

# *MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES*

*DR RAZIK .F*

*Maître de conférence en Maladies Infectieuses*

*Centre Hospitalo-universitaire d'Oran*

Dr RAZIK .F

# INTRODUCTION

Dr RAZIK .F

# MST /IST

sont des maladies infectieuses provoquées par :

- **des bactéries** : gonocoque, tréponème , chlamydiae .....
- **des virus** : hépatite B, herpès, HPV, CMV, Sida....
- **Champignons** : candida albicans...
- **des parasites** : trichomonas , vaginalis...

Se transmettant au cours des rapports sexuels de façon isolée ou associée.

# Classification clinique des I.S.T

Écoulements

Ulcérations

**Végétations**

**Douleurs pelviennes chez la femme**

**Sans atteinte génitale  
apparente**

**I.S.T asymptomatiques → Rôle important  
dans la propagation**

➤ Les IST se manifestent par:

- 1/ une atteinte des organes génitaux :  
gonococcie, Syphilis, herpès,  
condylomes...
- 2/ une infection généralisée : Syphilis ,  
l'hépatite, Sida.....

# LES PRINCIPALES IST

- -Chancres mou
- -Chlamydiae
- -Condylomes
- -Syphilis
- -Trichomonase
- -Hépatite
- -Sida

# LES IST RARES

- Infection à CMV
- Mycoplasmes
- Gale et pédiculose pubienne

La transmission sexuelle implique l'atteinte d'au moins 2 partenaires, et doit inciter à une prise en charge du couple.

**l'OMS :** **250 millions de cas de MST**  
chaque année dans le monde :

- **-La trichomonase** : **120 millions**
- **-l'infection à chlamydiae** : **50 millions**
- **-Verrues génitales** : **30 millions**
- **-Gonococcie** : **25 millions**
- **-Herpès génital** : **20 millions**
- **-Syphilis** : **3,5 millions**
- **-Virus de l'hépatite B** : **2,5 millions**
- **-Chancre mou** : **2 millions**
- **-L'infection au VIH** : **1 million de malades**
- **12 millions de séropositifs.**



# En Afrique:

- la Gonococcie concerne : 40% prostituées
- la Syphilis : 20%
- la Chlamydiase : 15%
- l'Herpès génital : 10%
- le Chancre mou et la Donovanose : 05%
- L'hépatite B: 20x plus fréquente qu'en Occident
- 80% des prostituées et 12 % des femmes non prostituées en Afrique sont séropositives HIV.

# Écoulements

Dr RAZIK .F

# LES URETRITES NON GONOCOCCIQUES

Dr RAZIK .F

# INTRODUCTION

- L'urétrite est une inflammation urétrale due à des micro-organismes le plus souvent transmis sexuellement.
- ***Se manifeste par un écoulement urétral purulent ou séreux accompagné de signes fonctionnels.***

# \*\* INFECTION A CHLAMYDIA

Dr RAZIK .F

# Agent pathogène

## « Chlamydia Trachomatis » (CT)

- Bactérie à développement intra cellulaire obligatoire
- Plusieurs sérotypes

### \*Responsables

- d'urétrites masculine
- cervico-vaginite: la plus fréquente (20-50% des cas).

# Aspects cliniques

## 1- Aspects généraux

**Incubation** : M 10-15 jours (3-4 sem)

**Asymptomatique** : **90% des femmes**



**\*\*écoulement urétral matinal discret, visqueux et transparent**

**\*\* parfois une dysurie, plus nette lors de la 1ère miction**

**\*\* une sensation de pesanteur des organes génitaux**

**\*\* se complique rarement d'épididymite .**

# Complications

- Orchi-épididymite
- Prostatite (exceptionnelle)
- Salpingite subaiguë
- GEU
- Stérilité tubaire
- Pelvipéritonite et péri hépatite
- n/né : ophtalmie et pneumonie néonatale.



# diagnostic

**Culture** : milieux spéciaux

prélèvement: endo-urétral , endocervical  
résultat en 24-48 heures

**PCR** : +sensible

prélèvement : - endo-rétral, endo-cervical  
- le premier jet d'urines.

**Sérodiagnostic** : aucune spécificité

# INFECTION A MYCOPLASMES

Dr RAZIK .F

Les mycoplasmes sont des micro-organismes des voies génitales masculines et féminines. Ils ne sont pathogènes que dans certaines circonstances :

### Chez l'homme

- Mycoplasma hominis : non pathogène
- Ureaplasma Urealyticum et Mycoplasma Génitalium  
→Urétrite masculine
- Diagnostic : culture et PCR (prélèvements endo-urétral ou 1er jet d'urine)

# Chez la femme

Ureaplasma Urealyticum : non pathogène

Mycoplasma génitalium : pouvoir pathogène non déterminé

**Mycoplasma hominis :**

pathogène en post partum : fièvre puerpérale et  
endométrite associée

tjrs à une vaginose bactérienne

# **\*\*TRICHOMONASE**

Dr RAZIK .F

Agent pathogène : “Trichomonas Vaginalis “  
parasite protozoaire flagellé  
transmis par voie sexuelle

Aspects cliniques : urétrites subaiguës  
balanite  
vaginite et cervico-vaginite

Diagnostic : examen direct à l'état frais :  
parasite mobile  
culture sur milieux spéciaux

# TRAITEMENT

Dr RAZIK .F

## CYCLINES DE 2ème GÉNÉRATION :

“**DOXYCYCLINE, MINOCYCLINE**” 200 mg j peros **pdt 7 jours**

· Avantages : - diffusion intra- et extracellulaire.

