

Université de Constantine 3
Faculté de médecine de Constantine
Département de médecine

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Cours à l'intention des étudiants de 6e année médecine
Année universitaire 2022-2023

Présenté par Dr MANSOUL Tarek
Service de dermatologie CHU Constantine

PLAN DU COURS			
A/SYPHILIS PRÉCOCE	B/LE CHANCRE MOU	C/L'HERPES GENITAL	D/URÉTRITES
I/DEFINITION II/CLASSIFICATION III/ÉPIDÉMIOLOGIE IV/CLINIQUE V/PARA CLINIQUE VI/DIAGNOSTIC ≠ IEL VII/TRAITEMENT	I/DEFINITION II/ÉPIDÉMIOLOGIE III/CLINIQUE IV/DIAGNOSTIC V/TRAITEMENT	I/DEFINITION II/ÉPIDÉMIOLOGIE III/CLINIQUE IV/PARA CLINIQUE V/TRAITEMENT VI/PRÉVENTION	A/GONOCOQUE B/CHLAMYDIA T. C/TRICHOMONAS V.

OBJECTIFS DU COURS :

- Savoir reconnaître et traiter les principales infections sexuellement transmissibles

A/SYPHILIS PRÉCOCE

I. DÉFINITION :

- Maladie infectieuse due à une bactérie : le Tréponème pâle
- La transmission se fait essentiellement par voie sexuelle.
- L'évolution naturelle se fait par phases : syphilis primaire, secondaire et tertiaire.
- Le pronostic dépend du stade, des organes atteints et du terrain.
- Le traitement est bien codifié et reste dominé par la pénicilline avec des schémas variables en fonction du stade.

II. CLASSIFICATION :

1. **la syphilis précoce** : définie par une évolution datant de moins d'un an (J0 étant par définition le premier jour du chancre). Elle regroupe la syphilis primaire, la syphilis secondaire et la syphilis sérologique précoce (découverte d'une sérologie syphilitique positive sans lésion clinique datant de moins d'un an) ;
La syphilis précoce est la période de la syphilis la plus riche en tréponèmes (risque maximal de contagion).
2. **La syphilis tardive** : elle regroupe la syphilis tertiaire et la syphilis sérologique tardive (non datable ou datant de plus d'un an).

III. ÉPIDÉMIOLOGIE

▪ Fréquence :

Il existe une recrudescence de la syphilis depuis quelques années dans la majorité des pays industrialisés.

▪ Agent pathogène :

Le tréponème pâle : bactérie de la famille des spirochètes, de forme hélicoïdale, avec un flagelle qui permet sa mobilité sur la lame. Il n'existe aucun milieu de culture in vitro pour le Tréponème.

▪ **Mode de transmission :**

La transmission de la syphilis est essentiellement *sexuelle*.

Ce sont les lésions muqueuses qui sont contagieuses (chancre de la syphilis primaire et syphilides érosives de la syphilis secondaire).

La transmission materno-fœtale peut survenir surtout vers les 4e et 5e mois de grossesse.

Les transmissions post-transfusionnelles ou après greffe d'organe sont possibles, mais très marginales

IV. CLINIQUE

A. La syphilis primaire :

- ❖ Les manifestations débutent après une période d'incubation variable (3 semaines en moyenne).
- ❖ Elles sont caractérisées par le **complexe primaire** = Chancre syphilitique + ADP satellite.

a. Chancre syphilitique typique :

La lésion : Exulcération (ou érosion)

- Nombre : habituellement unique
- Taille : de 5 à 15 mm de diamètre en moyenne
- Forme : arrondie ou ovale
- Bords : réguliers
- fond propre, rosé, siège d'une sérosité claire, peu abondante
- **Base : indurée**, seul caractère sémiologique vraiment évocateur. Il se traduit par l'impossibilité de plisser entre deux doigts la surface de l'ulcération qui ne fait qu'un bloc avec l'induration sous-jacente.
- Indolore

Aucune de ces caractéristiques n'est cependant pathognomonique. *Un chancre syphilitique doit systématiquement être évoqué devant toute ulcération muqueuse aiguë* (génitale, orale ou anale)

Topographie :

1. Chez l'homme :

- Le plus souvent sur le sillon ballant préputial
- Parfois sur le gland, le frein, le méat urinaire
- Plus rarement sur le fourreau de la verge, le pubis ou le scrotum

2. Chez la femme :

- Le plus souvent sur la partie externe de la vulve (petites lèvres, grandes lèvres, fourchette),
- Plus rarement vaginale.

