Homme, 41 ans

Séropositif depuis 16 ans

Combivir,Viramune depuis 9 ans

800 CD4, CV indétectable

Oligoarthrite fébrile invalidante

Urétrite deux mois avant.
Conjonctivite

Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter

- Compliquant une infection à Chlamydia Trachomatis
- Chez un patient HLA B27 positif

- Homme de 35 ans
- Séropositif depuis 8 ans
- Sous trithérapie
- CV indétectable
- 500 CD4

Lymphogranulome vénérien
Maladie de Nicolas Favre

- *Chlamydia trachomatis* sérovar L1,L2,L3
- Epidémie d'anorectites chez homosexuels masculins depuis 2003
- Incubation 3-30 j

- Contamination
  - par contact direct rapproché
  - Possiblement par préservatif ou objet de plaisir contaminés

Clinique

- *Phase 1* :
  - **Ulcération génitale ou anale, indolore, transitoire, svt profonde**
- *Phase 2* (J10-J30):
  - **Anorectite** : tenesme, douleur, écoulement mucopurulent
  - lymphadénopathie :

Gg inguinal unilatéral, fistulisant à la peau

- *Phase 3 :* sd génito-ano-rectal

Envahissement des tissus périnéaux

- Diagnostic : **PCR** sur tissu prélevé (pus par ponction, ou écouvillon) avec sérotypage

- Traitement
  - **Doxycyclines : 100mg 2/j 21 j**
  - Macrolides : erythro 500*4. 21 j
  - Ponctions itératives du bubon jusqu'à affaissement

