

LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

I- INTRODUCTION:

Elles représentent un problème de santé publique en raison de leur fréquence élevée dans le monde ainsi qu'en raison des complications et des séquelles qu'elles entraînent (stérilité, grossesse extra-utérine, cancer du col, infections congénitales.).

Elles sont dues aussi bien à des bactéries qu'à des virus, et des parasites..

II- ETIOLOGIE:

A- Bactérienne:

1. **Le gonocoque ou 'Neisseria gonorrhoea'**: Entraîne des gonococcies marquées chez la femme par une cervicite, une vulvo-vaginite et une uréthrite avec comme complications, des abcès des glandes de Bartholin et une salpingite (cause de stérilité et de GEU.) Chez l'homme, il est responsable d'uréthrite aiguë avec comme complications un abcès du gland, une prostatite et une épididymite. Chez le nouveau-né de mère infectée au moment de l'accouchement, il donne une conjonctivite néonatale.

* Dans la phase aiguë, l'écoulement est purulent.

* Dans la phase chronique, l'écoulement est clair, voire inexistant.

2. **La 'Chlamydia trachomatis'**: Est responsable de l'IST la plus fréquente. C'est une bactérie pathogène intracellulaire causant chez la femme une uréthrite ou une cervicite compliquée d'endométrite ou de salpingite avec comme séquelles une obstruction tubaire, la stérilité. Chez l'homme, elle donne une uréthrite compliquée de prostatite ou d'épididymite avec également comme séquelle la stérilité. Pour le nouveau-né, elle cause une conjonctivite et des pneumopathies après passage dans la filière génitale.

* Pour l'homme, l'écoulement est discret et clair.

* Pour la femme, l'écoulement est muco-purulent .

3. **Le 'Treponema pallidum'**: Il est responsable de la syphilis qui se transmet par contact direct des muqueuses génitales ou d'abrasions cutanées. La multiplication a lieu au niveau de la porte d'entrée (génitale.) Et provoque la formation d'un chancre primaire apparaissant 10 jours à 3 mois après l'inoculation, persistant 3 semaines et guérissant spontanément. Il provoque une lésion ulcérée, indolore, reposant sur une base souple, recouverte d'une sérosité claire très riche en Tréponèmes, c'est la **Syphilis primaire** (le diagnostic repose sur l'examen direct des sérosités)

Non traitée, elle évolue vers la **Syphilis secondaire**, asymptomatique durant 6 semaines à 6 mois après la primo-infection. elle touche la peau et les muqueuses.

Elle régresse spontanément, et passe à la chronicité, c'est la **Syphilis tertiaire** marquée par une atteinte multiviscérale cardiaque et neurologique.

Lorsque la syphilis touche la femme enceinte, on retrouve diverses manifestations cliniques à la naissance de l'enfant, c'est la **Syphilis congénitale** (contamination in-utéro, et lors du passage de la filière génitale).

Le diagnostic est surtout sérologique: TPHA, VDRL

4. **L'Hémophilus de Ducrey'**: Donne le chancre mou, ulcération des organes génitaux avec adénopathie inguinale suppurée. Ce chancre est douloureux, siège d'un exsudat purulent, il est fréquemment multiple mais ce tableau typique peut être absent et l'ulcération peut être confondue avec le chancre syphilitique ou l'herpès génital.

Le diagnostic est bactériologique (examen direct et la culture).

5. **Les bactéries responsables de vaginite**: La vaginose représente la forme la plus fréquente des Leucorrhées chez la femme en âge de procréer. On peut retrouver outre les pertes abondantes, une odeur fétide, une dyspareunie et parfois un prurit. Les leucorrhées sont le plus souvent grisâtres mais parfois jaunâtres ou verdâtres. On peut retrouver des germes comme 'Gardenerella vaginalis', et 'Mycoplasma hominis'.

Le diagnostic est bactériologique.

B- Virales:

1. **Le VIH: +++**, L'IST la plus redoutable, il entraîne une immunodépression profonde qui fait le lit d'infections opportunistes graves.