3. Dans les deux sexes : le chancre peut siéger sur :

- la muqueuse buccale, pharyngée ou anorectale.

Évolution :

- La lésion disparaît à la fin de la 6e semaine sans laisser aucune cicatrice (sauf chancre creusant).
- Parfois, persiste au début de l'éruption secondaire : on parle de syphilis primo-secondaire.

b. Adénopathie syphilitique : 2-4 jours après le chancre

La lésion : poly adénopathie où on distingue 1 adénopathie plus volumineuse que les autres :

- Taille : quelques cm de diamètre
- Forme : arrondie ou ovale
- Mobilité : mobile par rapport aux plans superficiel et profond
- Consistance : ferme
- Indolore
- Sans péri adénite

Topographie : le plus souvent unilatérales. Son siège dépend de la localisation du chancre.

Évolution :

- En l'absence de traitement, l'adénopathie persiste plusieurs mois ;
- Traitée elle disparaît après le chancre.

B. La syphilis secondaire :

Elle succède à une syphilis primaire non traitée. Elle est inconstante (environ 1/3 des patients infectés développeront une syphilis secondaire).

Elle est liée à la diffusion systémique du tréponème=>manifestations viscérales ou générales.

MANIFESTATIONS DERMATOLOGIQUES :**1. MANIFESTATIONS CUTANÉES**

- Les lésions cutanées ne sont contagieuses que si elles sont excoriées, érosives, ulcérées
- 2 types de lésions se succèdent dans le temps :

a- 1re floraison : Syphilide maculeuse ou Roséole syphilitique

- ❖ La roséole syphilitique est la première éruption de la syphilis secondaire.
- ❖ Elle survient dans les six semaines après le chancre (roséole) soit 2 mois après le contagement.
- ❖ Elle passe souvent inaperçue, car peu intense et transitoire.

La lésion : macule érythémateuse

- Taille : de 5 à 15 mm de diamètre
- Couleur : rose clair caractéristique
- Forme : irrégulière
- Surface : plane
- Consistance : souple
- Non prurigineuses (+++)

Groupement et Topographie :

- Isolées les unes des autres : non confluentes
- Essentiellement tronc et racines des membres

Évolution :

Elle disparaît spontanément en 7 à 10 jours.

b- 2e floraison : Syphilides papuleuses

- ❖ Elles *sont polymorphes*, mais la lésion élémentaire est presque toujours une papule
- ❖ Surviennent en général dans l'année qui suit le chancre.

La lésion : papule

- Taille : quelques mm de diamètre
- Forme : hémisphérique
- une fine desquamation périlésionnelle (collerette de Bielt) évocatrice, mais ni constante, ni spécifique
- Consistance : ferme
- Non prurigineuse
- Couleur : rouge cuivré

Topographie : ubiquitaire, mais plus souvent retrouvée sur :

- Le visage : sillons naso-géniens, plis mentonniers
- le tronc ou les membres
- Les paumes et les plantes (+++)
- Les grands plis et la marge anale : les lésions deviennent alors végétantes, suintantes, laissant s'écouler une sérosité très riche en Tréponèmes

Évolution :

- Les papules s'affaissent pour laisser place à des tâches pigmentées transitoires.

2. MANIFESTATIONS MUQUEUSES : PLAQUES MUQUEUSES

Les lésions :

- Macules et papules indolores, qui peuvent devenir érosives ou végétantes.

Topographie :

- surtout dos de la langue (« plaques fauchées », car les papilles y sont abrasées comme fauchées)
- La commissure labiale (fausse perlèche avec papule para commissurale fendue en deux)
- Les organes génitaux externes

Évolution :

- Se fait vers la régression et la disparition en quelques semaines.