- Déclaration volontaire à l'INVS

Les autres IST

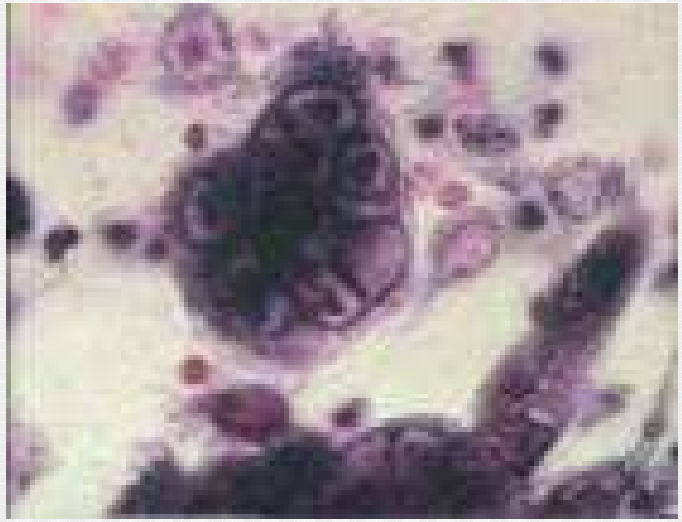
- Herpès
- Infections à papillomavirus

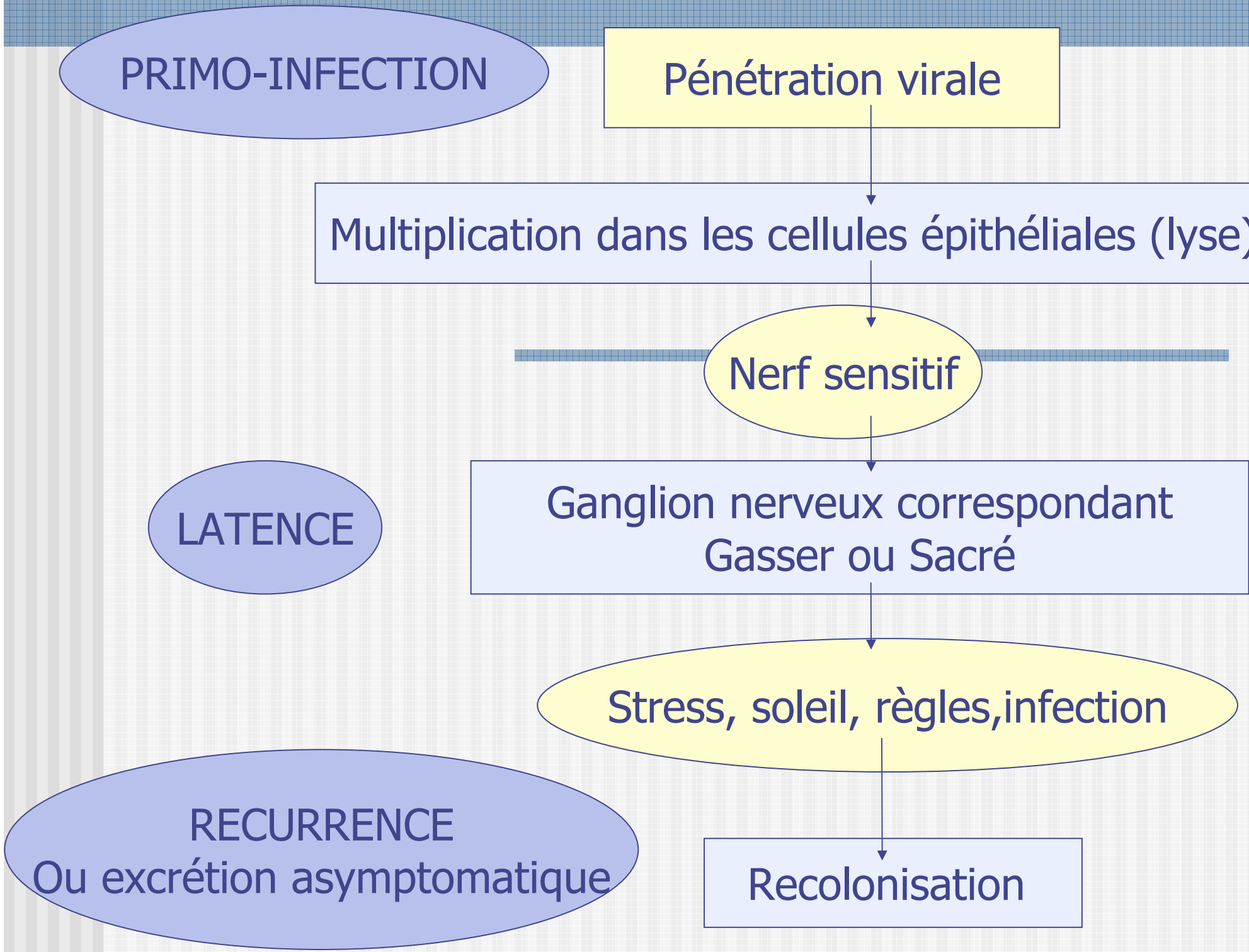
HERPES

- Herpes Simplex Virus
- Virus à ADN
- 2 types :
  - HSV1 (face)
  - HSV2 (organes génitaux)
- Distinction non absolue (10% HSV1)
- Séroprévalence :
  - HSV1 : 65%
  - HSV2 : 15%

Physiopathologie

- Contamination par contact direct cutané ou muqueux,
- Favorisée par altérations épithéliales




PRIMO-INFECTION
Pénétration virale
Multiplication dans les cellules épithéliales (lyse)
Nerf sensitif
LATENCE
Ganglion nerveux correspondant
Gasser ou Sacré
Stress, soleil, règles,infection
RECURRENCE
Ou excrétion asymptomatique
Recolonisation

Définitions

- Primoinfection : premier contact infectant cutané ou muqueux, symptomatique ou non, avec le virus HSV1 ou HSV2
- Infection initiale non primaire : premier contact infectant avec le virus HSV1 ou HSV2, symptomatique ou non, chez un sujet préalablement infecté par l'autre type viral

- Récurrence : expression clinique d'une réactivation virale chez un sujet préalablement infecté par le même type viral

- Excrétion virale asymptomatique : détection d'HSV1 ou HSV2 en l'absence de lésions visibles

Lésion élémentaire : vésicules groupées en bouquet

Puis érosions polycycliques

Primo-infection génitale

- Délai moyen d'incubation : 7 j (2-20 j)
- Formes asymptomatiques : 50 à 90%
- Formes symptomatiques :
  - Femme : Vulvovaginite aiguë hyperalgique
  - Homme : tableau moins bruyant identique aux récurrences
  - Anorectite visible dans les deux sexes