**-ATB de 1ère intention des chlamydiasés  
et des mycoplasmoses uréthro-génitales basses.**

**AZITHROMYCINE (ZITHROMAX MONODOSE®)** 1g en **prise unique**

· Avantages :-1/2 vie très longue (62 heures),

- forte diffusion tissulaire et cellulaire

**ÉRYTHROMYCINE** 1g2 x/j ou de 500 mg 4x/j pdt 7 jours

· Avantages : femme enceinte et enfant.

## FLUOROQUINOLONES

**OFLOXACINE (OFLOCET® 200)** 200 mg 2x/ j pdt 7 j.

· Avantages :- bactéricide sur *C. Trachomatis*

**et *M. urealyticum* - *N. gonorrhoeae*.**



# NITRO-IMIDAZOLÉS

- Protocole : dose unique d'un dérivé imidazolé en peros (métronidazole, omidazole, tinidazole ou nimorazole)
- Posologie de 2 g en une prise unique, complétée par une seconde administration à 10 ou 30 jours après.

trt de 1ère intention des infections à *T. vaginalis*

# LES URETRITES GONOCOCCIQUES

Dr RAZIK .F

# AGENT PATHOGENE

« *Neisseria gonorrhoeae* »

Le NG est un diplocoque à Gram négatif, aérobie strict, présente un tropisme particulier pour les cellules cylindriques *glandulaires de l'endocol et de l'urètre.*

# Aspects Cliniques /DC

**Incubation :**

2-6 jours

Contamination sexuelle

**Chez l'homme**

**Urétrite aiguë**

écoulement urétral

purulent jaune verdâtre

**Méatite oedémateuse**

***Dysurie marquée « chaude pisse »***

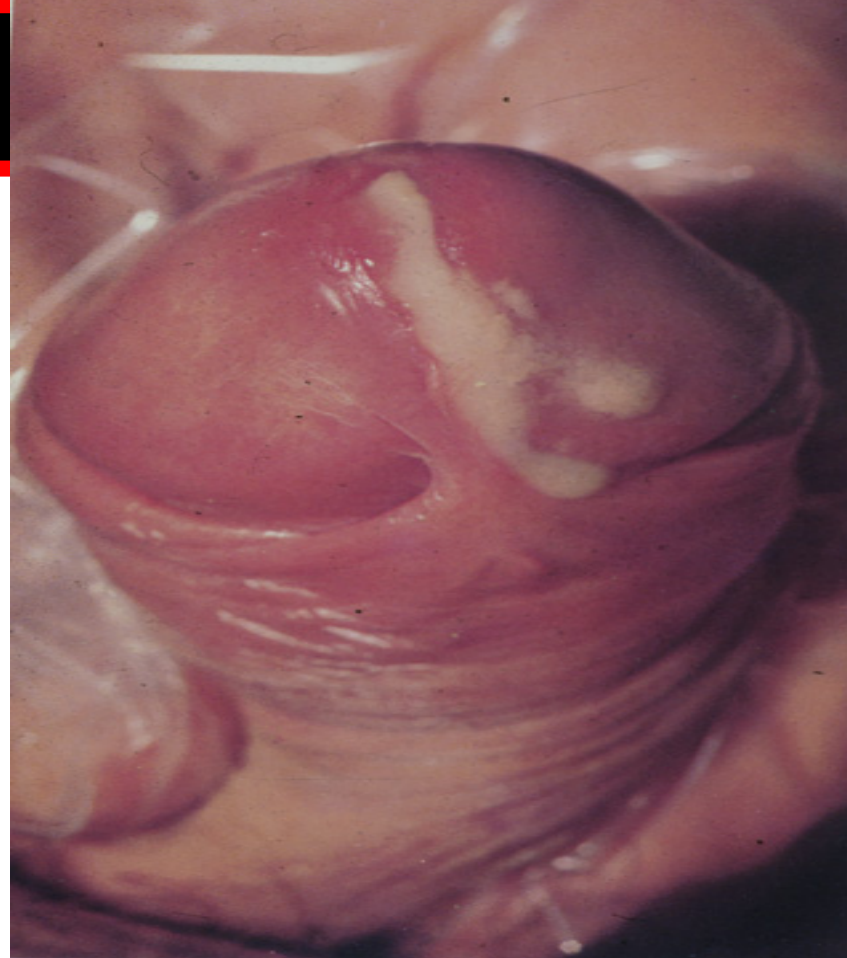
exceptionnellement :

Brûlures mictionnelles prurit canalaire,

Dysurie sans écoulement

ADP inguinales, **sans fièvre.**

Dr RAZIK .F



# Diagnostic microbiologique

L'examen direct +++: du frottis de l'écoulement urétral

-étaillé sur lame

- coloré au bleu de méthylène ou au Gram

-sensibilité excellente

diplocoque de gram – extra et intracellulaire+++

La culture : non indispensable au diagnostic

**Complications:** (en l'absence de trt rapide) :

Orchi-épididymite +++

Prostatite

Rétrécissement urétral

## Chez la femme

- Urétrite aiguë et cervico-vaginite asymptomatique**
- leucorrhées purulentes et hémorragiques**