3. MANIFESTATIONS PHANERIENNES :

1. L'alopecie en clairière :

- Elle survient au troisième-sixième mois.
- Elle réalise une chute des cheveux en plaques incomplètement glabres circonscrites de 2 à 4 cm de diamètre, temporo-occipitales avec respect du centre de la chevelure.

2. Les sourcils, les cils et la barbe : peuvent également être atteints.

3. Un périonyxis

MANIFESTATIONS EXTRA-DERMATOLOGIQUE :

a) **Générales** : fièvre et asthénie prolongée

b) **Viscérales** :

- ❖ **Manifestations ganglio-spléniques** : Adénopathies et/ou splénomégalie.
- ❖ **Manifestations ostéo-articulaires** : Arthralgies et/ou arthrites.
- ❖ **Manifestations hépatiques** : Hépatite syphilitique (choléstase +++)
- ❖ **manifestations ophtalmiques** : Papillite, uvéite, névrite optique => un *examen ophtalmologique systématique* au cours des syphilis secondaires.
- ❖ **Autres** : céphalées, syndrome méningé...

Tous ces symptômes dermatologiques ou extradermatologiques qui ont pu apparaître sur une période de 2 années disparaissent à la fin des 2 ans sans laisser de séquelles.

C. SYPHILIS LATENTE PRÉCOCE :

- Syphilis uniquement sérologique sans manifestations cliniques évoluant depuis moins d'un an.

V. PARACLINIQUES :

Le diagnostic de syphilis ne peut se faire que :

- par la mise en évidence du tréponème lui-même au microscope à fond noir ;
- ou indirectement, par la mise en évidence de la réponse spécifique anticorps.

1. EXAMEN AU MICROSCOPE A FOND NOIR

- Il doit être pratiqué sur des lésions érosives (chancre, syphilides érosives muqueuses).
- Il n'a aucune valeur au niveau buccal du fait de la possibilité de faux positifs (spirochètes saprophytes).

2. **DIAGNOSTIC SÉROLOGIQUE** : nécessite l'association d'un test spécifique de tréponématose (TPHA) et d'un test non spécifique (VDRL)

a. **Sérologies spécifiques :**

- **TPHA** (*Treponema pallidum Haemagglutination Assay*)

La réaction est spécifique des tréponématoses.

Elle ne permet pas de différencier les anticorps syphilitiques des anticorps dirigés contre les tréponématoses endémiques non vénériennes (pian, bégel, pinta).

- **FTA** (*Fluorescent Treponemal Antibody*) et **FTA_{abs}** (*FTA absorbé*)

b. **Sérologies non spécifiques :**

- **VDRL** (*Venereal Disease Research Laboratory*)

Il met en évidence, dans le sérum du patient, des anticorps anticardiolipidiques.

Le VDRL n'est pas une réaction spécifique des tréponématoses.

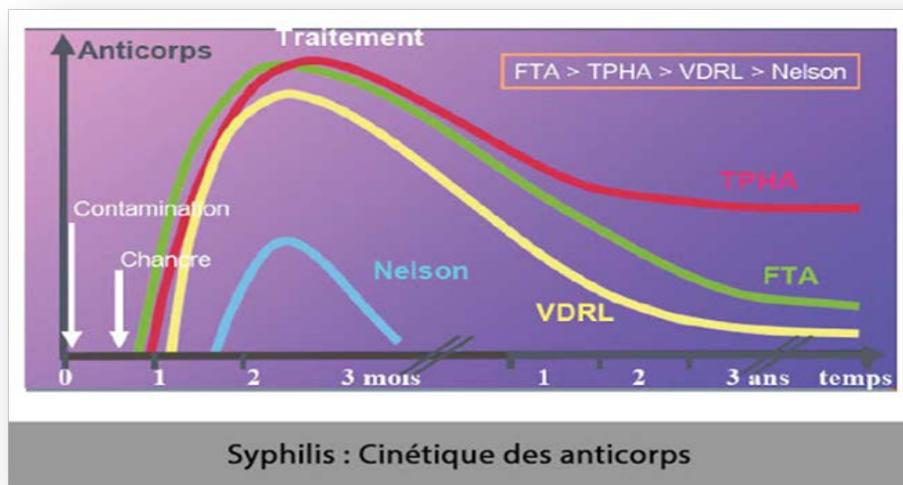
c. **Mode d'expression de la sérologie :**