Vulvo-vaginite aiguë

- Fièvre et AEG
- Vulvo-vaginite aiguë, douloureuse
- Efflorescence de vésicules se transformant rapidement en érosions post-vésiculeuses
- Extension fréquente aux parois vaginales, au col, aux cuisses, pubis, fesses.
- Adénopathies inguinales sensibles constantes
- Cicatrisation en 2 à 3 semaines

© Saurat et al. Dermatologie et IST Masson Paris 2004

- Vécu souvent extrèmement difficile :
  - Douleur
  - Honte
  - Remise en cause de son couple +++
- Expliquer la physiopathologie de l'infection et surtout la fréquence des excrétions asymptomatiques

© Saurat et al. Dermatologie et IST Masson Paris 2004

(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131- 85 - 2727

DOIA
http://www.dermis.net
University Erlangen

© Saurat et al. Dermatologie et IST Masson Paris 2004

Récurrences

- Facteurs déclenchants : Stress, fatigue, fièvre, menstruations, rapports sexuels ...
- Excrétion virale asymptomatique +++
- Récurrence symptomatique :
  - Prodromes : sensation de cuisson,picotements
  - Vésicules en bouquet, puis érosion suivie d'une croûte
  - Siège : à l'endroit de la primoinfection
- Guérison spontanée en 1 à 2 semaines

(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131- 85 - 2727

http://dermis.net

Formes graves

- Immunodéprimés : Lésions étendues, nécrotiques, atteinte viscérale. Récurrences fréquentes et prolongées

- NN : in utero ou per-partum
  - Forme disséminée : polyviscérale
  - Méningoencéphalite

Diagnostic

- Diagnostic direct :
  - Recherche d'antigènes par IF ou Elisa (peu sensible) ...non conseillée
  - Culture (sensible et spécifique) permet l'identification du type viral
  - PCR (très sensible) permet l'identification du type viral
  - Sérologies permettent de préciser le statut immunitaire

Traitements

- ZELITREX®
  - Primo-infection : 1-0-1, 10 J
  - Récurrences : 1-0-1, 5 j
  - Prévention des récurrences : 1 par jour 6 mois minimum
- ZOVIRAX® :
  - Primoinfection : 200mg 5/J 7 à 10 j
  - Récurrence : 200mg 5/J 5 jours

- Favorisent la transmission du HIV
  - Ulcérations génitales
  - Prise de risque identiques
    - Nécessité d'un message de *prévention*

Prévention

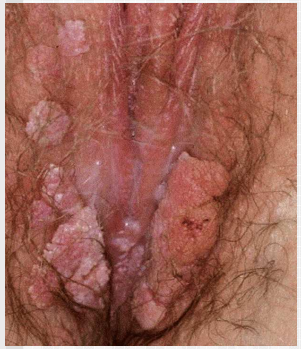
- Information et éducation des patients
- Préservatifs : protection discutée lorsqu'il existe des lésions ulcérée
- PAS DE RELATION SEXUELLE en présence d'ulcérations ou de symptômes évocateurs d'herpès génital

HPV

- Papillomavirus humain (HPV)
- Fréquence +++
  - 3-6% lésions cliniques
  - 10 à 15% infection latente
- Virus oncogène HPV 16 et 18 ++
  - Femme (3 % des femmes porteuses)

Condylomes externes

- Tumeurs bénignes associées à des HPV à faible risque oncogène (6,11)
- Risque oncogène lié à la multi- infection et non à l'évolution maligne des lésions
- Lésions externes associées dans 20 à 30% des cas à des lésions cervicales ou anales : dépistage +++



Contamination

- Sexuelle +++
- Auto contamination par verrue digitale possible
- Transmission non sexuelle (toilettes, bain, sauna, jacuzzi ...) ?????
- Incubation : 3 semaines à plusieurs années ...

