



## Item158-3-Infections sexuellement transmissibles (IST) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose

Objectifs CNCI		
- 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 dépistage des infections à HPV, frottis et vaccination.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- <a href="#">Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées / AFSSAPS / 2008</a> - <a href="#">Polycopié national. Pilly 2012 : Infections sexuellement transmissibles (IST): gonococcie, chlamydie, syphilis</a>	- Neisseria gonorrhoeae: cocci Gram(-) - Chlamydia Trichomatis: intracellulaire - Ecoulement urétral: purulent ou non - Ex. des OGE / TR / TV / s. urinaires - Orchi-épididymite / prostatite / IUA - Plt local: ex. direct et gélose chocolat - PCR 1er jet d'urine pour chlamydia - Bi-ABT minute gonocoque/chlamydia → macrolide 1g PO + C3G 500mg IM - Treponema Pallidum: B. spirochète - I: chancre syphilitique; ADP inguinale - II: exanthème roséoliforme / papules palmo-plantaires / plaques fauchantes / alopecie - VDRL (suivi); TPHA (Dg); FTA (J5) - Benzathine-Péni G 1 inj. 2.4 MU IM - Suivi: VDRL quantitatif M6-12-24	- Mesures associées aux IST = 5 - Rechercher une complication - Traitement chlamydia = traitement gonocoque - Education patient: préservatif - Vaccination VHB à proposer - Sujets contacts: dépistage / traitement - Cs contrôle à J7 systématique - Syphilis I = urgence

### A. GONOCOCCIE

#### Généralités

##### Définition

- Gonococcie = infection à gonocoque, génitale le plus souvent
- Homme → urétrite / Femme → cervicite

##### Epidémiologie

- [Facteurs de risques \(valables pour toutes les IST +++\)](#)
  - ATCD d'IST
  - Adultes jeunes / migrants/ niveau socio-éco bas / homosexuels / prostituées
  - Partenaires multiples / conduites sexuelles à risque

### Physiopathologie

- **Bactérie:** gonocoque = Neisseria gonorrhoeae: cocci Gram(-) encapsulé
- **Transmission:** uniquement par voie **sexuelle** +++
- **Incubation:** asymptomatique mais contagieuse / 2-6 J en général

## Diagnostic

### Examen clinique

- **Chez l'homme** (cf [Infections sexuellement transmissibles \(IST\) - Infections génitales de la femme. Leucorrhées.](#))
  - **Urétrite aiguë**
    - Le plus souvent symptomatique (60-90% des cas)
    - Tableau **bruyant** (> chlamydia) / à début brutal
    - **Signes fonctionnels**
      - **urinaires:** brûlures mictionnelles (« chaude-pisse ») / dysurie marquée
      - **généraux:** !! **apyrexie** (sinon évoquer une complication +++)
    - **Signes physiques**
      - **Écoulement urétral:** spontané / sale +/- purulent (≠ chlamydia)
      - **Toucher rectal:** systématique +++ / pour recherche de prostatite
  - **Rechercher des complications loco-régionales (A savoir !)**
    - **Orchi-épididymite aiguë = examen des OGE**
      - signes généraux: fièvre +/- frissons / signes urinaires: dysurie / pollakiurie
      - douleur scrotale: unilatérale / le long du cordon / soulagée par suspension = Signe de Prehn (≠ torsion testicule)
      - inflammation locale: bourse chaude / rouge / douloureuse / oedématisée / douleur éjaculatoire
    - **Prostatite aiguë = toucher rectal**
      - (rare: germes d'IU >> germes d'IG / cf [Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte.](#))
      - signes généraux: fièvre élevée / signes urinaires: irritatifs +/- obstructifs
      - **TR +++ :** douleur « exquise » / prostate lisse et tendue / rechercher HBP
- **Chez la femme** (cf [Infections sexuellement transmissibles \(IST\) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain \(HPV\), trichomonose](#))
  - **Cervicite**
    - !! **Asymptomatique** dans 80% des cas
    - Symptômes modérés: leucorrhées jaunâtres / col inflammatoire au spéculum
    - Associée à une urétrite (brûlures mictionnelles) / vulvo-vaginite (prurit)
  - **Rechercher des complications loco-régionales (A savoir !)**
    - **Infection utéro-annexielle (salpingite) +++**
      - **signes fonctionnels:** leucorrhées / métrorragies / fièvre (inconstante)
      - **signes physiques:** douleur à la mobilisation utérine au TV +++
    - **Inflammation glandulaire**
      - Glande de Skene = tuméfaction para-urétrale
      - Glande de Bartholin = tuméfaction de la grande lèvres

### Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
  - **Examen bactériologique sur prélèvement local**
    - **systématique** avant de débiter toute ABT probabiliste +++
    - **Prélèvement local:** écoulement urétral (H) / sous spéculum: endocol-urètre (F) / anal et oro-pharyngé
    - **Ex. direct:** diplocoque Gram- en « grain de café » / intra-c. ++ (ds PNN altérés)
    - **Mise en culture:** sur « gélose chocolat » (gélose au sang) / souvent difficile
  - **Si forme compliquée (prostatite / salpingite / gonococcie disséminée)**
    - Hémo-cultures systématiques +++ / transport en urgence / gélose chocolat
    - NPO prélèvements locaux multiples (urètre / ECBU / pustules / oro-pharyngé / anal..)
- **Pour évaluation du terrain = bilan IST (A savoir !)**
  - Sérologie VIH: avec accord du patient / à renouveler à 3M / ELISA-Ag p24
  - Sérologie VHB (Ag HBs + Ac anti-HBs + Ac anti-HBc) +/- sérologie VHC
  - Sérologie syphilis: VDRL-TPHA
  - PCR chlamydia: sur 1er jet d'urine

### Autres formes cliniques / complications générales

- **Infection gonococcique disséminée +++**
  - Bactériémie → dissémination hémotogène: atteinte multi-viscérale / rare (< 1%)
  - FdR: ID acquise (VIH, corticothérapie...) / ID congénitale (**déficit en complément** ++)
  - **Signes généraux:** sepsis avec fièvre élevée
  - **Atteinte cutanée:** papulo-**pustules** / paume des mains et face latérale des doigts ++
  - **Atteinte articulaire:** oligoarthritis **septique** (≠ arthrite réactionnelle à chlamydia)

- NB : ne pas confondre avec Sd oculo-urétro-synoviale
- **Atteinte des tendons: ténosynovite** purulente / du long extenseur du pouce ++
- **Paraclinique:** diagnostic = hémocultures +++ / prélèvements locaux multiples
- **Localisations extra-génitales**
  - **Oro-pharyngée:** angine ou pharyngite
    - Femme / asymptomatique dans 80% des cas / spontanément résolutive
  - **Ano-rectale:** rectite
    - Homosexuels / asymptomatique dans 70% des cas / spontanément résolutive
    - Si symptomatique: syndrome rectal / prurit anal / écoulement

## Traitement

### Prise en charge

- En ambulatoire si gonococcie non compliquée (urétrite ou cervicite)
- Hospitalisation si complication (prostatite / salpingite / disséminée)

### Traitement curatif = antibiothérapie

(RPC [Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées / AFSSAPS / 2008](#))

- **Gonococcie non compliquée**
  - ABT probabiliste: à débiter immédiatement après les prélèvements
  - **Traitement « minute » : prise unique / active contre gonocoque et chlamydia**
    - **contre gonocoque:** C3G (ceftriaxone) 500mg **IM** en dose unique
    - **contre chlamydia:** macrolide (azithromycine) 1g **PO** en dose unique
  - **!! Remarques**
    - FQ et cyclines ne sont plus indiqués contre le gonocoque +++
    - si allergie aux  $\beta$ -lactamines: spectinomycine 2g en IM (aminoside)
    - si CI aux IM (coagulopathie): C3G orale (cefixime 100mg PO)
- **Gonococcie disséminée**
  - C3G: ceftriaxone (Rocéphine®) 1g/j en **IV** pour 10J (+/- relais IM 5J)
  - **!! NPO** d'associer l'ABT minute anti-chlamydia (azithromycine 1g PO)