- **Expression qualitative à l'aide de croix (TPHA) :**

(+) résultat douteux (++) positif (+++) fortement positif

- **Expression quantitative sous forme de dilution (VDRL)**

d. **Cinétique des anticorps :**



▪ **Au cours de la syphilis primaire :**

- ❖ le TPHA et le VDRL sont **négatifs** dans les **7 premiers jours du chancre** => Une sérologie négative à ce stade n'élimine pas le diagnostic de syphilis primaire.
- ❖ Les sérologies se positivent en suite quelques jours après le début du chancre (J0 étant par définition le début du chancre) :
 - le FTA-abs vers J5-J7,
 - le TPHA vers J8-J10,
 - le VDRL vers J10-J15.
- ❖ Passé ce délai, le TPHA est rapidement positif à +++ et le VDRL grimpe progressivement pour atteindre son maximum (256 U et 1 024 U) vers le 3^e–6^e mois de la maladie.

▪ **Au cours de la syphilis secondaire :**

- ❖ les 2 tests (TPHA et VDRL) **sont toujours positifs**.

3. **AUTRES EXAMENS :**

- **La biopsie cutanée :** Elle ne doit être pratiquée que lorsque le diagnostic est incertain. Un infiltrat dermique riche en plasmocytes est évocateur.

VI. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**A. CLINIQUE**

1. **Syphilis primaire** : au stade de chancre, le diagnostic différentiel est celui des autres causes d'ulcération génitale :
 - ulcérations génitales mécaniques, thermiques ou chimiques
 - Aphte génital
 - Herpès
 - Chancre mou,...
2. **Syphilis secondaire** :
 - la roséole peut faire évoquer une virose ou une toxidermie
 - les syphilides : dermatite séborrhéique, un acné, un psoriasis

B. SÉROLOGIQUE

1. Si **TPHA positif** => tréponématose au sens large en particulier en zone d'endémie et non uniquement syphilis.
2. Si le **VDRL est positif et le TPHA est négatif de façon répétée** => fausse sérologie tréponémique (exemple : lupus érythémateux systémique)

VII. TRAITEMENT :**A. MESURES GÉNÉRALES :**

- déclaration obligatoire
- enquête épidémiologique à la recherche du ou des contamineurs et contaminés
- sérologie syphilitique conjoint/enfant
- recherche systématique des autres IST.

B. ARMES THÉRAPEUTIQUES :

- Pénicilline retard : benzathine benzylpénicilline (EXTENCILLINE)
- Cyclines : Tétracyclines et Doxycycline

C. INDICATIONS

1. **Traitement des syphilis précoces** (en l'absence d'allergie à la pénicilline et de contre-indication aux injections intramusculaires).
 - Une injection *intramusculaire unique* de **2,4** millions d'unités de benzathine benzylpénicilline G
 - Nb : Dans la syphilis secondaire un schéma à 2 injections de benzathine pénicilline G de 2,4 millions d'unités à 1 semaine d'intervalle est préconisé par certains auteurs.
2. **Allergie à la pénicilline** :
 - a) **En dehors de la femme enceinte** : Cyclines en une ou plusieurs cures de 02 semaines :
 - ✓ la tétracycline (500 mg per os 4 fois par jour)
 - ✓ la doxycycline (100 mg per os matin et soir).
 - b) **Femme enceinte** : un avis spécialisé est obligatoire et le plus souvent une désensibilisation à la pénicilline sera nécessaire.
3. **La réaction d'Herxheimer** : Elle débute quelques heures après l'injection et associe : fièvre, céphalées, myalgies, accentuation des signes locaux. Le **paracétamol** peut être prescrit.

