

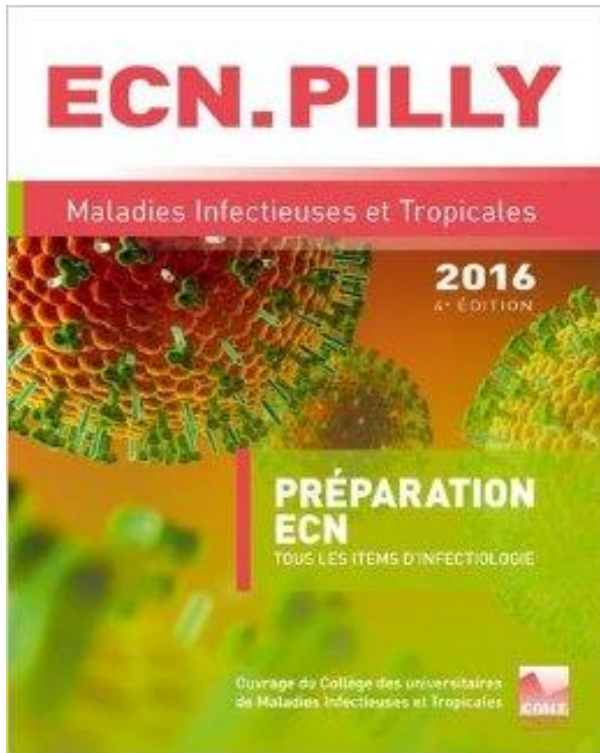
UE 2.5 Processus inflammatoires et infectieux

IST

Dr. Alexie Bosch

OBJECTIF

- Diagnostiquer et traiter une gonococcie, une chlamydie, une syphilis récente et tardive, une infection génitale à HPV, une trichomonose
- Connaître les principes de la prévention et du dépistage des IST, notamment chez les partenaires.
- Connaître les principes de prévention et de dépistage des infections à HPV, frottis et vaccination.



Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement transmissibles



Section MST/SIDA de la Société Française de Dermatologie

Février 2016

Lésions génitales

Infections sexuellement transmissibles

- Syphilis
- Herpes
- Haemophilus ducreyi
- LGV
- Donovanose
- HPV
- Gale
- Molluscum contagiosum

Infections NON sexuellement transmissibles

- Folliculite
- Tuberculose
- Tularémie
- Histoplasmose
- Candidoses
- Amibiase

Causes non infectieuses

- Traumatisme
- Néoplasies
- Maladie de Behcet
- Eczéma
- Psoriasis
- MICI
- Dermite de contact
- Lichen plan
- Maladie de Verneuil
- ...

Uréthrite – Cervicite

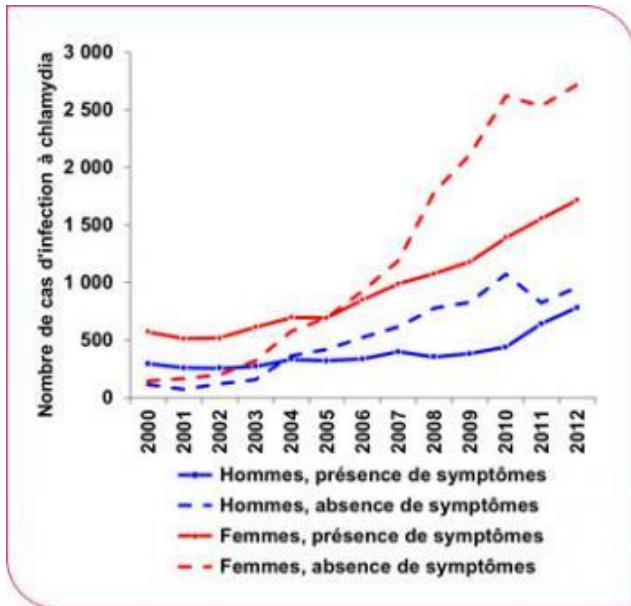


CHLAMYDIA TRACHOMATIS

1^e cause d'urétrite

HOMME

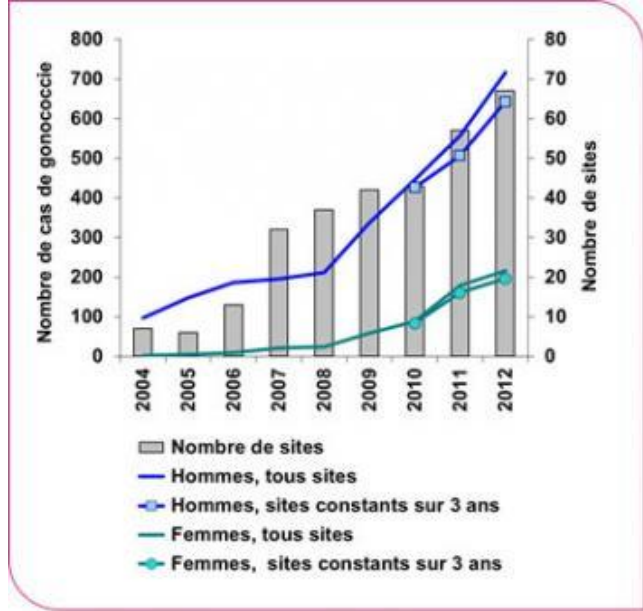
urétrite subaiguë (50%), aiguë (3-10%)
balanite en carte de géographie
→ prostatite, épididymite ...



FEMME

cervicite asymptomatique +++
→ endométrite, salpingite ...

NEISSERIA GONORRHAE



2^e cause d'urétrite après *Chlamydia*

HOMME

urétrite aiguë +++ (90%)

→ orchite, épididymite, prostatite



FEMME

cervicite asymptomatique (60-90%)

→ endométrite, salpingite ...



TRIADE EXTRA-GENITALE

- Éruption (60%)
- Ténosynovite (60%)
- Arthralgies (85%)

TRAITEMENT SYSTEMATIQUE DE GONOCOQUE + CHLAMYDIA

CEFTRIAXONE 1 x 500 mg IM +

- Cefexime 400 mg PO DU
- Spectinomycine 2g IM DU
- Ciprofloxacine 500 mg PO DU (R 50%)
- Azithromycine 2g DU

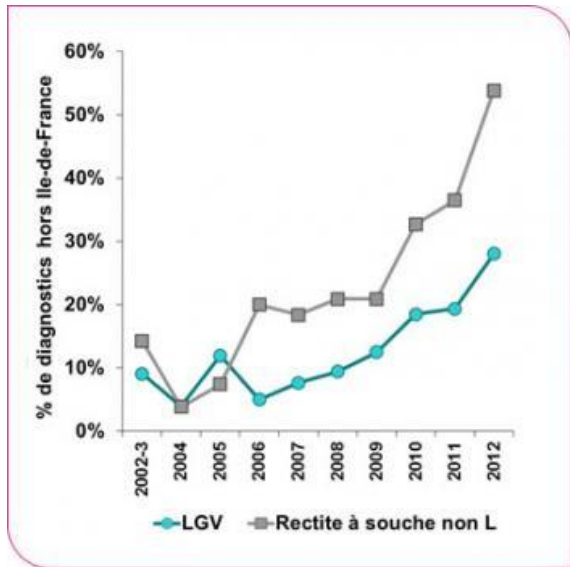
AZITHROMYCINE 1 x 1g PO

- **Doxycycline : 200 mg / j PO, 10-14 j**
- Roxithromycine : 300 mg / j PO, en 2 prises
- Erythromycine base : 500 mg PO 3/j
- Ofloxacine : 400 mg / j PO, en 2 prises
- Levofloxacine : 500 mg/j PO en 1 prise
- Pristinamycine : 2g / j PO, en 2 prises

Traitement partenaires : 60 jours

Transmission pdt 7 jours après le début du traitement

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE



Chlamydia trachomatis (maladie de Nicolas Favre)
Epidémie récente : rectite +++

Phase primaire

↓
Micro-ulcérations indolores
passant inaperçu

Phase secondaire

↓
ADP inflammatoire → fistulisation
Anorectite aiguë +++

Phase tertiaire

Forme chronique : fistules, sténoses ...