**Diagnostic microbiologique** : difficile

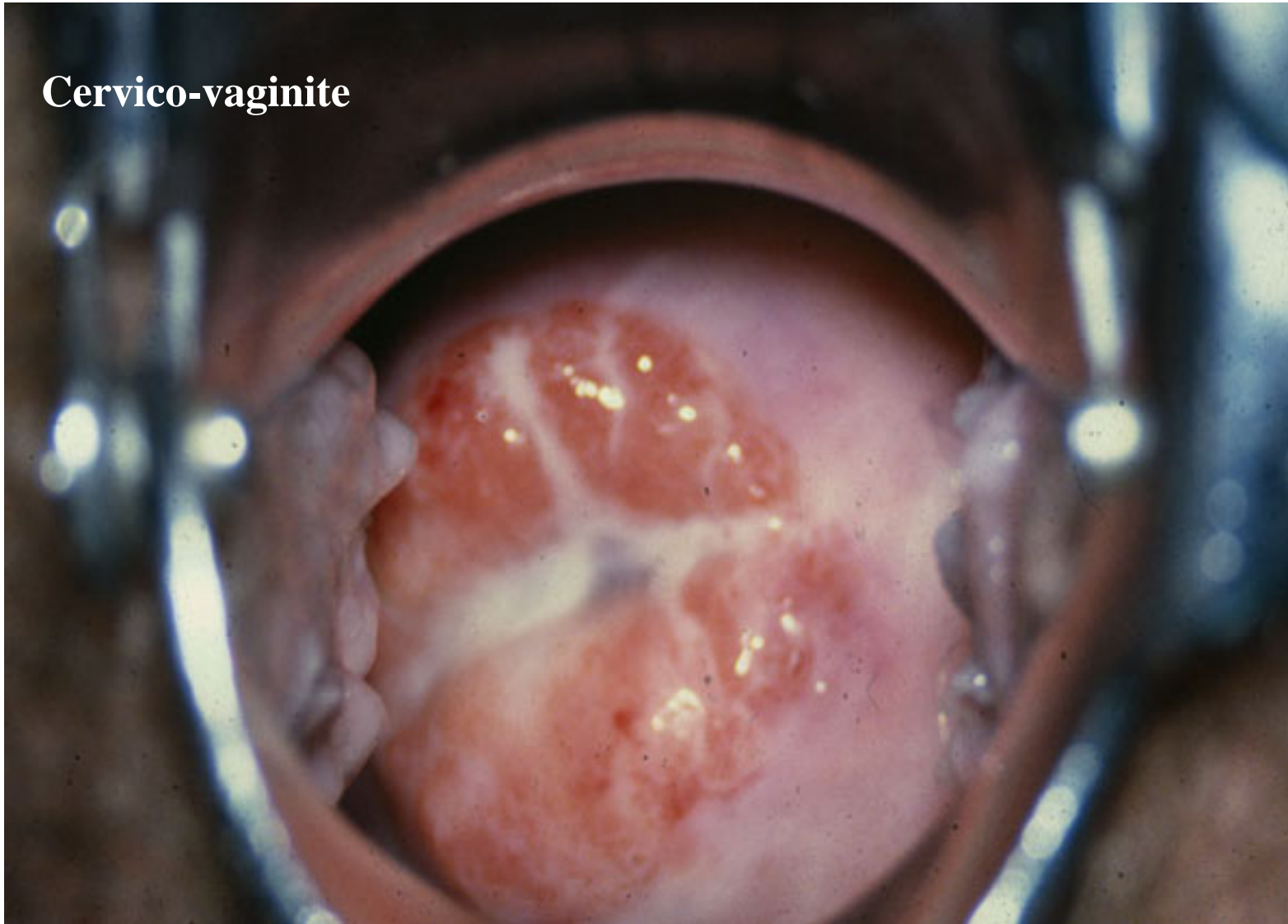
(richesse de la flore cervico vaginale normale)

- Examen direct** : peu fiable
- Culture** : indispensable

sites de prélèvements : col utérin, l'urètre, l'anus, pharynx).

- Complications** :
- salpingite bilatérale, pelvipéritonite ++
  - endométrite,
  - bartholinite unilatérale,
  - vulvo-vaginite
  - GEU et problèmes d'infertilité.

## Cervico-vaginite



# Chez le nouveau né

-L'ophtalmie gonococcique (OG) : ophtalmie purulente

-contamination : passage à travers la filière génitale  
(accouchement)

-**complication** : cécité

-**Traitement** : instillation intraoculaire de Nitrate d'argent  
ou de pommade antibiotique.

NB: chez l'adulte l'OG est due au manu portage  
du gonocoque à partir d'un foyer génital.





# TRAITEMENT

Dr RAZIK .F

**C3G** : - traite une syphilis en incubation.

- excellente diffusion au niveau du pharynx et du rectum

\* **CEFTRIAXONE (ROCÉPHINE® 250 MG)** -

500 mg IM en 1 seule injection

\* **CÉFIXIME (OROKEN® 200 MG)**

une dose unique de 400 mg peros

## **FLUOROQUINOLONES**

**ciprofloxacin** 500 mg peros en 1 prise unique

**ofloxacin** 400 mg peros en une prise unique.

**ZITHROMAX®** 1 g en peros

Indications : Gonococcie non compliquée

# SURVEILLANCE

Revoir le patient au 7ème jour pour vérifier la guérison.

**\*\*Traitée précocement** → l'évolution est favorable  
et l'urétrite disparaît en 24 à 48 heures

**\*\*La persistance d'une infection après un trt correct**  
doit faire rechercher :

- un autre agent pathogène associé
- une mauvaise compliance au traitement
- une recontamination (« effet ping-pong »)
- une résistance à l'antibiothérapie.