Diagnostic

- Clinique : lésions acuminées, verruqueuses
- Toujours examiner la région anale
- Très rares indications de biopsie en cas de doute diagnostic

Dr J. PREAUX
©

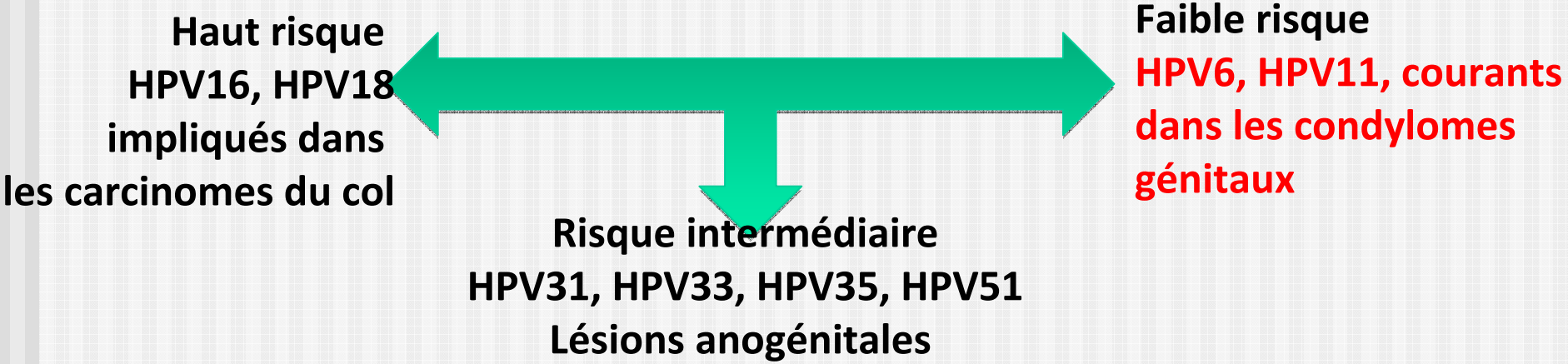
Diagnostic différentiel

Couronne perlée du gland :