### Mesures associées

- **Mesures associées aux IST (5) (A savoir !)**
  - **Sérologies** si non déjà faites: [VIH / VHB / VDRL-TPHA / PCR chlamydia]
  - Dépistage et bilan IST +/- traitement de tous les **partenaires**
  - Rapports sexuels protégés (**préservatif +++**) jusqu'à guérison
  - **Education** du patient sur les IST: mesures de prévention
  - Proposer **vaccination VHB** (+/- VHA)
- **!! Remarque:** le gonocoque n'est **pas** une MDO: **pas** de déclaration à la DDASS

### Surveillance

- **Consultation à J3 si persistance**
  - informer le patient: Cs en urgence si encore symptomatique à J3
- **Consultation à J7 systématique (A savoir !)**
  - Vérifier la guérison +/- adaptation secondaire à l'ABG
  - Communiquer les résultats des sérologies IST + éducation
  - Si persistance: rechercher prostatite / refaire prélèvements
  - Hypothèses devant persistance des symptômes à J7: mauvaise observance / recontamination / résistance / extension (prostatite) / mauvais diagnostic

## B. CHLAMYDIOSE

### Généralité

#### Définition

- Chlamydie = infection à chlamydia, génitale en général
- H = urétrite / F = cervicite (idem gonococcie)

#### Epidémiologie

- Fréquence +++ : 50x celle des infections à gonocoque
- Transmission au changement de partenaire +++
- **Terrain:** adultes jeunes / femmes de classe sociale aisée ( $\neq$  gonocoque)

### Physiopathologie

- **Bactérie:** Chlamydia Trichomatis sérotype D - K : **intra-cellulaire** obligatoire
  - NB : Sérotype A-C → Trachomes / Sérotype LGV → Lymphogranulomatose vénérienne
- **Transmission:** sexuelle uniquement
- **Incubation:** durée très variable: jours à mois (plus longue que gonocoque)

### Dépistage

- **Où ?** Centres de dépistage
- **Qui ?** Toute femme de moins de 25 ans et tout homme de moins de 30 ans
- **Comment ?** Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur prélèvement local

## Diagnostic

### Examen clinique

- **Chez l'homme** (cf **Infections sexuellement transmissibles (IST)** : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose)
  - **Urétrite aiguë:**
    - Le plus souvent asymptomatique (60% des cas) → complications +++
    - Tableau **peu bruyant** (< gonocoque) / à début subaigu
    - **Signes fonctionnels**
      - **signes urinaires:** brûlures mictionnelles modérées / dysurie inconstante
      - **signes généraux: apyrexie** / sinon évoquer une complication +++
    - **Signes physiques**
      - **écoulement urétral:** clair / inconstant (≠ gonocoque)
      - **TR systématique:** pour recherche de prostatite
  - **Rechercher des complications loco-régionales (A savoir !)**
    - **Orchi-épididymite aiguë = examen des OGE**
      - Douleur scrotale: unilatérale / le long du cordon / soulagée par suspension
      - Inflammation locale: bourse chaude / rouge / douloureuse / oedématiée
    - **Prostatite chronique = toucher rectal**
      - (rare: germes d'IU >> germes d'IG / cf **Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte.**)
      - IU récidivantes spontanément résolutives
- **Chez la femme** (cf **Infections sexuellement transmissibles (IST)** - Infections génitales de la femme. Leucorrhées.)
  - **Cervicite**
    - **!! asymptomatique** dans 80% des cas
    - Symptômes modérés: leucorrhées jaunâtres / col inflammatoire au spéculum
    - Associée à une urétrite (brûlures mictionnelles) / vulvo-vaginite (prurit)
  - **Rechercher des complications loco-régionales (A savoir !)**
    - **Infection utéro-annexielle: salpingite +++ = touchers pelviens**
      - Plus fréquent que dans gonococcie (x6): cf évolution à bas bruit
      - **signes fonctionnels:** leucorrhées / métrorragies / fièvre (inconstante)
      - **signes physiques:** douleur à la mobilisation utérine au TV +++

### Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
  - **PCR sur 1er jet d'urine +++**
    - En 1ère intention devant toute IG / ≥ 2h après la dernière miction
    - Sensible et spécifique: technique de référence (si disponible)
  - **Examen bactériologique sur prélèvement local**
    - Raclage par écouvillon ou curette (cf germe intra-cellulaire)
    - Examen direct: IFD ou ELISA / Culture sur milieu cellulaire (Mc Coy)
    - Supplémentées par la PCR, qui est plus sensible dans les formes précoces
- **Pour évaluation du terrain = bilan IST (A savoir !)**
  - Sérologie VIH: avec accord du patient / à renouveler à 3M / ELISA
  - Sérologie VHB (Ag HBs + Ac anti-HBs + anti-HBc)
  - Sérologie syphilis: VDRL-TPHA
  - Ex. bactériologique sur prélèvement local pour Gonocoque

### Autres formes cliniques / complications générales

- **Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis**
  - = péri-hépatite à gonocoque ou chlamydia / sur salpingite ++ (cf **Infections sexuellement transmissibles (IST)** : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose - Infections génitales de l'homme.)
  - Douleur fébrile de l'hypochondre droit (diagnostic ≠ de la cholécystite)
  - Coelioscopie: adhérences en « cordes de violon » entre foie/paroi
- **Arthrite réactionnelle** (cf **Spondylarthrite inflammatoire.**)

- Oligo-arthrite aiguë **aseptique** asymétrique des membres inférieurs
- Signes associés: hyperkératose palmaire / uvéite / entésopathie
- Appartient aux spondylarthropathies
- **Sd de Fiessinger-Leroy-Reiter**: arthrite + conjonctivite + urétrite/cervicite
  - NB : nouvelle sémantique : Sd oculo-uréthro-synovial (activités nazies du Dr Reiter obligent !!)

## Traitement

### Prise en charge

- En ambulatoire si chlamydie non compliquée (urétrite ou cervicite)
- Hospitalisation si complication (prostatite ou salpingite)

### Traitement curatif = antibiothérapie

- **Chlamydie non compliquée**
  - ABT probabiliste: à débiter immédiatement après les prélèvements
  - **Traitement « minute » : prise unique / active contre gonocoque et chlamydia**
    - **contre chlamydia**: macrolide (azithromycine) 1g **PO** en dose unique
    - **contre gonocoque**: C3G (ceftriaxone) 500mg **IM** en dose unique
  - **!! Remarques (cf Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées / AFSSAPS / 2008)**
    - FQ et cyclines ne sont plus indiqués contre le gonocoque +++ (mais FQ indiquées dans les IGH selon CNGOF 2012)
    - si allergie aux  $\beta$ -lactamines: spectinomycine 2g en IM (aminoside)
    - si CI aux IM (coagulopathie): C3G orale (cefixime 100mg PO)
- **En 2nde intention**
  - Cyclines: doxycycline (Vibramycine®) PO pendant 7 jours

### Mesures associées

- **Mesures associées aux IST (5) (A savoir !)**
  - **Sérologies** si non déjà faite: VIH / VHB / VDRL-TPHA / PCR chlamydia
  - Dépistage (sérologies IST) +/- traitement de tous les **partenaires**
  - Rapports sexuels protégés (**préservatif +++**) jusqu'à guérison
  - **Education** du patient sur les IST: mesures de prévention
  - Proposer **vaccination VHB** (+/- VHA)

### Surveillance

- **Consultation à J3 si persistance**
  - informer le patient: Cs en urgence si encore symptomatique à J3
- **Consultation à J7 systématique (A savoir !)**
  - Vérifier la guérison +/- adaptation secondaire à l'ABG
  - Communiquer les résultats des sérologies IST + éducation
  - Si persistance: rechercher prostatite / refaire prélèvements
- **PCR de contrôle systématique à 3-6 mois**