Doxycycline 100 mg x 2/j 21 jours

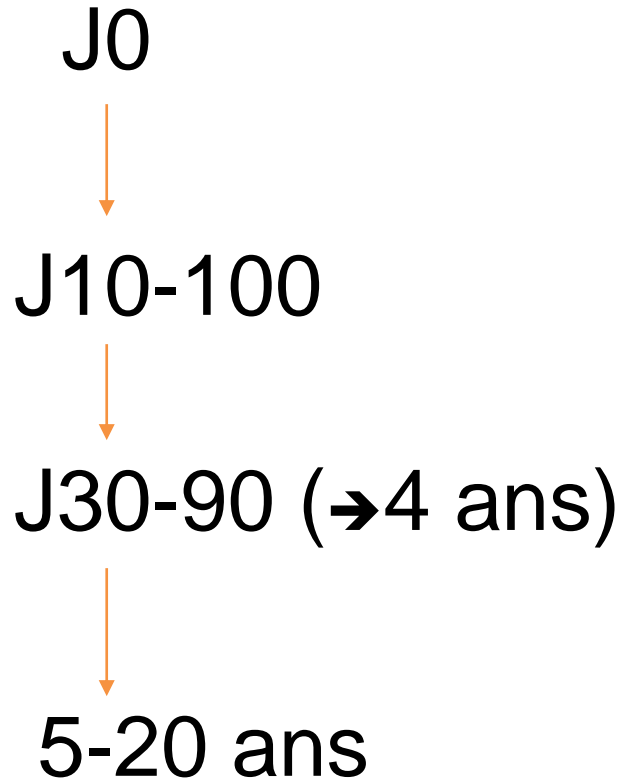
+ ceftriaxone ...

Traitement partenaires 60 jours

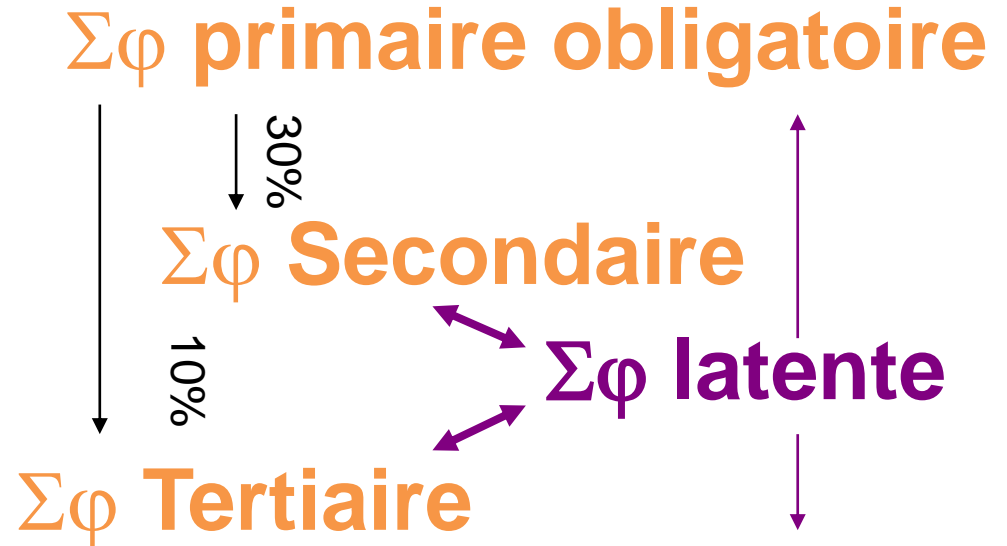
- Doxycycline 7 jours
- Azithromycine DU



Syphilis



Contamination



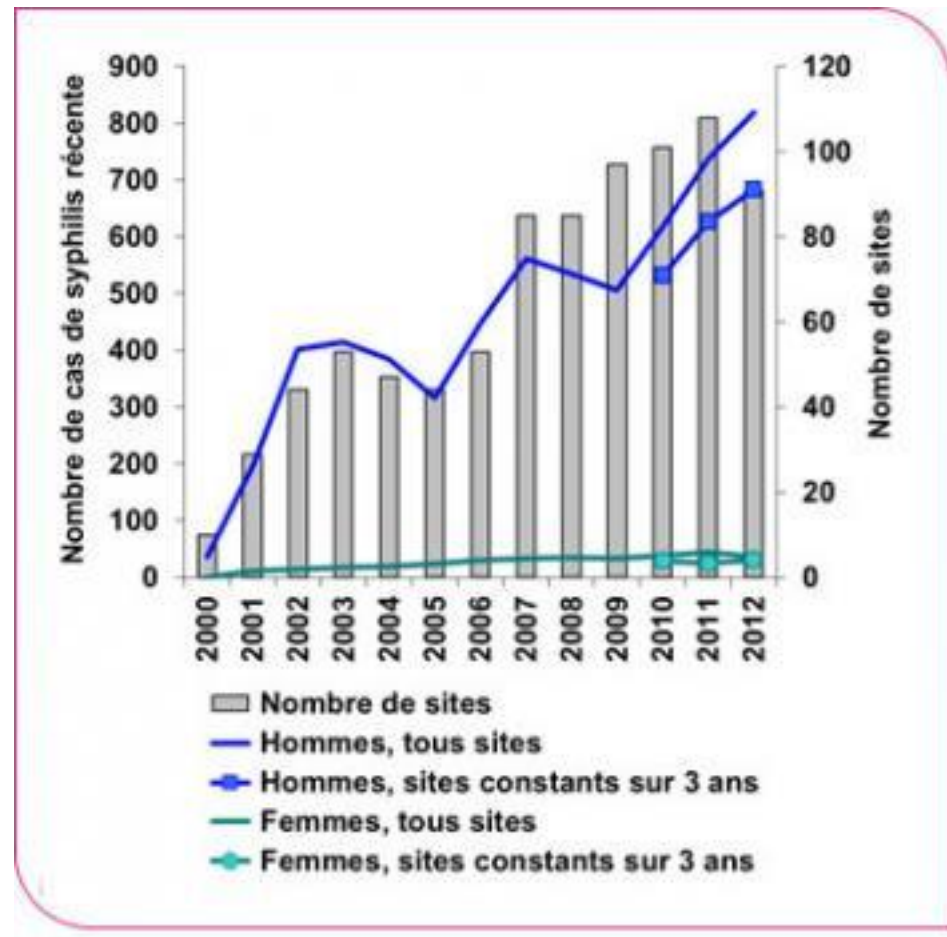
Syphilis **PRÉCOCE** (<1 an) ou **TARDIVE** si > 1 an (ou inconnu)

SYPHILIS

Treponema pallidum - IST strictement humaine



Incubation
3 sem
(10-90 j)



SYPHILIS

Treponema pallidum - IST strictement humaine



Incubation
3 sem
(10-90 j)

Chancre (constant) + ADP
Guérison spontanée
(1 mois)

Syphilis I

Syphilis
latente



CHANCRE RAREMENT « TYPIQUE » !