# LES Ulcérations

Dr RAZIK .F

# CHANCRE MOU

Dr RAZIK .F

# INTRODUCTION

- Le chancre mou est une infection cutanéomuqueuse due à une bactérie “*Haemophilus Ducreyi*”
- se caractérise par des **ulcérations génitales**.
- **facteur favorisant la pénétration et la transmission du VIH.**
- Le chancre mou est plus **fréquent chez l'homme** que chez la femme

# AGENT PATHOGENE

« *Haemophilus ducreyi* ou bacille de Ducrey »

- un petit bacille de 0,5 - 1,5um
- groupé en chaîne de bicyclette
- **Gram négatif**
- coloré de façon intense à ses extrémités

# ASPECTS CLINIQUES

- **Incubation** : courte ( 2 - 5 j )

- **Siège du chancre** : verge ,  
scrotum ,  
vulve

- **Ulcération** :  
creusante,,  
bords irréguliers fond sale,  
base infiltrée mais non indurée  
nbre : unique, ( parfois 2 à 3 )  
siège : demi muqueuse et/ou peau adjacente

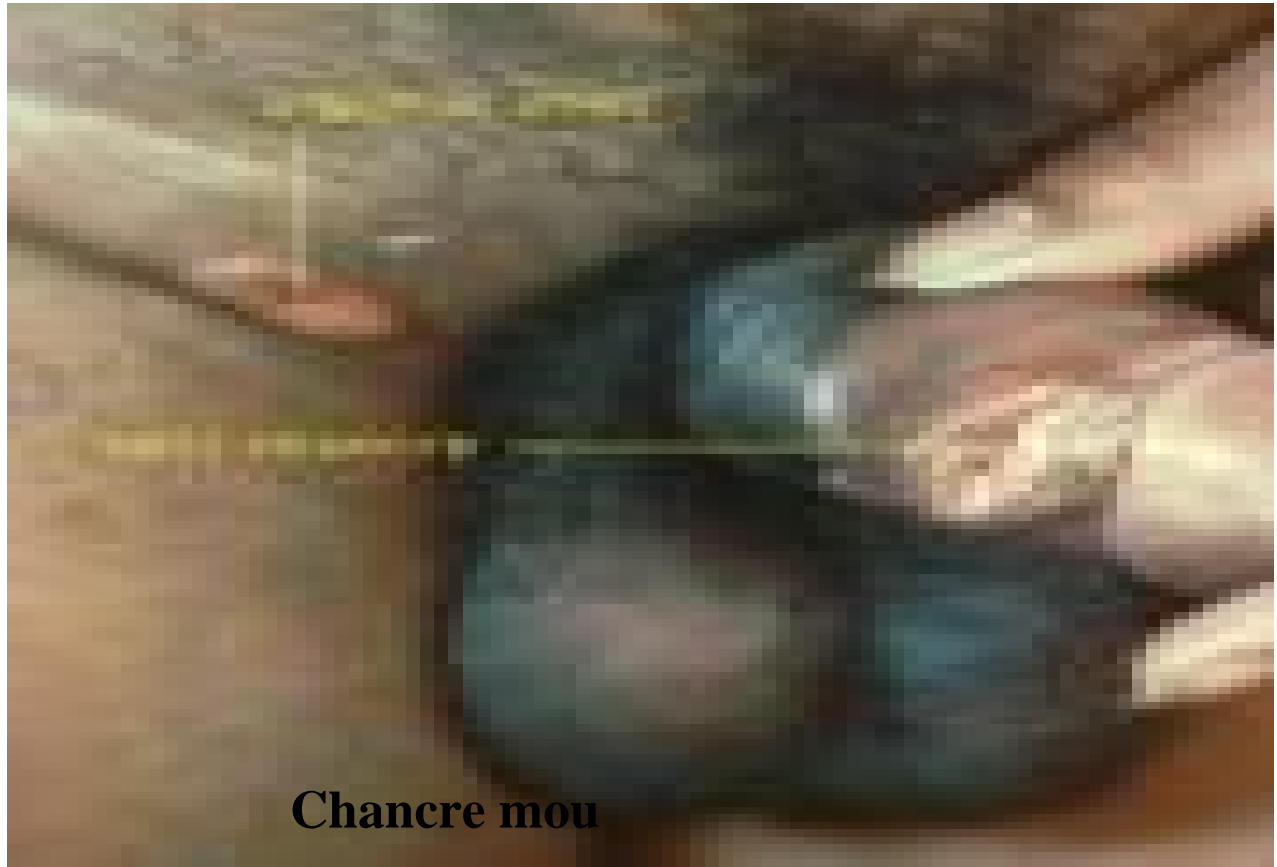


Dr RAZIK F

**S F : douleur spontanée ou à la manipulation**



**Adénopathie** :satellite, inguinale, unilatérale  
apparaît 8-10 après le chancre (en l'absence de traitement)



très inflammatoire avec un bubon unique  
se ramollit et se fistulise à la peau .

# DIAGNOSTIC

Dr RAZIK .F

# DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

Le bacille de Ducrey peut être mis en évidence par :

## **Frottis :**

grattage à la curette des bords de la lésion  
+ coloration de Gram OU

Ponction ggnaire

**La culture** : délicate et a peu d'intérêt.

**La PCR** : n'est pas encore utilisée

**La sérologie** : n'existe pas.

# TRAITEMENT

## \*Des traitements rapides (minute):

*Azithromycine* (macrolide)

1 g peros en dose unique

*Ceftriaxone* : 250 mg en IM et en dose unique.