## C. SYPHILIS

### Généralités

#### Définition

- Syphilis = IST d'évolution chronique due à Treponema Pallidum

#### Epidémiologie

- **!!** Actuellement en recrudescence dans les pays développés
- **FdR**: homosexuels masculins +++ / **!!** 50% de co-infection par VIH

#### Physiopathologie

- **Bactérie**: Treponema Pallidum: bactérie spirochète (tréponématose)
- **Non immunisant**: ré-infections possible (d'où éducation du patient ++)
- **Transmission**: par contact direct +++ / **!!** très contagieux
  - **Voie sexuelle** dans 95% des cas = chancre génital +++
  - Autres: lésion cutanéomuqueuse / transplacentaire (cf **Prévention des risques foetaux : infection, médicaments, toxiques, irradiation**)

### Diagnostic

## Examen clinique

- Syphilis primaire
  - Evolution
    - Délai de survenue (incubation): **3 semaines** en moyenne
    - Durée: régression spontanée en **6S** sans traitement (10J sous traitement): pas de cicatrice
  - Chancre syphilitique
    - Exulcération: unique / ronde / régulière / indolore / à fond propre / indurée
    - Localisation génitale +++ : gland (sillon balano-préputial) ou vulve
    - Remarque: aucune caractéristique n'est pathognomonique de syphilis, donc toute ulcération muqueuse il faut l'évoquer (**A savoir !**)
  - Associé à une adénopathie satellite
    - ADP: indolore / non inflammatoire / dure / de grande taille +/- « chapelet » = Signe du Préfet
    - Localisation inguinale +++
- Syphilis secondaire
  - Evolution
    - Délai de survenue: 6S à 6M après l'apparition du chancre
    - Durée: 2 à 3ans (paroxystique) / !! inconstante (25% des cas)
  - Manifestations cutané-muqueuses
    - Manifestations cutanées
      - précoces (« 1ère floraison ») = roséole syphilitique
        - **Exanthème roséoliforme**: macules rosées discrètes non prurigineuses
        - Localisation: **tronc** / cou / racine des membres (visage épargné)
        - Evolution: régression spontanée en 1-2M sans séquelle (exceptées quelques desquamations au niveau du cou ! le collier de Vénus)
      - tardives (« 2ème floraison ») = syphilides papuleuses
        - **Papules** non prurigineuses / rouge-brun / collerette squameuse / Contagiosité +++
        - Localisation: **palmo-plantaire** / visage / OGE ; atteinte symétrique
        - Evolution: poussées successives sur plusieurs mois
    - Manifestations muqueuses
      - **Plaques fauchées** = érosions indolores / bien limitées / rondes ou ovalaires
      - Localisation = **cavité buccale** (!! très contagieux: gants indispensables)
    - Atteinte du cuir chevelu = alopecie
      - en petites plaques (« en clairière ») / rétro-auriculaire ++ / transitoire
  - Manifestations viscérales (générales)
    - !! Manifestations **inconstantes**
    - **Syndrome pseudo-grippal** fébricule avec **céphalées** tenaces: fréquent / modéré
    - **Polyadénopathie**: fréquente / précoce / indolore (!! diagnostic ≠ avec VIH latent)
    - **Atteinte ophtalmologique**: à systématiquement rechercher car modifie la thérapeutique (traiter comme neurosyphilis)
    - **Autres**: néphropathie glomérulaire / hépato-splénomégalie / uvéite antérieure, etc.
- Syphilis tertiaire (HP)
  - Entre 5 et 10 ans après chancre syphilitique / fait la gravité de la syphilis !
  - **Atteinte cutanée**: gommès syphilitiques / ulcérations chroniques / tubercules
  - **Atteinte cardio-vasculaire**: aortite / insuffisance aortique / anévrismes
  - **Atteinte neurologique** = neurosyphilis: AVC (vascularite) / tabès / démence, etc.