 UN CHANCRE ... SOUVENT ATYPIQUE ...



 UN CHANCRE ... SOUVENT ATYPIQUE ...

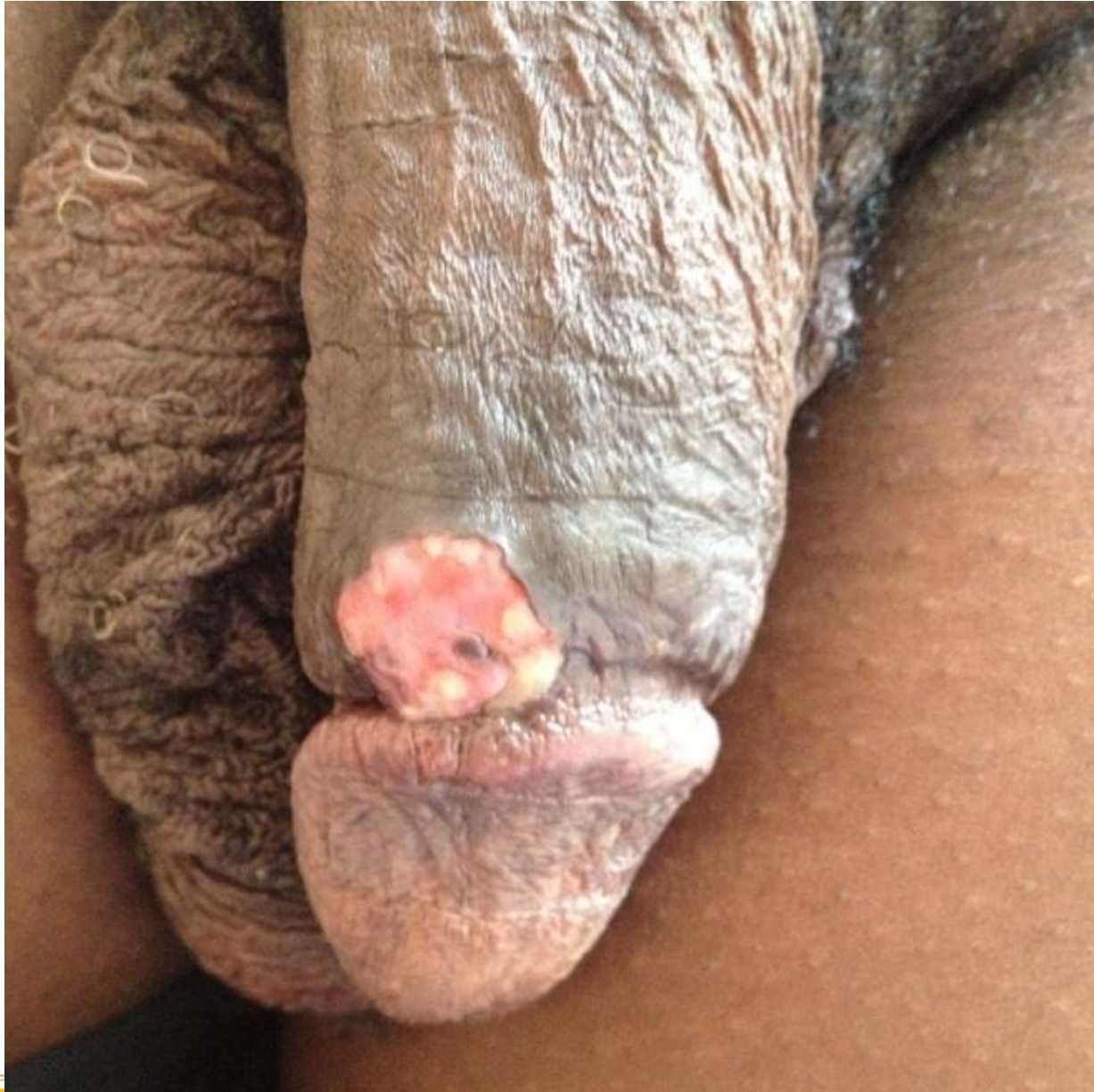


 UN CHANCRE ... PEUT AUSSI ETRE BUCCAL ...

