de traitement. Elle correspond à une phase de dissémination du tréponème. On peut observer :

- La roséole, constituée par des macules de 3 à 10 mm, non prurigineuses à bords réguliers, de couleur rose pâle. Elles prédominent sur le tronc et disparaissent en 1 à 2 mois.
- Les plaques muqueuses se développent sur les muqueuses voisines du siège de la primo-infection. Erosions superficielles de la muqueuse rouges vifs ou recouvertes par un enduit fibrineux. Elles sont souples, indolores, et très contagieuses.
- L'alopecie : en clairière, est recherché derrière les oreilles.



-Plus tardivement, on peut rencontrer :

- des syphilides : papules squameuses, rouge sombre, cuivrées, à base indurée de 3 à 5 mm de diamètre. Ces lésions s'étendent à tout le tronc mais prédominent aux paumes et plantes. Elles sont très contagieuses.

- D'autres signes, témoignant de la généralisation, peuvent se rencontrer :

- syndrome infectieux général peu fébrile, parfois associé à un syndrome méningé.
- syndrome hépato-spléno-ganglionnaire.

### C-3- Syphilis tertiaire

Survient 2 à 10 ans après l'atteinte initiale, non traitée ou insuffisamment traitée. On décrit :

- des gommes : indurations de 2 à 3 cm pouvant siéger sous la peau ou les muqueuses, dans les os et le système nerveux central.
- Des atteintes cardio-vasculaires : 20 % des sujets non traités
  - Aortite de la partie initiale de l'aorte avec possible atteinte des ostium coronaires et des valves, parfois associée à un anévrisme.
- Des atteintes neurologiques : 10 % des sujets non traités
  - troubles de la sensibilité profonde : tabès - troubles des fonctions supérieures : état démentiel.
  - Signe clinique classique :
    - \* Aréflexie à la lumière
    - \* Accommodation à la distance. Myosis permanent.



## **D- Biologie :**

- Mise en évidence directe du tréponème possible à partir des lésions avec un microscope à fond noir

- Sérologie non spécifique :

\* VDRL : qualitatif et quantitatif

- Sérologie spécifique :

\* TPHA

## Schématiquement :

	<b>TPHA</b>	<b>VDRL</b>
<b>Syphilis primaire</b>	160/1280	2/16
<b>Syphilis secondaire</b>	> 1280	> 16
<b>Cicatrice</b>	160/1280	0/4

VDRL + TPHA : -  $\Rightarrow$  faux positif

VDRL – TPHA : +  $\Rightarrow$  cicatrice ou syphilis débutante

VDRL – TPHA : -  $\Rightarrow$  à vérifier si contagé récent inférieur à trois semaines.

## E- Traitement

\* Le traitement repose sur la Pénicilline G (CMI 0,03 mg/ml).

- Syphilis primo-secondaire : Extencilline 2,4 millions 1 ou 2 fois

- Syphilis tertiaire : Extencilline 2,4 millions 3 fois à une semaine d'intervalle.

- Syphilis neuro-méningée : Pénicilline G 18 à 24 millions/24 heures pendant 15 jours ou Ceftriaxone 2 grammes par jour pendant 10 jours.

\* Réaction de lyse bactérienne : réaction peut se rencontrer au début du traitement surtout à des fortes doses d'antibiotiques : fièvre, malaise général, éruption, polyadénopathies .

\* Surveillance sérologique :

L'efficacité du traitement est appréciée sur l'évolution des taux de réactivité : diminution des taux, voire négativation du VDRL si traitement précoce.

La diminution du TPHA est beaucoup plus lente, parfois absente en cas de traitement tardif.

## **F- VIH et syphilis**

- Association fréquente.
- Evolution de la syphilis plus sévère surtout si immunodépression avec atteinte neurologique. - La PL est nécessaire si les CD4 sont inférieurs à 200/mm<sup>3</sup>.
- Le VIH peut faussement positiver le VDRL.

## **G- Syphilis et santé publique**

- Enquête à la recherche des sujets sources et des sujets contacts.
- Déclaration obligatoire anonyme.



## IV- CONCLUSION

Le contexte épidémiologique des MST rend compte de l'association fréquente des pathologies.

Le diagnostic doit donc être précis et complet, afin de ne pas laisser évoluer une infection inapparente qui se compliquerait plus tard.

Le traitement doit concerner le sujet source et les sujets contacts afin de briser la chaîne épidémique.

Le meilleur traitement, est la prévention.