D. SUIVI DU TRAITEMENT

- L'efficacité du traitement **doit être contrôlée cliniquement et biologiquement** à 3 mois et à 6 mois. Le suivi biologique se fait sur **le VDRL quantitatif** : il doit être divisé par 4 (2 dilutions) à trois mois, par 16 (4 dilutions) à six mois et se négative un an après le traitement d'une syphilis primaire, et dans un délai de 2 ans après traitement d'une syphilis secondaire.
- En l'absence d'une décroissance de ce type, le traitement doit être repris.

Nb : Après traitement le *TPHA ne se négative que très inconstamment* si le traitement a été bien conduit et si celui-ci a été institué dans l'année qui suit le chancre.

E. SUJETS CONTACTS SEXUELS

- Examen clinique et sérologique de tous les sujets de contacts sexuels.

B/LE CHANCRE MOU

I. **Définition :** ulcération génitale sexuellement transmise due à *Haemophilus ducreyi*

II. Épidémiologie

- Le chancre mou est endémique dans de nombreux pays tropicaux
- Il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme.
- Agent pathogène : *Haemophilus ducreyi*, bacilles Gram négatifs bipolaires regroupés en chaîne de bicyclette ou en banc de poissons.

III. Clinique

- Le chancre mou apparaît après une période d'incubation courte (3 à 7 jours).
- **La lésion dermatologique :**
 - ❖ papule qui se transforme très rapidement en une ulcération d'un diamètre supérieur à 1 cm.
 - ❖ Par opposition au chancre syphilitique, cette ulcération est profonde, sale, purulente, et douloureuse.
 - ❖ Elle est généralement unique, mais elle peut être associée à de petites ulcérations satellites.
- **Topographie :** l'ulcération est plus souvent localisée sur la peau (fourreau de la verge et scrotum chez l'homme, vulve chez la femme) que sur la muqueuse génitale proprement dite.
- **Adénopathie satellite (bubon inguinal)**
 - ❖ apparaît 8 à 10 jours après le début du chancre, elle est le plus souvent unilatérale, très inflammatoire, évoluant spontanément vers une fistulisation à la peau qui se fait classiquement en un seul pertuis.
- **Les complications :**
 - ❖ principalement observées chez l'homme : phimosis, perte de substance cutanée (« ulcère phagédénique »).

IV. Diagnostic

- Mise en évidence d'*Haemophilus ducreyi* par examen direct, Cultures ou PCR
- Le prélèvement est pratiqué sur les berges de l'ulcération cutanée et à partir de l'aspiration du pus prélevé du bubon.

V. Traitement

- Traitement minute :
 - ❖ azithromycine (1 g en une seule dose)
 - ❖ ou de ceftriaxone (250 mg IM en une seule dose)
- Autres :
 - ❖ ciprofloxacine (1 g/j en 2 prises pendant 3 jours)
 - ❖ ou d'érythromycine (2 g/j pendant 7 jours).
- L'ulcération est traitée par des applications locales d'antiseptique.
- La ponction itérative du contenu du bubon est indispensable pour soulager le patient.
- Il convient d'examiner et de traiter les partenaires sexuels des 10 jours précédant l'apparition des symptômes
- Une co-infection avec syphilis ou herpès doit être éliminée.

C/L'HERPES GENITAL

I. Introduction

- l'une des IST les plus répandues dans le monde
- représente la première cause d'ulcère génital.

II. Epidémiologie

- La prévalence de l'herpès génital a augmenté régulièrement depuis une vingtaine d'années
- La séroprévalence HSV2 semble diminuée chez les patients utilisant fréquemment et correctement des préservatifs.
- **Agent pathogène :**
 - ❖ 90 % HSV-2
 - ❖ 10 % HSV-1.
- **Réservoir :** L'homme est le seul réservoir des HSV.
- **Mode de transmission :** La transmission s'effectue par
 - ❖ Voie sexuelle (HSV-2)
 - ❖ Voie oro-génitale (HSV-1).
- La contamination est possible à partir de lésions symptomatiques, mais l'un des grands facteurs de transmission est **l'excrétion virale asymptomatique.**

III. Clinique :

A/LA PRIMO-INFECTION

- La primo-infection correspond à un premier contact avec l'un des deux types viraux et s'accompagne d'une séroconversion
- Elle est le plus souvent asymptomatique (50 à 90 %).
- Incubation : 2 à 20 jours (6 à 7 jours en moyenne).
- Plus fréquente et plus sévère chez la femme