## Examens complémentaires

- Examen direct au microscope à fond noir (ultra-microscope)
  - Au cours d'une **syphilis I** (et II si manifestations cutané-muqueuses)
  - Prélèvement sur lésion érosive / avant toute désinfection ou ABT
  - Visualisation du tréponème à l'ultra-microscope à fond noir
  - → spirochète = bactérie hélicoïdale à spires régulières / très mobile
- Sérologie +++
  - **Tests sérologiques**: (!! qualitatifs **et** quantitatifs)
    - **VDRL**
      - !! peu Sp, FP: SAPL / LED / BK / VIH / paludisme / grossesse..
      - Positivité 10J après le chancre (mais après TPHA ++)
      - Négatif si syphilis latente / négativité en 1an sous traitement (**suivi** ++)
    - **TPHA**
      - Test Sp et Se: **diagnostic** / positivité 8J après le chancre
      - Persistance si syphilis latente / pas de négativité sous traitement
    - **FTA-abs**
      - Test spécifique et **précoce**: positivité 5j après le chancre
      - Mais couteux: pas en 1ère intention / négativité après traitement

- 2 indications: syphilis précoce et nouveau-né pour passage transplacentaire
- **IgM par ELISA/WB**
  - De plus en plus / IgM positifs dès S2 post-contact
  - négativation après traitement / indiqué si contage récent ++
- **Interprétation** syphilis avérée (syphilis II si) FTA-abs (sera) faux positif du VDRLFTAabs (sera) FTAabs ( ou )

VDRL	TPHA	interprétation	CAT
-	-	pas de syphilis ou contamination < 3S	IgM ou FTA si contage récent
+	+	syphilis avérée (syphilis II si +++)	FTA-abs (sera +)
+	-	faux positif du VDRL +++	FTA-abs (sera -)
-	+	syphilis traitée (= cicatrice syphilitique) ou syphilis débutante	FTA-abs (- ou +)

- **Pour évaluation du terrain = bilan IST (A savoir !)**
  - Sérologie **VIH**: avec accord du patient (!! cf 50% de co-infectés)
  - Sérologie VHB: Ag HBs + Ac anti-HBs + anti-HBc (+/- VHC)
  - Prélèvement local / PCR 1er jet: pour gonocoque / chlamydia
  - !! NPO bilan IST pour **partenaires** aussi (A savoir !)

#### Autres formes cliniques

- **Neurosyphilis précoce**
  - = invasion du SNC par tréponème au cours d'une syphilis secondaire
  - N'est pas rare (25% des cas) mais le plus souvent asymptomatique +++
  - LCR: **méningite lymphocytaire** hyperprotéinochorique (≠ méningite virale)
  - Résolution spontanément résolutive (neurosyphilis tardive dans 5% des cas)
- **Syphilis congénitale** (cf **Prévention des risques foetaux : infection, médicaments, toxiques, irradiation**)
  - = transmission par voie transplacentaire (à partir de **M4** de grossesse)
  - Peut provoquer mort in utero ou manifestations cutanées et viscérales
- **Syphilis latente**
  - Stade asymptomatique: diagnostic sérologique On distingue:
    - **syphilis latente précoce**: contage < 1an
    - **syphilis latente tardive**: contage > 1an (2ans selon OMS)

#### Diagnostics différentiels

- **du chancre**: chancre mou / chancre scabieux / herpès génital / aphtose (Behçet) / CSC
- **de la roséole**: toxidermie / rubéole / toxoplasmose / primo-infection VIH / pityriasis
- **des syphilides**: psoriasis / acné nodulaire / dermite séborrhéique
- « **fausse sérologie syphilitique** » **TPHA-/VDRL+**: SAPL / hépatites / VIH / cancers / toxico / MGUS

## Traitement

### Prise en charge

- En **ambulatoire** (sauf complication ou syphilis III)