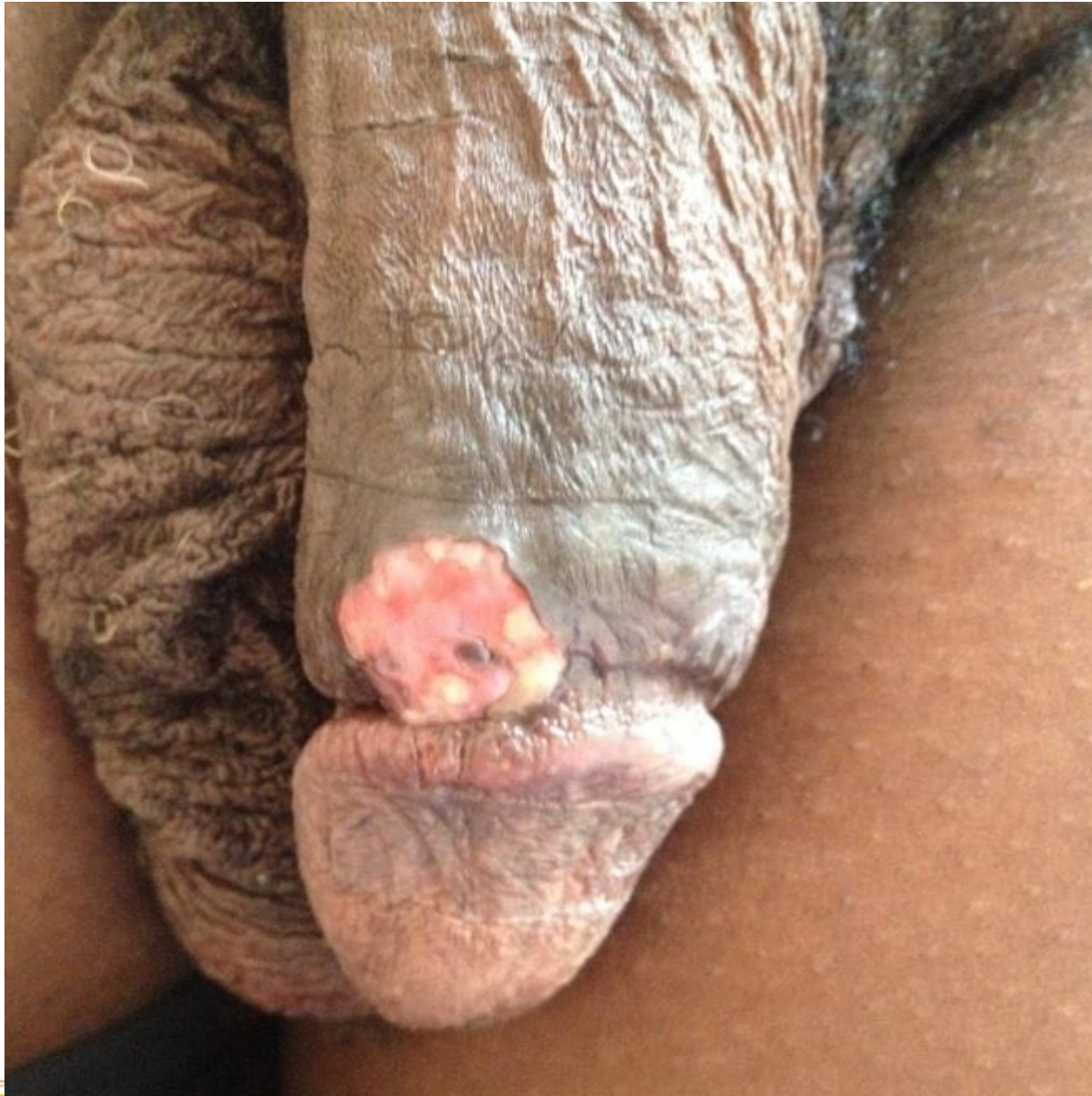


(si si ...)

 ET UN CHANCRE TYPIQUE ...



🍌 ET UN CHANCRE TYPIQUE PEUT ETRE **HERPETIQUE** !



SYPHILIS

Treponema pallidum - IST strictement humaine



Incubation
3 sem
(10-90 j)

Chancres (constant) + ADP
Guérison spontanée

Syphilis I

1^e floraison (M2-M6) : roséole

2^e floraison : syphilides, plaques muqueuses

+/- alopecie, AEG, polyADP, HMG, uvéite, arthrites
hépatite, glomérulonéphrite, méningite

Syphilis II
30%

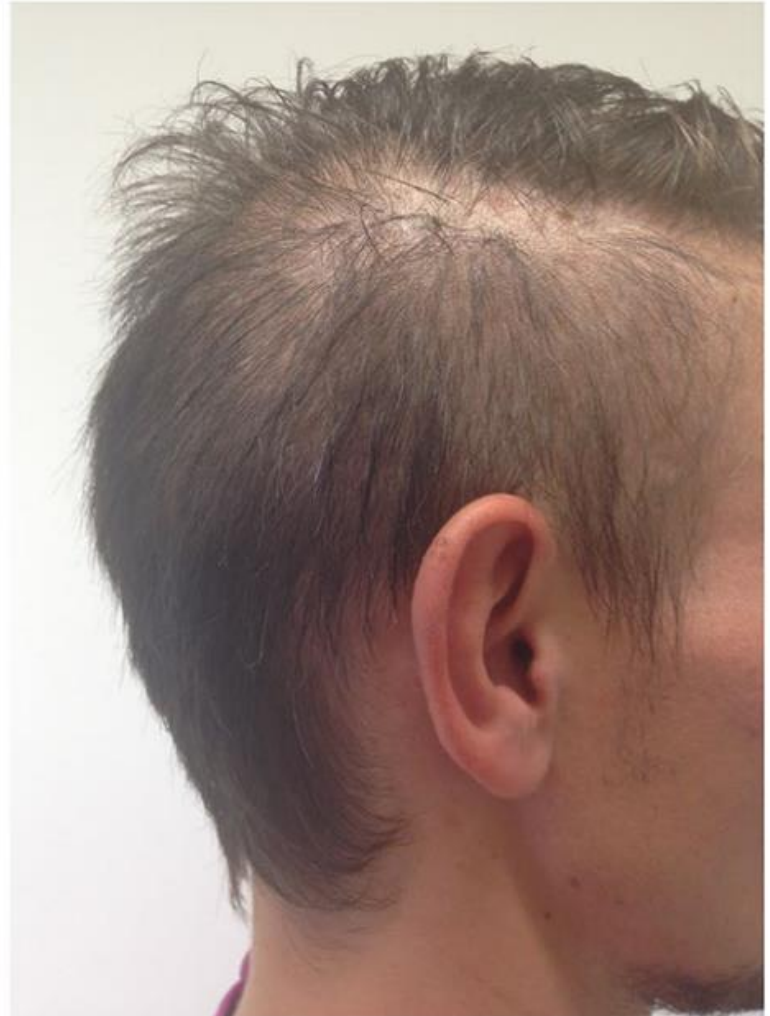
Syphilis latente













SYPHILIS

Treponema pallidum - IST strictement humaine



Incubation
3 sem
(10-90 j)

Chancres (constant) + ADP
Guérison spontanée

Syphilis I

1^e floraison (M2-M6) : roséole

2^e floraison : syphilides, plaques muqueuses

+/- alopecie, AEG, polyADP, HMG, uvéite, arthrites
hépatite, glomérulonéphrite, méningite

Syphilis II
30%

Gommes

CV, SNC (tabès,
Argyll Robertson)

Syphilis III
10%
(2 à 30 ans)



SYPHILIS

Treponema pallidum - IST strictement humaine



Incubation
3 sem
(10-90 j)

Chancres (constant) + ADP
Guérison spontanée

Syphilis I

1^{er} floraison (M2-M6) : roséole

2^e floraison : syphilides, plaques muqueuses

+/- alopecie, AEG, polyADP, HMG, uvéite, arthrites
hépatite, glomérulonéphrite, méningite

Syphilis II
30%

Gommes

CV, SNC (tabès,
Argyll Robertson)

Syphilis III
10%
(2 à 30 ans)

Neurosyphilis

- Méningite
- Vascularite cérébrale
- Forme parenchymateuse

SYPHILIS

Treponema pallidum - IST strictement humaine



Incubation
3 sem
(10-90 j)

Chancres (constant) + ADP
Guérison spontanée

Syphilis I

1^e floraison (M2-M6) : roséole

2^e floraison : syphilides, plaques muqueuses
+/- alopecie, AEG, polyADP, HMG, uvéite, arthrites
hépatite, glomérulonéphrite, méningite

Syphilis II
30%

Gommes

CV, SNC (tabès,
Argyll Robertson)

Syphilis III
10%
(2 à 30 ans)

Neurosyphilis

- Méningite
- Vascularite cérébrale
- Forme parenchymateuse

Diagnostic : sérologie

FTA → TPHA : J7-10 → VDRL : J10-15

PCR

SYPHILIS

Treponema pallidum - IST strictement humaine



Incubation
3 sem
(10-90 j)

Chancre (constant) + ADP
Guérison spontanée

Syphilis I

1^e floraison (M2-M6) : roséole

2^e floraison : syphilides, plaques muqueuses

+/- alopecie, AEG, polyADP, HMG, uvéite, arthrites
hépatite, glomérulonéphrite, méningite

Syphilis II
30%

Gommes

CV, SNC (tabès,
Argyll Robertson)

Syphilis III
10%
(2 à 30 ans)

Neurosyphilis

- Méningite
- Vascularite cérébrale
- Forme parenchymateuse

Pénicilline G ou C3G IV
10-14 jours

Pénicilline G retard : 1 inj
Formes tardives > 1 an: 3 inj
Alternative : cyclines 2 sem

Partenaire(s)

Bilan IST !