## \*Des traitements plus prolongés :

*Erythromycine* : 500 mg 4x/j peros pdt **7 jours OU BACTRIM (10J)**

*Ciprofloxacin*e : 500 mg 2x/j pdt **3 jours**

## \*Drainage chirurgical :

Adénopathie très importante évoluant vers une possible abcédation.

La guérison = disparition du chancre en 3 à 5 jours

Dr RAZIK .F

# SURVEILLANCE

Le patient est revu 3 à 7 jours après la fin du trt.

La guérison = la disparition du chancre en 3 à 5 jours

L'échec évoque :

une association morbide : syphilis, herpès, VI.....  
une résistance au traitement antibiotique,  
une réinfection...

**REMARQUE :** Le chancre mou ne provoque pas d'anomalies en cours de la grossesse ni a moment de l'accouchement.

# PREVENTION

- Les rapports sexuels sont proscrits jusqu'à cicatrisation complète.
- Les partenaires sexuels doivent être examinés et traités systématiquement.

# L'HERPES GENITAL

Dr RAZIK .F

➤ l'homme est le seul réservoir

➤ la contagion est strictement interhumaine par contact direct **cutané et/ou muqueux.**

\*\* L'herpes orolabial est acquis dès l'enfance dû au  
**HSV1**

\*\* **tandisque l'herpes génital (HG= HSV2)**  
**réalise une IST ulcéreuse** svt associée à  
l'infection par VIH



- La réactivation d'une infection ganglionnaire latente est à l'origine des **récurrences** herpétiques cutanéomuqueuses.
- L'infection est contrôlée par **l'immunité cellulaire** : Ac spécifique de type glycoprotéine de type G1 et G2 est un marqueur de l'infection herpétique.
- **L'HG : maladie chronique et contagieuse même en dehors des poussées / réplication virale silencieuse.**



source majeure de transmission d'HSV2

# PHYSIOPATHOLOGIE

- Les HSV appartiennent à la famille des "herpes viridae" qui ont la propriété biologique d'établir un **état de latence dans l'organisme.**
- Ce sont des virus à ADN classés dans la sous famille des alpha herpes viridae : **cycle de réplication rapide**  
**tropisme et siège de latence neuronal**
- Deux types antigéniques différents : HSV1, HSV2
- les sites les plus fréquents : la peau et les muqueuses

# Clinique

**Incubation** : 2 - 10 jours

**Primo-infection** : symptomatique ou asymptomatique

**État de latence** : \*environ **10 jours** après le début/l'infection  
\***dure toute la vie**

\*le virus siège dans les **ganglions nerveux**  
le ggl trigéminé pour le HSV1 et le ggl sacré pour le HSV2

**Récurrences** : suite à une réactivation d'une infection gg latente

# LA TRANSMISSION DU VIRUS

L'acquisition d'HSV2 se fait à partir de 15 ans  
les facteurs de risque sont liés :

-la sexualité précoce

-le nombre élevé des partenaires sexuels

-les ATCD de MST

-partenaire ayant un herpès génital

# CLINIQUE

1/ PRIMO INFECTION symptomatique : 20-60%

-s'observe chez l'adolescent, l'adulte jeune

-**incubation** : 2-10 jours

**signes prémonitoires :**

Douleurs , prurit, brûlures,  
paresthésies, dysurie

écoulement vaginal ou urétral

# Chez l'homme

les symptômes sont moins bruyants

érosion **balano préputial** avec adp ou  
vésiculo pustules érosives sur le fourreau de la verge



Dr RA



Herpes

## Chez la femme :

### « Vulvo vaginite vésiculo-ulcéreuse »

- elle est bilatérale
- les vésicules s'érodent donnant
- des ulcérations de qqs mm, entourées d'un halo inflammatoire, à contours polycycliques.
- œdème vulvaire
- parfois, la totalité de la vulve est atteinte, le périnée et la racine des cuisses
- écoulement vaginal, *cervicite asymptomatique, une endométrite, une urétrite avec dysurie.*
- adp inguinal douloureuses bilatérales.
- AEG , fièvre et myalgies, méningite lymphocytaire aigue spontanément résolutive

# Herpes



R



# EVOLUTION

les lésions guérissent en 8-15 jours

Une expression virale asymptomatique sur les muqueuses génitales peut persister jusqu'à 20 jours après l'épisode initial

## 2 / HG RECURRENT

- la fréquence des récurrences est variable
- prodromes (24 h avt): hypoésthésie, sensation de cuisson, céphalées, malaise générale, névralgies de la cuisse, de l'aîne et du périnée.
- bouquet de vésiculo/pustules sur un fond érythémateux
- parfois, fissure et ulcération vulvaire
- **siège fixe** (pour un même malade) : **région génitale externe ou peau périnéo fessière**

### Évolution

- durée 8-10 jours
- à long terme, la fréquence des récurrences décroît.

## **\*\* Herpès et grossesse**

- Avant la 20<sup>ème</sup> semaines de gestation :
- Une Primoinfecion > avortement, mort in utéro.
- Au 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse ->prématurité  
et herpès néonatal

## **\*\* Manifestations herpétiques chez les sujets VIH +**

- localisation inhabituelle.
- ulcérations profondes péri anales, secondairement infectées par des bactéries, associées à une rectite très douloureuse.

# DIAGNOSTIC

La clinique est souvent suffisante

Les examens complémentaires :

**Le cytodiagnostics** par frottis avec l'effet cytopathogène du virus :

- . œdème cellulaire (dégénérescence ballonnante de Unna)
- . cellules multinucléées
- . inclusions intranucléaires.