Le dg se fait par un test ELISA, et western blot.

2. **L'Herpès simplex 2**: La primo-infection se traduit par des lésions génitales multiples (vésicules) s'ulcérant facilement avec douleurs, et dysurie. Les récurrences sont moins bruyantes que la primo-infection. L'enfant né avec un herpès néonatal d'une mère infectée peut présenter des complications graves.

3. **Le 'Papilloma virus'**: Entraîne des condylomes (tumeurs généralement bénignes) Et certains sérotypes sont responsables de dysplasies précancéreuses.

4. **Le 'Parvovirus'**: Responsable du molluscum contagiosum, ce sont de petites verrues bénignes siégeant dans la peau et les muqueuses.

E- Parasitaires ?

Protozoaires: Principalement le 'Trichomonas vaginalis' entraînant une vaginite avec écoulement verdâtre et prurit chez la femme. Et chez l'homme une infection asymptomatique ou très discrète à type de brûlure mictionnelles disparaissant spontanément.

la gale et le pou du pubis, telle la gale et le pou du pubis.

III- DIAGNOSTIC:

A- Le diagnostic direct: Après prélèvement de la lésion (pus, sérosité, leucorrhée.)

1. L'examen microscopique:

- * A l'état frais, Trichomonas vaginalis.
- * Après coloration au bleu de méthylène, urérite gonococcique chez l'homme.
- * Après coloration de Gram, vaginite, urérite et Hémophilus de Ducrey.
- * Microscope à fond noir, Tréponème pâle.
- * IFD, Chlamydia trachomatis et Herpès simplex 2.

2. Culture:

- * Gélose chocolat pour gonocoques, bactéries responsables de vaginite.
- * Milieu spécial pour le Mycoplasme.
- * Culture cellulaire pour Chlamydia trachomatis et Herpès simplex 2.
- * Milieu de Sabouraud pour Candida.
- * Hybridation (technique de biologie moléculaire) pour Papilloma virus.

B- Le diagnostic indirect ou sérologique : Utilisé au-cours de la syphilis, le VIH et les infections profondes à Chlamydia trachomatis (salpingite, prostatite.)

LES SALPINGITES AIGUËS

haute

I- DÉFINITION :

La salpingite aiguë est une infection tubaire aiguë.

Elle survient dans un tableau d'infection génitale haute intéressant l'endomètre, la trompe, et l'ovaire.

C'est une urgence thérapeutique et un problème de santé publique car elle constitue la première cause de stérilité.

Elle est le plus souvent en rapport avec les IST dont la complication la plus redoutable est la stérilité

II- ÉPIDÉMIOLOGIE :

1-Age: Touche la femme jeune (55% des cas < 25 ans et 20% des cas < 20 ans.)

2-Propagation: Par voie ascendante (vagin-col-utérus-trompes-ovaires.)

3-Germes en causes:

- Chlamydia (30 à 50%) • Gonocoque (20%) • Germes opportunistes (E. coli, Klebsiella pneumoniae,

III- DIAGNOSTIC POSITIF :

A- MOTIF DE CONSULTATION: Il s'agit d'une ♀ jeune (< 25 ans) consultant pour

1. Douleurs pelviennes uni ou bilatérales survenant depuis quelques jours. Ou bien

2. Syndrome infectieux parfois sévère (fièvre > 39°, frissons, pouls accéléré, langue saburrale, état général conservé.), parfois moins bruyant.

3. Leucorrhées abondantes, parfois purulentes.

B- INTERROGATOIRE: Recherche

1. Les antécédents gynéco-obstétricaux

- Antécédents de salpingites. - Prurit.

- Notion de contraception (stérilet ou pilule.) - Notion de multiplicité des partenaires.

- Notion de geste iatrogène endo-utérin récent.

2. Les signes d'accompagnement (urinaires et digestifs) de type

- Brûlures mictionnelles. - Nausées et vomissements.

C- EXAMEN CLINIQUE:

-La palpation douce révèle

1- Une douleur pelvienne avec

2- Une légère défense de l'hypogastre et 3- Un abdomen souple.