SYPHILIS

Treponema pallidum - IST strictement humaine



Incubation
3 sem
(10-90 j)

Chancre (constant) + ADP
Guérison spontanée

Syphilis I

1^e floraison (M2-M6) : roséole

2^e floraison : syphilides, plaques muqueuses

+/- alopecie, AEG, polyADP, HMG, uvéite, arthrites
hépatite, glomérulonéphrite, méningite

Syphilis II
30%

Gommes

CV, SNC (tabès,
Argyll Robertson)

Syphilis III
10%
(2 à 30 ans)

Neurosyphilis

- Méningite
- Vascularite cérébrale
- Forme parenchymateuse

Pénicilline G ou C3G IV
10-14 jours

Pénicilline G retard : 1 inj
Formes tardives > 1 an: 3 inj
Alternative : cyclines 2 sem

Partenaire(s)

Bilan IST !

Diagnostic : sérologie

FTA → TPHA : J7-10 → VDRL : J10-15

PCR

Suivi : M3, M6, M12, M24

VDRL /4 à M3-6
négatif M12 (I)
ou M24 (II)

TRAITEMENT

- Benzathine-pénicilline (EXTENCILLINE[®], SIGMACILLINE[®]) : 1 à 3 doses
Neurosyphilis : pénicilline G IV 10-14 jours
- Si allergie : doxycycline : 100 mg x 2/j pendant 14 jours
- Si grossesse et allergie : désensibilisation
- Ceftriaxone 1g/j pendant 10-14 jours (peu validé)
Neurosyphilis : 2g/j pdt 10-14 jours
- Azithromycine 2g DU (dernier recours, résistance)

Traitement partenaires	< 3 mois : systématique
	> 3 mois : selon sérologie

Herpès génital



PHYSIOPATHOLOGIE ET EXPRESSION CLINIQUE USUELLE

TRANSMISSION

Contact cutanéomuqueux

- *Baiser*
- *Rapports sexuels*
- *per partum*

- HSV1 : contamination dans l'enfance
(90% des adultes sont séro+)

- HSV2 : IST *(15-20% des adultes, 90% si sexualité à risque (VIH, prostitution))*



PHYSIOPATHOLOGIE ET EXPRESSION CLINIQUE USUELLE

TRANSMISSION

Contact cutané-
muqueux



- HSV1 : contamination dans l'enfance
(90% des adultes sont séro+)

- HSV2 : IST (15-20% des adultes, 90% si
sexualité à risque (VIH, prostitution))

PRIMO-INFECTION

Tropisme cutané-muqueux
Incubation : 6 jours (1-26)



PHYSIOPATHOLOGIE ET EXPRESSION CLINIQUE USUELLE

TRANSMISSION

Contact cutanéomuqueux



- HSV1 : contamination dans l'enfance (90% des adultes sont séro+)
- HSV2 : IST (15-20% des adultes, 90% si sexualité à risque (VIH, prostitution))

PRIMO-INFECTION

Tropisme cutanéomuqueux
Incubation : 6 jours (1-26)

HSV-1

Asymptomatique +++

Gingivo-stomatite herpétique

- Prodromes : brûlure, paresthésies
- Fièvre > 39°C, AEG, dysphagie, ADP
- Inflammation → vésicules → ulcération
- Guérison en 10-14 jours





PHYSIOPATHOLOGIE ET EXPRESSION CLINIQUE USUELLE

TRANSMISSION

Contact cutanéomuqueux



- HSV1 : contamination dans l'enfance
(90% des adultes sont séro+)

- HSV2 : IST (15-20% des adultes, 90% si sexualité à risque (VIH, prostitution))

PRIMO-INFECTION

Tropisme cutanéomuqueux

Incubation : 6 jours (1-26)

HSV-1

Asymptomatique +++

Gingivo-stomatite herpétique

- Prodromes : brûlure, paresthésies
- Fièvre > 39°C, AEG, dysphagie, ADP
- Inflammation → vésicules → ulcération
- Guérison en 10-14 jours



HSV-2

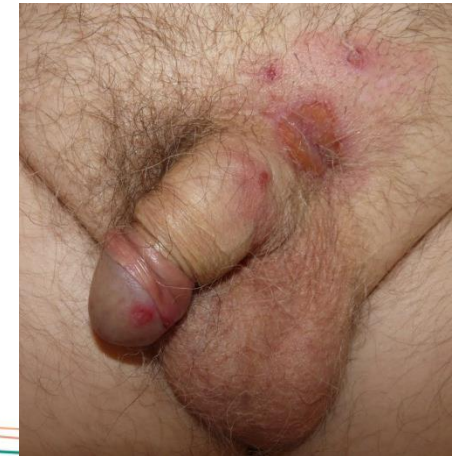
Asymptomatique +/-

1^{ère} cause d'ulcération génitale

Présentation identique

Douleur +++

Guérison en 2-6 sem





PHYSIOPATHOLOGIE ET EXPRESSION CLINIQUE USUELLE

TRANSMISSION

Contact cutanéomuqueux



- HSV1 : contamination dans l'enfance
(90% des adultes sont séro+)

- HSV2 : IST (15-20% des adultes, 90% si sexualité à risque (VIH, prostitution))

PRIMO-INFECTION

Tropisme cutanéomuqueux
Incubation : 6 jours (1-26)



- Gingivostomatite à HSV-2 possible ...
- HSV-1 génital possible (15-30%)

HSV-1

Asymptomatique +++

Gingivo-stomatite herpétique

- Prodromes : brûlure, paresthésies
- Fièvre > 39°C, AEG, dysphagie, ADP
- Inflammation → vésicules → ulcération
- Guérison en 10-14 jours



HSV-2

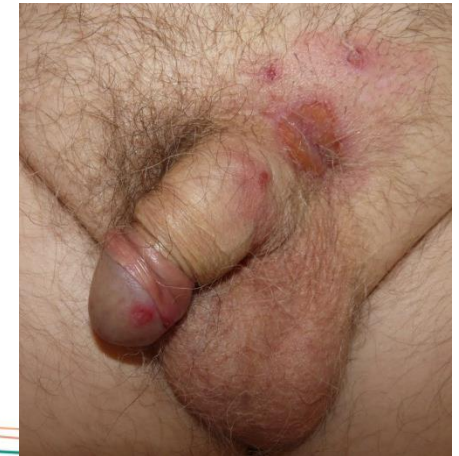
Asymptomatique +/-

1^{ère} cause d'ulcération génitale

Présentation identique

Douleur +++

Guérison en 2-6 sem





PHYSIOPATHOLOGIE ET EXPRESSION CLINIQUE USUELLE

TRANSMISSION

Contact cutanéomuqueux

- HSV1 : contamination dans l'enfance
(90% des adultes sont séro+)