### Traitement curatif = antibiothérapie

- **Pénicilline G forme retard en dose unique / en urgence / probabiliste (ordonnance de traitement et de la sérologie)**
  - → **benzathine-pénicilline G** 2.4M UI par voie **IM**
  - Si allergie: cycline = doxycyclines 200mg/j per os pendant 15 jours
  - Si syphilis tardive (III ou latente >1an): benzathine-pénicilline G IM 2.4 MU/S sur 3S
- **Remarque: réaction de Jarisch-Herxheimer +++**
  - Syndrome pseudo-grippal avec accentuation des lésions à l'initiation du traitement
  - → évolution spontanément favorable (P° possible par paracétamol ou prednisone) / rassurer

### Traitement des formes particulières

- **Neurosyphilis précoce ou atteinte ophtamologique**: Pénig en IV 14-21j + prévention systématique R° de JH par prednisone
- **Syphilis congénitale**: traitement identique à celui du sujet normal: benzathine-PeniG en IM
- **Grossesse**: traitement identique à celui du sujet normal/ si allergie: désensibilisation à la pénicilline

### Mesures associées

- **Mesures associées aux IST (5) (A savoir !)**
  - **Sérologies** si non déjà faite: VIH / VHB / VDRL-TPHA / PCR chlamydia
  - Dépistage (sérologies IST) +/- traitement de tous les **partenaires**
  - Rapports sexuels protégés (**préservatif+++**) jusqu'à guérison
  - **Education** du patient sur les IST: mesures de prévention

- Proposer **vaccination VHB** (+/- VHA)
- **Déclaration**
  - Déclaration de maladie vénérienne seulement en cas de refus du traitement (cf [Surveillance des maladies infectieuses transmissibles](#).)
  - !! Remarque: les seules MST à déclaration obligatoire = VIH et VHB aiguë

#### Surveillance

- **Clinique**
  - Consultation de contrôle à **J7** (**A savoir !**) / information et éducation, etc.
- **Paraclinique**
  - NPO refaire sérologie VIH et VHB à +3M
  - **VDRL quantitatif pour suivi de l'évolution +++**
    - Diminution attendue: divisé par 4 à **6M**
    - Négatation à **1an** / confirmer la négatation à **2ans**
    - !! si ré-ascension du VDRL = ré-infection: refaire traitement

## D. PAPILOMA VIRUS

### Généralités

- Virus à ADN
- Des centaines de sérotypes
- Tropisme très variable
- Potentiel oncogène (16, 18, 31, 33...) mais aussi simples lésions cutanées bénignes (condylomes génitaux)
- Virus très fréquent mas normalement clairance vaginale ...sauf si surexposition +++

### Diagnostic

- **Interrogatoire** : FdR IST (ATCD IST, partenaires multiples, tabac...), MTR...
- **Examen physique** : lésion cutanée ou génitale...indolores, multiples, aspects divers (acuminé, plane, floride...)
- **Examen paraclinique** : PCR sur prélèvement de lésion

### Traitement

- Exérèse chirurgicale (conisation), Laser CO2 , Azote liquide...
- Traitement topique local

## Synthèse pour questions fermées

Devant des papulo-pustules sur les faces latérales des doigts, en contexte septique, quels sont les 2 diagnostics à évoquer ?

- Gonococcie disséminée
- Méningococcémie

Quelle est l'antibiothérapie d'une gonococcie non compliquée ? (par coeur)

- ABT probabiliste: à débiter immédiatement après les prélèvements
- Traitement « minute » : prise unique / active contre gonocoque et chlamydia
- Contre gonocoque: C3G (ceftriaxone) 500mg **IM** en dose unique
- Contre chlamydia: macrolide (azithromycine) 1g **PO** en dose unique
- !! Remarques: si allergie aux  $\beta$ -lactamines: spectinomycine 2g en IM (aminoside) / si CI aux IM (coagulopathie): C3G orale (cefixime 100mg PO)

Quel est l'examen à réaliser en cas de syphilis secondaire ?

- Examen ophtalmologique à la recherche d'une atteinte ophtalmologique (ce qui impliquerait un traitement par Pénicilline G IV pendant 14-21j identique à celui d'une neurosyphilis)