- **L'immunofluorescence**: Ag viral avec Ac monoclonaux  
(distinction entre HSV1 et HSV2)

- **Culture** : l'isolement du virus et le typage.

- **Sérologie** : dans la PI l'ascension du taux des Ac entre  
le 1er et le 2ème sérum (15 jours )

# TRAITEMENT

## *Aciclovir :*

peros : 200 mg 5x/j : 5 à 10 jours

IV : 5 mg/kg/8 h : 5 -10 jours ( forme sévère).

..Le valaciclovir 1 000 mg 2x/j durant 10 jours

..Le famciclovir : 250 mg 3x/j durant 5 jours

# LA SYPHILIS

Dr RAZIK .F

# INTRODUCTION

La syphilis est une MST due à un spirochète  
« *Treponema pallidum* »

Elle se caractérise par :

- Sa très grande contagiosité
- Son polymorphisme clinique
- Les difficultés d'interprétation des réactions sérologiques
- Sa longue évolution et la possibilité de complications graves (cardio-vasculaires et neurologiques)
- Transmission au fœtus par voie transplacentaire.
- La guérison est assurée rapidement par la pénicilline



# B- MODE DE TRANSMISSION

- **Transmission sexuelle** : la + fréquente +++++;

Le risque élevé au cours de la S.primaire.

- **Transmission sanguine** (exceptionnelle) :

les toxicomanes intraveineux.

- **Transmission materno-fœtale** :

à partir du 4ème-5ème mois de la grossesse

- **Contamination professionnelle** :

l'examen du sujet syphilitique à main nue.

# CLASSIFICATION

## \*\*\*La classification clinique:

différents stades successifs

-S.primaire

-S.secondaire (et ses récurrences jusqu'à la 5ème année)

-S.latente asymptomatique

-S. tertiaire.

# ASPECTS CLINIQUES

## A- LA SYPHILIS PRIMAIRE

**Incubation** : 10 à 90 jours

(03 semaines en moyenne)

Le chancre et l'adénopathie constituent le complexe primaire.

## 1/ Le chancre

- érosion superficielle à bords nets
- surface rouge vif ou rosée
- laisse sourdre une sérosité rose clair
- base indurée “consistance cartonnée”
- arrondie ou ovalaire ; Ø, 5 à 1 cm de diamètre
- unique (rarement multiple)
- Siège aux organes génitaux externes (sillon balano-prépuçial)
- indolore
- très contagieux (fourmille de tréponème)
- il cicatrise en 3-6 semaines (sans trt)



## 2. L'adénopathie

Survient 4 à 8 jours après le chancre

- unilatérale (le + souvent)
- ganglions multiples, de petite taille
- mobiles, indolores
- sans péri adénite
- persiste plusieurs mois (sans trt)

# Chancres extra-génitaux :

**L'amygdale**

**Langue** : fissuraire et indurée.

**Lèvres**

**Mamelon** : érosif avec adénopathie axillaire.

**Anal** : fissuraire et douloureux.

**Rectal** : profond, douloureux et sanguinolent(rectoscopie)

**Doigts** : simule un panaris avec adénopathie .

# Evolution du complexe primaire

## Bien traitée :

cicatrisation du chancre  
l'adénopathie disparaît un peu plus tard.

## Non traitée :

disparition du chancre au bout de 3 à 5 sem  
2 mois après la disparition du chancre  
commence la syphilis secondaire.

## Non traités

3 à 10 ans, peuvent apparaître  
les manifestations de la syphilis tertiaires.

# B-LA SYPHILIS SECONDAIRE

-Les lésions évoluent par vagues et comportent des signes cutanéomuqueux, viscéraux et généraux.

Appelée: la "grande simulatrice"

-Début : 2ème mois.

\*\*\*1ère floraison: 9ème sem- 4ème mois:



# 1. La Roséole

- Petites taches rosées disposées en stries
- Sans prurit , ni desquamation
- Siège au tronc respecte la face et les extrémités
- laisse des séquelles mélanodermiques
- La roséole disparaît au bout de 4 à 5 semaines.

## 2. Les plaques muqueuses

-Ce sont des **érosions superficielles**

- **arrondies ou ovalaires, à limites nettes**

- **non indurées et indolentes**

- ***fourmillent de tréponèmes*** (très contagieuses) pouvant végéter (par endroit)

**Selon leur siège**, elles prennent un aspect particulier :

-aux commissures labiales simulant **une perlèche**

-au niveau de la langue : "*les plaques fauchées*" arrondies et **dépapillées**

-**sur les piliers, la luette, les amygdales et le larynx :**

elles déterminent **une laryngite syphilitique avec une voix rauque, enrouée .**

- Ces plaques atteignent aussi les muqueuses **génitales, anales, conjonctivales, nasales.**

## B/ La 2ème floraison 4è mois - 12 mois :

### 1-Les syphilides papuleuses:

La forme typique :

**Papules lenticulaires** de 3 à 10 mm

infiltrées couleur rouge cuivré

**entourées d'un liséré squameux**

**Siège de prédilection:** palmo-plantaires et péri-orificielles (périnée, sillon naso-géniens).

Deux caractères sont importants :

- **l'induration à la palpation**
- **l'absence de prurit**

Évoluent par **poussées successives** (d'où la coexistence d'éléments d'âge différent)

## 3- Manifestations générales

- fébricules à 38°
- céphalées tenaces (méningite latente),
- polyadénopathies (occipitales, cervicales postérieures et épitrochléennes)
- splénomégalie et hépatomégalie avec perturbation du bilan hépatique et ictère
- douleurs osseuses,
- atteinte rénale avec une glomérulonéphrite....