- HSV2 : IST (15-20% des adultes, 90% si sexualité à risque (VIH, prostitution))

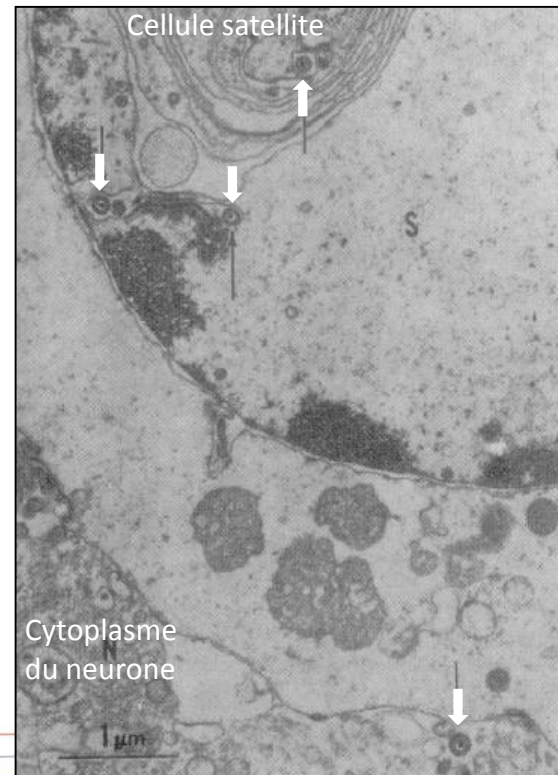
PRIMO-INFECTION

Voies nerveuses sensitives

LATENCE

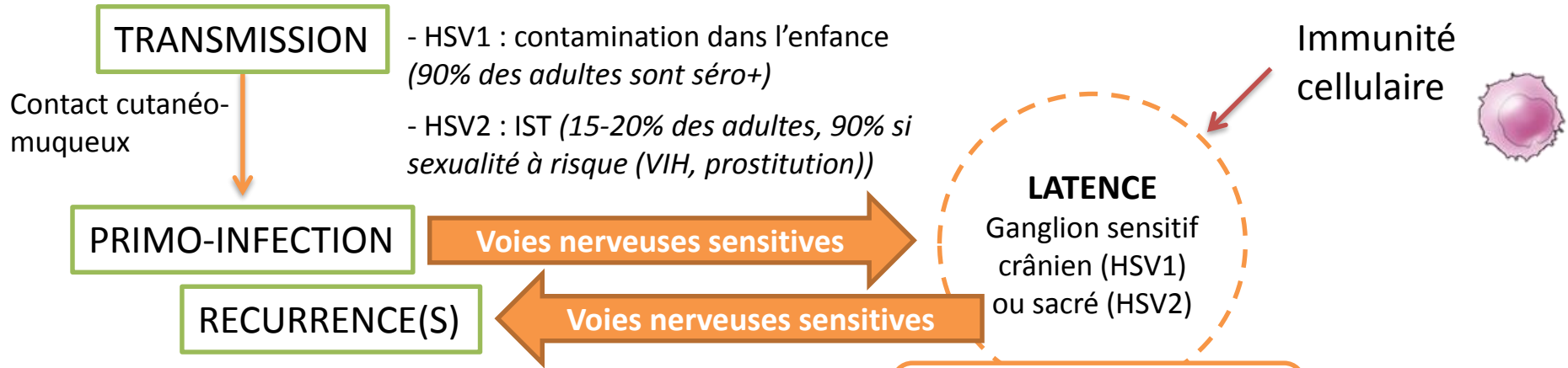
Ganglion sensitif crânien (HSV1) ou sacré (HSV2)

Immunité cellulaire





PHYSIOPATHOLOGIE ET EXPRESSION CLINIQUE USUELLE



10-40% des patients

Fréquence des récurrences

- Âge
- Immunodépression
- HSV2
- Primo-infection sévère

Par rapport à la primo-infection, poussées :

- moins sévères
- plus courtes
- plus localisées



PHYSIOPATHOLOGIE ET EXPRESSION CLINIQUE USUELLE

TRANSMISSION

Contact cutané-muqueux

- HSV1 : contamination dans l'enfance
(90% des adultes sont séro+)

- HSV2 : IST (15-20% des adultes, 90% si sexualité à risque (VIH, prostitution))

PRIMO-INFECTION

Voies nerveuses sensibles

RECURRENCE(S)

Voies nerveuses sensibles

LATENCE

Ganglion sensitif crânien (HSV1) ou sacré (HSV2)

Immunité cellulaire



Facteurs déclenchants :

stress, soleil, asthénie, règles, infection, déficit de l'immunité cellulaire ...
... ou **spontanée**

10-40% des patients

Fréquence des récurrences

- Âge
- Immunodépression
- HSV2
- Primo-infection sévère

Par rapport à la primo-infection, poussées :

- moins sévères
- plus courtes
- plus localisées



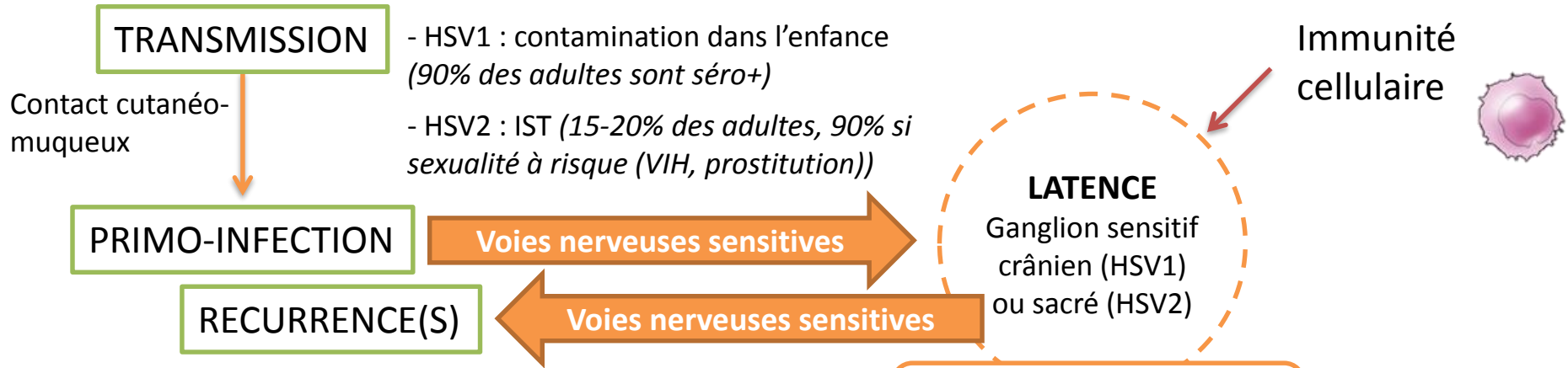
« bouton de fièvre »



Infection sévères
Réanimation



PHYSIOPATHOLOGIE ET EXPRESSION CLINIQUE USUELLE



10-40% des patients

Fréquence des récurrences

- Âge
- Immunodépression
- HSV2
- Primo-infection sévère

Par rapport à la primo-infection, poussées :