1. chez la femme :

- vulvo-vaginite aiguë douloureuse et brutale, accompagnée de fièvre et d'un malaise général.
- **Lésions dermatologiques :**
 - ❖ vésicules éphémères sur une muqueuse vulvaire tuméfiée.
 - ❖ Surtout des érosions arrondies, parfois aphtoïdes.
- **Topographie :**
 - ❖ la vulve, les parois vaginales et le col
 - ❖ la racine des cuisses, le pubis et les fesses.
- **Les adénopathies :** inguinales sensibles sont constantes.
- **Autres :** rétention d'urine et dysurie.

2. Chez l'homme

- La primo-infection herpétique est moins intense et est souvent confondue avec un herpès récurrent

3. Dans les deux sexes (Homosexuels masculins ou chez les femmes ayant des rapports anogénitaux ou oro anaux) :

- Rectite, avec douleurs anorectales, pertes anales, constipation réflexe, parfois paresthésies des membres inférieurs et rétention d'urine.

4. L'évolution se fait en 1 à 2 semaines

- Ces lésions disparaissent spontanément en 4 à 6 semaines sans laisser de cicatrice.
- Il persiste un haut risque de contagiosité jusqu'à cicatrisation des lésions.
- Atteintes viscérales : méningo-encéphalite, hépatite... etc. (exceptionnelles)

B/RÉCURRENCE

- Elle est définie par la réactivation de l'infection latente localisée dans les ganglions sensitifs sacrés.

- Facteurs favorisants :
 1. épisodes fébriles
 2. Stress
 3. menstruations (herpès cataménial)
 4. coïts répétés.
- Le tableau clinique est moins bruyant qu'au cours de la primo-infection et de durée plus courte
- **Prodromes** : hypoesthésie ou de dysesthésies dans les 24 heures précédant l'éruption
- **Lésions dermatologiques** :
 - ❖ un bouquet vésiculo-pustuleux, évoluant vers de petites érosions confluentes à contours polycycliques
- **Topographie** : relativement fixe pour un même patient.
- **Adénopathie** sensible dans la moitié des cas

C/L'EXCRÉTION VIRALE ASYMPTOMATIQUE

- Définie par la présence intermittente d'HSV sur les muqueuses génitales en l'absence de toute manifestation clinique concomitante.
- Elle est le mode majeur de transmission de l'herpès génital

IV. Paraclinique

- Techniques de diagnostic direct :
 1. Recherche d'antigènes,
 2. Culture sur cellules
 3. PCR
- Les sérologies.

V. Traitement

- Les molécules dont l'efficacité a été démontrée dans le traitement de l'herpès génital (HSV-1 et HSV-2) sont :

L'aciclovir
Le valaciclovir
Le famciclovir/penciclovir.

a. Herpès génital : primo-infection et premier épisode clinique

Aciclovir

Per os : 200 mg x 5/j ou 400 mg x 3/j pendant 7 à 10 jours.

IVL : 5 mg/kg toutes les 8 h

Valaciclovir :

500 mg x 2/j per os pendant 10 jours.

b. Herpès génital : récurrences

L'efficacité dépend de la rapidité d'instauration du traitement, dès l'apparition des prodromes.

Aciclovir (200 mg x 5/j) per os pendant 5 jours.

valaciclovir (500 mg x 2/j) per os pendant 5 jours.

Intérêt dans les épisodes potentiellement importants et/ou prolongés.

c. Herpès génital : traitement préventif des récurrences

Chez les patients présentant au moins 6 récurrences annuelles.

Valaciclovir : 500 mg/j per os en une prise.