## 5-Evolution

- Le traitement assure la guérison totale et définitive
- En l'absence de trt et après une période de latence asymptomatique de 3 à 10 ans, peuvent apparaître les manifestations **de la syphilis tertiaires.**

## D- SYPHILIS TERTIAIRE

Survient vers la 3ème année, devenue exceptionnelle.

\*\*Lésions **localisées mais profondes et destructrices**.

### 1-Syphilis tertiaire bénigne:

#### -> Les manifestations cutanées

-**Les gommés** : nodules dermo hypodermiques, rouge cuivrées, s'ulcèrent -> la cicatrisation rétractile.

-**Les tubercules cutanées** : nodules dermiques indolores, rouge cuivrée -> Atrophie centrale:  
**siégeant sur le dos, la face et les bras.**

## ->Les manifestations muqueuses

-la langue : un infiltrat gommeux diffus avec dépapillation totale,

-la muqueuse buccale : perforation du voile du palais

-> Voix nasonnée, reflux des aliments par le nez.

-la muqueuse nasale : une destruction des os propres du nez-

-la muqueuse génitale : une ulcération

->Lésions osseuses: (exceptionnelles)

-ostéochondrite des os longs

-ostéite gommeuse des os plats

## 2-Syphilis cardio-vasculaire

- Rares depuis l'ATB
- Elle se voit après 40 ans d'évolution
- Atteint l'aorte
- Se complique par ordre décroissant :
  - d'insuffisance aortique
  - d'anévrisme de l'aorte thoracique
  - et de coronarite



## 3-Neurosyphilis (NS):

\*\* la méningite aiguë : (1ère année)

\*\* la méningite chronique : (3 à 10 ans après l'infection)  
signes d'atteinte des nerfs crâniens et d'HIC

\*\* AVC : (1 à 5 ans après la S. primaire)

des AVC ischémiques et des paraplégies.

## **NS. Parenchymateuse :**

\*paralysie glé (5 à 10 après la S. primaire)  
évoluant vers la mort en 5 ans

\*le Tabès ou ataxie locomotrice progressive :  
survient entre 15 à 20 ans de la S.primaire

\*gomme du SNC : un sd tumoral

## E- SYPHILIS CONGENITALE

- **syphilis foëtale** : mort né : anasarque foeto-placentaire
- **syphilis précoce** : syphilis d'emblée secondaire ,  
septicémique, coryza bilatérale, bulles palmo-plantaires,  
éruption cutanée, ostéochondrite douloureuse ,  
pseudo-paralyse de Parrot, ictère avec HSPMG,  
Sd néphrotique ...
- **Syphilis tardive** : se révèle après l'âge de 2 ans :  
Kératite ,Surdité ,anomalie dentaire « dents en  
Tournevis » et une méningite biologique.

# F- SYPHILIS ET L'INFECTION VIH

-La S. est un facteur de risque de l'infection par le VIH

-Elle accélère l'évolution vers la **NS** qui pourrait

survenir en même temps que le chancre et se

**compliquer d'une encéphalite syphilitique mortelle.**

## IV-DIAGNOSTIC

### A- Diagnostic biologique :

Deux catégories d'examens complémentaires

#### 1-Diagnostic bactériologique (examen direct)

Recherche de tréponème sur la lésion :

on racle par un vaccinostyle le fond du

chancre ou, au liquide de ponction ganglionnaire

-Au microscope à fond noir.

Faux (+) cavités buccales (tréponèmes saprophytes).

## 2- Sérologie syphilitique :

**Réactions non tréponémiques :**

**le VDRL** non spécifique : faux positifs :  
infections , lupus, grossesse...

**Réactions tréponémiques** : « réactions spécifiques »  
on distingue : **FTA ,TPHA** ,test de Nelson .

AUTRES :

Elisa, Western blot, PCR .....

## 2ème sem (avt l'apparition du chancre) :

FTA - abs- IgM+

->3ème sem (avec le chancre): FTA - abs+

->4ème sem :TPHA +

->4-5ème sem :VDRL +

**\*\*La S. secondaire** : FTA, TPHA, VDRL  
-> (sont + à des taux élevés)

**\*\*La syphilis latente** : TPHA+ (95-100%)  
FTA + (80-100%)  
VDRL + (40-70%)

**\*\*La syphilis tertiaire** : TPHA, FTA sont + à 100%  
VDRL (peut se négativer)

# DC =Résumé

- VDRL + et TPHA - = faux +
- VDRL - et TPHA + =cicatrice sérologique

Ou forme débutante



**\*\*La neurosyphilis** : le dgc repose sur la clinique,  
les résultats de la PL  
et les séro diagnostic dans le sang et le LCR

**-Le FTA est très spécifique**  
(sa négativité élimine une NS)

# V- TRAITEMENT

**la-Benzathine-pénicilline G** :2,4 M d'UI en IM

1 seule fois

1 fois /sem pdt 3 semaine **(SII- SIII)**

-Alternative (allergie pénicilline) :

**Doxycycline** 200 mg par jour pdt 15 jours (SI) et **30 j**  
**(SII –SIII) en per os**

**PENI G / neurosyphilis 20M d'UI/ j en IV pdt 10-14**  
**jours**

# lymphogranulomatose inguinale

« maladie de NICOLAS-FAVRE »