- moins sévères
- plus courtes
- plus localisées





PHYSIOPATHOLOGIE ET EXPRESSION CLINIQUE USUELLE

TRANSMISSION

Contact cutané-muqueux

- HSV1 : contamination dans l'enfance
(90% des adultes sont séro+)

- HSV2 : IST (15-20% des adultes, 90% si sexualité à risque (VIH, prostitution))

PRIMO-INFECTION

Voies nerveuses sensibles

RECURRENCE(S)

Voies nerveuses sensibles

LATENCE

Ganglion sensitif crânien (HSV1) ou sacré (HSV2)

Immunité cellulaire



Facteurs déclenchants :

stress, soleil, asthénie, règles, infection, déficit de l'immunité cellulaire ...
... ou **spontanée**

10-40% des patients

Fréquence des récurrences

- Âge
- Immunodépression
- HSV2
- Primo-infection sévère

Par rapport à la primo-infection, poussées :

- moins sévères
- plus courtes
- plus localisées



80 ans, sd confusionnel, globe urinaire « inexplicable »



PHYSIOPATHOLOGIE ET EXPRESSION CLINIQUE USUELLE

TRANSMISSION

Contact cutané-muqueux

- HSV1 : contamination dans l'enfance
(90% des adultes sont séro+)

- HSV2 : IST (15-20% des adultes, 90% si sexualité à risque (VIH, prostitution))

Immunité cellulaire



PRIMO-INFECTIION

Voies nerveuses sensibles

RECURRENCE(S)

Voies nerveuses sensibles

LATENCE

Ganglion sensitif crânien (HSV1) ou sacré (HSV2)

Facteurs déclenchant :

stress, soleil, asthénie, règles, infection, déficit de l'immunité cellulaire ...
... ou **spontanée**

10-40% des patients

Fréquence des récurrences

- Âge
- Immunodépression
- HSV2
- Primo-infection sévère

Par rapport à la primo-infection, poussées :

- moins sévères
- plus courtes
- plus localisées



« angine », VIH



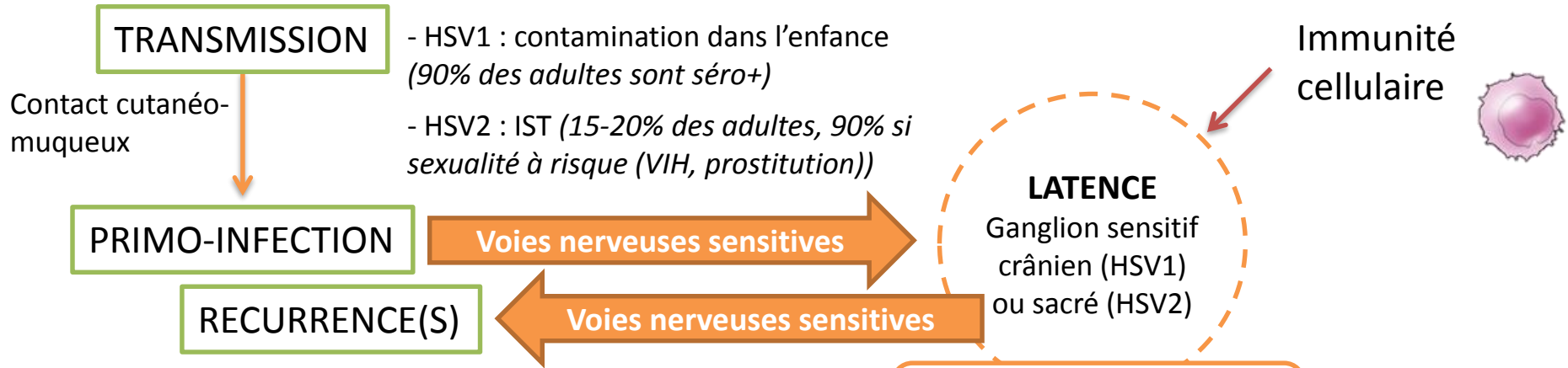
VIH



anti-TNF



PHYSIOPATHOLOGIE ET EXPRESSION CLINIQUE USUELLE



10-40% des patients

Fréquence des récurrences

- Âge
- Immunodépression
- HSV2
- Primo-infection sévère

Par rapport à la primo-infection, poussées :

- moins sévères
- plus courtes
- plus localisées

EXPRESSION VIRALE / RECURRENCES ASYMPTOMATIQUES : diminue avec le temps, contribue à la transmission +++

AVANT TOUT
CLINIQUE !



Indications de confirmation diagnostique :

- Sévérité du tableau
- Terrain : immunodéprimé, nouveau né
- Doute diagnostique

TRAITEMENT

- **Aciclovir** (ZOVIRAX®)
IV, *per os* ou topique
Toxicité rénale +++
- **Valaciclovir** (ZELITREX®)
Per os

Prévention des récurrences

- Indiqué si > 6 récurrences / an
ou chez l'immunodéprimé sévère
- Val-ACV *per os*
- Uniquement suspensif



FOCUS : GROSSESSE ET NOUVEAU-NÉ

Contamination du nouveau-né en per partum (ou rarement par voie trans-placentaire)
HSV-2 (75%)

Facteurs de risque de transmission

- Primo-infection (30-70%) > récurrence (3%)
- RPM > 6h
- Monitoring fœtal par électrodes du scalp

CONDUITE A TENIR

- **ATCD maternel sans lésion active**

Dépistage en per partum

Désinfection vulvaire

- **Lésions en fin de grossesse**

Traitement de la mère (val-ACV)

- **Lésions actives en *per partum***

Césarienne

Si situation à risque : ACV chez NN ?

Début des signes : J4-J14

Disséminée hématogène (20-60%)

Neurologique (30-40%)

Cutanée ou muqueuse (30-40%)

Mortalité : 30%

Mortalité : 5%

Infection à HPV

Virus à ADN

Pouvoir oncogène

- Faible risque : types 6 et 11
- Haut risque : types 16, 18, 31, 33, 45 ...

INFECTIONS À HPV

IST la plus fréquente : 6,2 millions de cas par an dans le monde !

Condylomes



Carcinomes

CONDYLOMES ACUMINÉS



Traitement

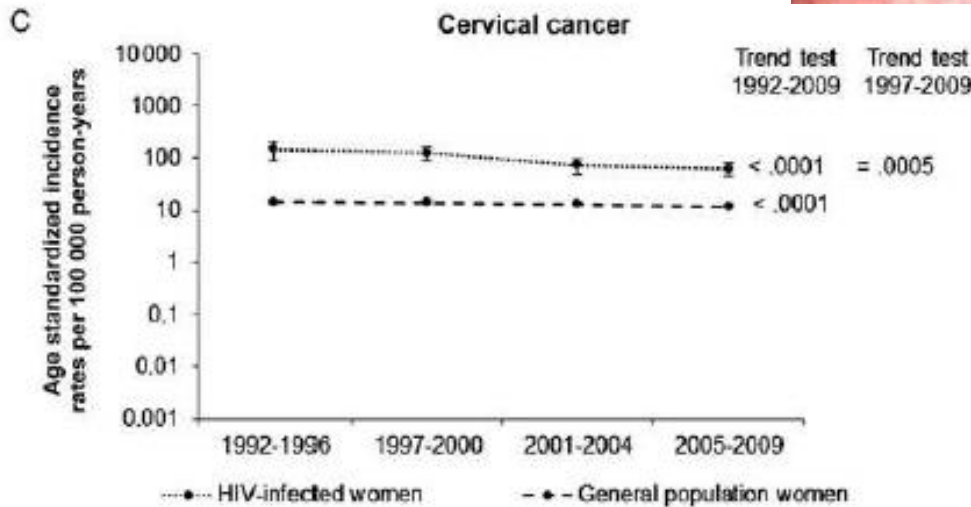
- Cryothérapie
- Imiquimod
- Podophyllotoxine