- Hyperplasie physiologique des follicules sébacés
- 5% des ados
- RASSURER ++++

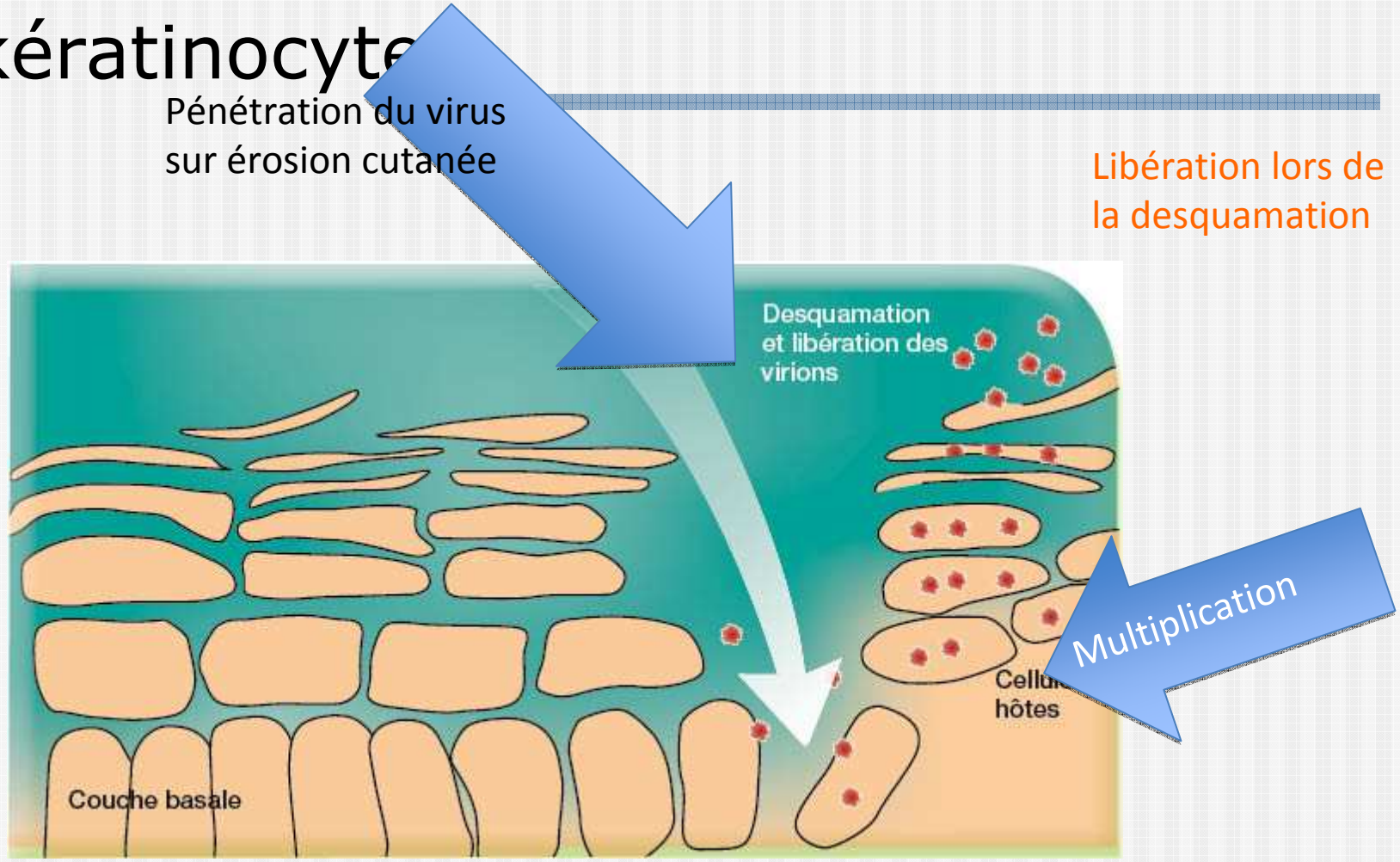
Origine

- Infection par virus de la famille des papillomavirus humain ou HPV
- 120 sortes de papillomavirus humains : 40 d'entre-eux concernent la sphère génitale
- Se distinguent par la localisation des lésions et le potentiel oncogène



Mécanisme de l'infection

- HPV : un cycle multiplicatif étroitement lié à la différenciation de la cellule hôte : le kératinocyte



Traitements

Objectif : disparition des lésions visibles

Traitement : local

- Traitements physiques destructeurs :
  - Cryothérapie
  - Laser CO2 et Nd-YAG
- Traitements chimiques :
  - Podophyllotoxine (CONDYLINE) : 2*/j, 3 j/s, 4s
- Immunothérapie
  - Imiquimod (ALDARA) : 3/s, 16 s max
- Dépistage du/des partenaires
- Bilan d'extension : examen gynéco ++
- Dépistage des autres IST

- Taux d'échec des ttt : 30%
- Récidives fréquentes
- Informer les patients ++
  - Modes de contamination
  - Délai d'incubation parfois très long
  - Fréquence des formes asymptomatiques (bilan souvent négatif chez le partenaire)
  - Infection HPV persiste longtemps

Surveillance

- Examen clinique 3 et 6 mois après la fin du traitement
- Frottis annuel chez la femme
- Protection par préservatif en présence de condylomes car contagiosité ++ et pendant 3 mois après disparition des lésions

Vaccination

- GARDASIL ® : AMM sept 2006
- Efficace sur HPV 6.11.16.18
- Jeunes filles à partir de 14 ans, rattrapage possible jusqu'à 23 ans , au plus tard 1 an après début de la vie sexuelle
- Trois injections M0-M2-M6.
- Coût : 371 euros/enfant

- CERVARIX ®

- Efficace sur HPV oncogènes 16.18
- Jeunes filles à partir de 14 ans, rattrapage possible jusqu'à 23 ans , au plus tard 1 an après début de la vie sexuelle
- Trois injections M0-M1-M6.
- Coût : 335 euros/enfant

MYCOPLASME

- 2ème cause (15-35 %) des UNG
- 3 pathogènes :
  - *M.genitalium*
  - *M.hominis*
  - *Ureaplasma spp. (U.urealyticum)*
- Font également partie de la flore commensale chez l'homme et la femme

Quand les chercher ?