Aciclovir : 400 mgX 2/jour.

d. Herpès génital et grossesse

- L'herpès génital peut être responsable de contamination néonatale, dont les conséquences sont rares, mais gravissimes pour l'enfant si un traitement spécifique n'est pas rapidement instauré.
- La césarienne est, actuellement, réservée aux seuls cas où il existe des lésions herpétiques pendant le travail.
- Le traitement du nouveau-né par aciclovir IV doit être fait en urgence dans toutes les situations à risque (présence de lésions herpétiques chez la mère pendant le travail ou dans le mois précédent, éventuellement interrompu si les prélèvements sont négatifs)

VI. PRÉVENTION

- L'information et l'éducation des patients ayant un herpès génital sont les éléments clés de la prévention.
- L'utilisation de préservatifs pourrait être efficace lorsque celui-ci recouvre les lésions ulcérées.
- Il est recommandé de s'abstenir d'avoir des relations sexuelles en présence d'ulcérations ou de symptômes évocateurs d'herpès génital

D/URÉTRITES

- L'urétrite est une inflammation de l'urètre, le plus souvent d'origine infectieuse, se traduisant par un écoulement urétral séreux ou purulent ou par des symptômes urinaires peu spécifiques [dysurie, pollakiurie, brûlures mictionnelles, prurit canalaire].
- Les deux étiologies majeures sont : le gonocoque et Chlamydia trachomatis
- L'urétrite se définit par des critères cytologiques, à rechercher chez un patient n'ayant pas uriné depuis au moins 2 heures, par :
 - la présence de > 5 polynucléaires neutrophiles au frottis urétral, au grossissement 100
 - la présence de > 10 polynucléaires neutrophiles à l'examen du premier jet d'urines centrifugées au grossissement 400

A/Urétrite gonococcique

- **Clinique :**
 - incubation courte, en général de moins de 5 jours
 - Début aigu avec écoulement urétral purulent jaunâtre ou verdâtre et dysurie marquée.
- **Diagnostic :**
 - examen direct du frottis de l'écoulement étalé sur lame et coloré au Gram ou au bleu de méthylène : présence de diplocoques intracellulaires dans les polynucléaires.
 - La culture sur milieu gélose chocolat reste l'examen de référence [résultat en 1 à 2 jours].
- **Évolution :**
 - En l'absence de traitement, des complications peuvent survenir : orchépididymite aiguë, prostatite aiguë, voire septicémie
- **Traitement**
 - ceftriaxone à la dose de 250 à 500 mg intramusculaires en une seule injection.
 - Les traitements alternatifs sont :
 - la ciprofloxacine [500 mg per os en une prise],
 - Ou le céfixime [400 mg per os en une prise]
 - Ou la spectinomycine [2 g intramusculaires en une dose].
 - Le traitement doit être complété par une antibiothérapie efficace contre Chlamydia trachomatis du fait des fréquentes associations entre la gonococcie et les infections à Chlamydia

B/Urétrite à Chlamydia trachomatis

- Chlamydia trachomatis, bactérie intracellulaire responsable d'urétrites masculines [sérotypes D à K], est actuellement l'étiologie principale d'urétrite masculine

Clinique :

- L'incubation est variable [quelques jours à quelques mois]
- le portage asymptomatique très fréquent.
- Signes cliniques en général modérés, rarement urétrite purulente, plus souvent écoulement transparent modéré et intermittent ou symptômes urétraux sans écoulement.

Complication :

- Chez l'homme : épидidymite aiguë
- Chez la femme : salpingite, stérilité tubaire et grossesse extra-utérine.

Diagnostic

- Il repose sur la mise en évidence de la bactérie par frottis endo-urétral et culture sur milieu cellulaire [3 à 7 jours]
- la PCR sur le premier jet d'urine

Traitement

- cyclines pour une durée de 7 jours : doxycycline, 100 mg 2 X par jour pendant 7 jours
- Ou azithromycine (Zithromax : 1 g per os en dose unique).

C/Urétrite à Trichomonas vaginalis

- Trichomonas vaginalis est un parasite flagellé responsable d'urétrite subaiguë et de balanoposthite.
- Il s'agit d'une étiologie peu fréquente d'urétrite dans les pays occidentaux, mais majeure dans les pays tropicaux.
- Le diagnostic repose sur l'examen direct, mettant en évidence le parasite mobile entre lame et lamelle dans une goutte de sérum physiologique [examen à l'état frais] et sur les cultures spécifiques.
- Le traitement : traitement « minute » de 2 g de nitro-imidazolés : métronidazole (Flagyl).