CARCINOMES LIÉS À HPV

Cancer du col utérin



Zeier et al. AIDS 2005
FHDH-ANRS CO4 Cohort



HPV : 99,7% des néo utérins

Incidence HPV :

Femmes séro+ : 95%

Femmes séro- : 22%

Carcinomes plus agressifs

70% liés aux sérotypes 16 ou 18

CARCINOMES LIÉS À HPV

Cancer du col utérin



Zeier et al. AIDS 2005
FHDH-ANRS CO4 Cohort

Cancer anal



Anal and penile high-risk human papillomavirus prevalence in HIV-negative and HIV-infected MSM
Fleur van Aar^{a,*}, Sofie H. Mooij^{b,c,*}, Marianne A.B. van der Sande^{a,d}

HPV → dysplasies → cancer du canal anal
→ favorise la transmission du VIH

CARCINOMES LIÉS À HPV

Cancer du col utérin



Zeier et al. AIDS 2005
FHDH-ANRS CO4 Cohort

Cancer anal



Anal and penile high-risk human papillomavirus prevalence in HIV-negative and HIV-infected MSM
Fleur van Aar^{a,*}, Sofie H. Mooij^{b,c,*}, Marianne A.B. van der Sande^{a,d}

Cancer pénien



Risque d'infection pénienne x 2 chez les HSH HIV
Incidence : 1-2%

CARCINOMES LIÉS À HPV

Cancer du col utérin



Zeier et al. AIDS 2005
FHDH-ANRS CO4 Cohort

Cancer anal



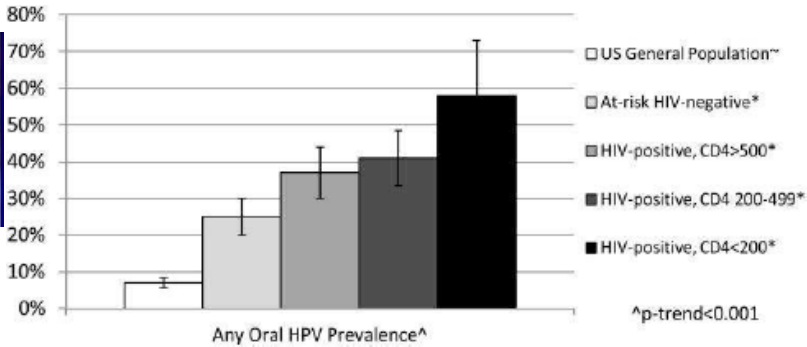
Anal and penile high-risk human papillomavirus prevalence in HIV-negative and HIV-infected MSM
Fleur van Aar^{a,*}, Sofie H. Mooij^{b,c,*}, Marianne A.B. van der Sande^{a,d}

Cancer pénien



Beachler et al, Curr Opinion Oncol 2013

Cancer tête et coup



1^{er} FR : tabac !
25% liés à l'HPV
Lié au nombre de « oral sex partner »
HIV : incidence x 1,5-4

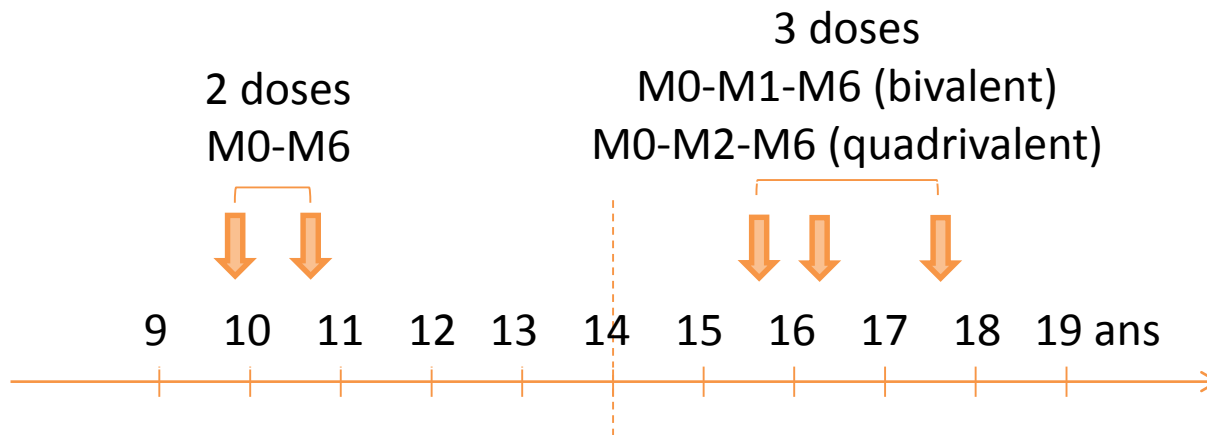
INFECTION À HPV : PRÉVENTION

VACCINATION

Indication généralisée, filles à partir de 9 ans

Quadrivalent (GARDASIL®) : 16-18-6-11

Bivalent (CERVARIX®) : 16-18



DEPISTAGE

FCV systématique tous les 3 ans entre 25 et 65 ans
après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle

Salpingite

ÉPIDÉMIOLOGIE

- 100 000 à 200 000 cas / an en France
 - 50 à 75 % chez des femmes jeunes et nullipares
 - 50 % chez des femmes < 30 ans
 - 20 % chez des femmes < 20 ans

- Salpingites et IST : partenaires multiples, DIU, bas niveau socio-économique

- Salpingites hors IST Hystérographie : 0.1 à 0.2 %;
 IVG : 0.5 % à 5.5 %

ÉTIOLOGIE MICROBIENNE

Causes habituelles

- *N. gonorrhoeae* : 20 - 50 %
- *C. trachomatis* : 25 - 50 %
- *B. fragilis* : 15 - 30 %
- BGN : 15 - 30 %

Causes rares

- *U. urealyticum*
- *M. hominis*
- *Streptococcus gr. B*
- *Enterococcus*
- *S. epidermidis*
- *Peptococcus*
- *Streptopeptococcus*
- *Gardnerella vaginalis*

PRISE EN CHARGE

CEFTRIAXONE + DOXYCYCLINE + METRONIDAZOLE

21 JOURS

Take-home messages



BILAN DES CO-INFECTIONS

... dont VIH

RECHERCHE ET TRAITEMENT DES PARTENAIRES

RECONSULTATION à J7

PREVENTION

VACCIN VHB

Université Claude Bernard Lyon 1



Réalisation technique : **Service ICAP - Université Claude Bernard Lyon 1**
Soutien financier : **Région Rhône-Alpes** dans le cadre de l'**UNR-RA**