- U. Aiguë si échec du traitement
  ► M.genitalium
- U chronique/ récidivante
  ► M.genitalium / U.spp
- Certaines endométrites
- Rares cas de prostatites ou épididymites

- Diagnostic
  - Culture pour *U. spp* et *M.hominis*

  A interpréter en fonction du nombre de germe
  - PCR pour *M.genitalium* (urines chez homme, prélèvement cervical chez femme)
- Traitement
  - *M.genitalium* : Azithromycine 500mg J1 puis 250mg/j pendant 4 jours
  - *M.hominis/Ureaplasma spp* : cyclines mais pas de consensus vu doute sur rôle pathogène

TRICHOMONOSE

Protozoaire flagellé

1ère cause de MST dans le monde

Clinique / femme

- asyptomatique 15-20 %
- leucorrhées vertes spumeuses
- urétrite, prurit

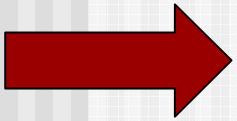
Clinique / homme

- asymptomatique 90%
- urétrite discrète : goutte matinale

- Diagnostic
  - Direct (prélèvement leucorrhées, cul de sac post, urètre)
  - Cultures (oui, mais long)
  - PCR non utilisée en routine
- Traitement
  - Metronidazole : 2 g D.U
  - Metronidazole : 500 mg*2*7j

Étiologies des chancres

- Chancre syphilitique (non vu dans 95% des cas)
- Herpès génital
- Autres (plus rares, migrants)
  - Maladie de NICOLAS-FAVRE (LGV)
  - La donovanose ou Granulome vénérien tropical
  - L'aphte génital
  - Le chancre mou (bacille de Ducrey)



ulcération persistante :
éliminer un cancer de la verge

Étiologies des écoulements

- Gonocoque
- Chlamydia Trachomatis *associés dans 20 à 30 % des cas*
- Autres :
  - Mycoplasma Genitalium,
  - Ureaplasma Urealyticum,
  - Trichomonas vaginalis,
  - Candida albicans,
  - Herpès,
  - bactéries pyogènes (Streptocoque, Staphylocoque,E Coli)

SYNDROMES d'IST

ULCERATION GENITALE

« BUBON »

(adénite inflammatoire fistulisée)

« ECOULEMENT »

- urétrite → balanite,
- leucorrhée, vaginite → cervicite → maladie pelvienne

« TUMEUR »

→ Herpès génital
→ Syphilis
→ LGV : *C. trachomatis* L (UG<B)
→ Chancre mou (B=UG)
→ Donovanose

→ *C. trachomatis* D-K
→ Gonocoque
→ *Trichomonas vaginalis*
→ Candidose
→ Vaginose bactérienne à *Gardnerella vaginalis* et anaérobies
→ « Mycoplasmes génitaux »

→ HPV

CONCLUSION

- Résurgence +++ des IST
- Y penser devant toute lésion génitale mais aussi anale ou orale
- Ne pas oublier que la syphilis est la « grande simulatrice » !!!
- Penser au dépistage systématique des séropositifs, des homosexuels, des jeunes
- Déclarer tous les cas de syphilis, gono et LGV

Recommandations générales

- Traitement monodose
  Meilleure observance, rapidement efficace
- Connaître les résistances
- Traitement rapide des symptômes, sans attendre résultats
- Traitement systématique de certaines MST
- Traitement systématique des partenaires
- Revoir à J7 pour efficacité, résultats, adaptation traitement

- Dépistage systématique des autres MST
  - Sérologie VHB, vérifier vaccination
  - Sérologies HIV
  - Sérologie syphilis (homosexuel 1/an)
  - PCR chlamydia (femme <25 ans, plusieurs partenaires)
  - Sérologie VHC si contact avec du sang
  - (Recherche gonocoque dans le pharynx et l'anus)
- Nécessité d'un message de *prévention*

Objectifs de la prévention :

Promouvoir une sexualité responsable, à moindre risque, dans une approche non culpabilisante

En cas de symptômes pouvant faire évoquer une MST, éviter les rapports sexuels ou utiliser le présevatif

Inciter la personne porteuse d'une MST à en informer sa(son) partenaire