-L'inspection de la vulve recherche

4- Au niveau de la vulve, Un écoulement sanglant ou purulent

- 5- Au niveau du méat urétral, Un écoulement des glandes de Skène et de Bartholin.
 - L'examen au spéculum permet de
- 6- Vérifier le vagin, le col et la glaire cervicale et y effectuer des prélèvements.
 - Le TV révèle
- 7- Une douleur très vive, surtout lors de la mobilisation du col.
- 8- Un empâtement douloureux des culs-de-sac latéraux.
 - Le TR permet d'explorer le cul-de-sac de Douglas surtout chez la vierge.
 - L'examen du sphincter anal.

D- EXAMENS COMPLÉMENTAIRES:

- 1. NFS: Révèle une hyperleucocytose. 2. VS: Accélérée. 3. CRP: Elevée.
- 4. Sérologie: Notamment de la syphilis, de l'hépatite et du VIH.
- 5. Prélèvement bactériologiques: Pour l'identification du germe, l'adaptation de l'antibiogramme et l'épidémiologie (MST)
 - 1) Culture du cocher dans le post-partum (pertes sanguines survenant 2 à 3 jrs après l'accouchement.)
 - 2) Hémo-culture si fièvre > 39°. 3) ECBU.
- 6. Echographie: Met en évidence les collections liquidienne
 - 1) Pyosalpinx. 2) Hydrosalpinx (trompes fermées.) 3) Collection du Douglas.
- 7. Coelioscopie: Examen de référence. Elle objective l'aspect des trompes avec
 - 1) Pyosalpinx. 2) Exsudat fibrineux ou séro-purulent.
 - 3) Inflammation de la trompe (rouge.) 4) Adhérences dans les infections anciennes..

V- DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL :

1-SALPINGITE D'ORIGINE VÉNÉRIENNE ou MST:

- 1- A *Chlamydia trachomatis*. 2- A *Gonocoque*. 3- A *Mycoplasma hominis*.

2-SALPINGITE D'ORIGINE IATROGÈNE:

- Curetage. -Révision utérine. -DIU. -Interruption volontaire de la G "IVG".

-Hystérosalpingographie:

- 3-SALPINGITE D'ORIGINE ENDOGÈNE: Survient sur des antécédents d'infections pelviennes et se transmettent par contiguïté (ovarite, pelvipéritonite, appendicite.)

VI- ÉVOLUTION - COMPLICATIONS - PRONOSTIC :

- 1-L'évolution spontanée (en dehors du traitement) est défavorable avec des complications

1 A court terme, de type tableau aigu d'abdomen chirurgical avec syndrome infectieux et AEG. L'infection se propage par

contiguïté imposant la chirurgie

- ① Pyosalpinx. ② Appendicite aiguë. ③ Pelvipéritonite.

2 A long terme, Les formes silencieuses laissent des séquelles de type

- ① Douleurs pelviennes chronique ou des dyspareunies.

- ② Risque de GEU.

- ③ Stérilité tubaire définitive.

2-L'évolution sous traitement adapté et précoce est favorable. Les séquelles sont cependant imprévisibles, à type de

récidive et stérilité.

VII- TRAITEMENT :

Traitement curatif

- Hospitalisation

- Repos.

- Antibiothérapie: plusieurs schémas sont possibles

1 triple antibiothérapie de 1e intention par voie parentérale puis relais oral: C3G-gentamicyne-métronidazole.

2 Adaptation de l'antibiothérapie selon l'antibiogramme.

- Anti-inflammatoire, AINS ou corticoïdes.

- Traitement des partenaires.

- En cas de forme sévère (pelvipéritonite, collections abcédées) Chirurgie.

Prévention

- Information sur les MST.

VII-CONCLUSION:

Les IST (et les infections génitales hautes) sont très fréquentes, souvent latentes, et sous-estimées, dont les conséquences sont souvent graves (immunodéficience, infertilité);

Soulignons l'intérêt de la prévention+ + +