- .agent : **chlamydia trachomatis**
- .incubation : 10 à 30 jours,
- .chancre est minime (**micro chancre**)
- .passant souvent inaperçu (chez la femme)
- .adénopathie unilatérale inflammatoire  
se fistulisant en "**pomme d'arrosoir**"

## **le granulome inguinal «L a donovanose »**

- . rare
- .régions tropicales ou sub-tropicales,
- .Calymatobactérium granulomatis (genre de Klebsielle)
- .**ulcération ovale**, granulomateuse de la verge ou de la vulve,  
unique ou multiple,
- .pas d'adénopathie



**Donovanose**

# Végétations

Dr RAZIK .F

# LES CONDYLOMES

Dr RAZIK .F

# INTRODUCTION

Les verrues des organes génitaux externes ou les condylomes acuminés sont des MST.

Les principaux responsables sont HPV-6 et HPV-11

- **Les virus du papillome humain (HPV)** sont
- de petits virus non enveloppés à ADN
- **plus de 100 sérotypes sont actuellement connus.**
- **Leur tropisme est épithélial.**
- *Ils sont responsables du développement de verrues*
- *et très rarement de carcinomes.*



# CLINIQUE

- Les virus du papillome humain (HPV)
- *contagieuses se transmettent au cours des rapports sexuels et se multiplient par auto-inoculation.*
- Les condylomes externes sont responsables de la survenue de condylomes internes ( le canal anal, l'urètre, le vagin ou le col utérin).





# TRAITEMENT

Dr RAZIK .F

# A- TRAITEMENTS DESTRUCTEUR

## \*\*\*TRT CHIRURGICAL

- 1-Exérèse chirurgicale Au bistouri
- 2-Électrocoagulation

## \*\*\*TRT PHYSIQUES

- 1-Cryothérapie (azote liquide)
- 2-Vaporisation au laser CO2

## \*\*\*TRT CHIMIQUES

- 1-Podophylline
- 2-Podophyllotoxine

# CONCLUSION

- La prise en charge des condylomes acuminés ***nécessite une grande patience du malade et du médecin.***
- En raison des ***risques élevés de récidence,*** l'accompagnement psychologique des malades est extrêmement important.

**Sans atteinte génitale  
apparente**

# Infection à VIH/SIDA

Dr RAZIK .F



# ***L'HEPATITE B***

Dr RAZIK .F

# EPIDEMIOLOGIE

## Liquides physiologiques potentiellement infectieux du VHB

SANG

SPERME

LARMES

SECRETIONS VAGINALES

SUEUR

LAIT MATERNEL

SALIVE

# EPIDEMIOLOGIE

## Transmission (1)

- ❖ par le sang et ses dérivés, les vaccins et les sérums préparés à base de plasma humain.
- ❖ par piqûre ou blessure par des instruments contaminés ou pendant la manipulation d'objets souillés.
- ❖ par la salive et les relations sexuelles hépatite B = IST
- ❖ de la mère à l'enfant (transmission verticale)

# EPIDEMIOLOGIE

## Transmission (2 )

- ❖ Pouvoir infectieux du VHB est largement plus élevé que VIH.
- ❖ Risque de transmission VHB par aiguille infectée  
**20 à 30% ( 0.2 à 0.3 % VIH)**
- ❖ **Risque de contamination VHB par voie sexuelle = 30 à 80% ( 0.1 à 10 % VIH)**

# **Transmission par voie sexuelle et salivaire**

**-Possible ( sécrétions séminales, cervico-vaginales ) = IST.**

**-Salive additionnée de sang.**

# EPIDEMIOLOGIE(5)

## Personnes à risque

- Polytraumatisés.
- Toxicomanes.
- Homosexuels masculins.
- Entourage familial d'un porteur chronique.
- Enfants nés de mères Hbs +.
- Personnel de santé.

# *Le VHB se caractérise par sa grande résistance*

## **1 - Le VHB résiste**

- à 60° pendant 10 heures.
- à 100° pendant 5 mn.
- à moins 20° pendant plus de 1 an.
- aux produits antiseptiques.
- dans le milieu extérieur, garde son pouvoir infectieux pendant plusieurs jours.

## **2 - Le VHB est sensible :**

**à l'eau de javel à 1/10e pendant 15-30 mn.**

- au glutaraldehyde 2% est actif à la concentration de 50% après 5 mn de contact.

- à l'action du poupinel à 170° ( chaleur sèche ),  
de l'autoclave à 129°c ( chaleur humide) pendant 1 heure,

-



# CLINIQUE

*souvent asymptomatique*. dans 80 % des cas

## *symptomatique*

- Phase d'incubation 4 à 30 semaines (10 semaines en moyenne)
- Forme franche: ictère, anorexie, asthénie, fébricule arthralgies.

# Évolution

1/ Évolution souvent favorable : 80%

2/ HEPATITES FULMINANTES : Heureusement rares, 0,1 à 1% des formes aiguës

3/ Chronocité avec portage chronique du virus = 20%  
*Cirrhose / carcinome hépatique*

# Éléments de diagnostic ( 2 )

## Biologie + sérologie

- Tests hépatiques de cytololyse et de cholestase.
  - Hémogramme.
  - Sérologie

Ag Hbs + un mois après l'inoculation.

Ag Hbe 45ème jour

Ac anti Hbc type IgM et IgG

# HV aigue

**Ag HBs (+)**

**Infection en cours**

**Ag HBe (+) : multiplication virale importante.**

**AC anti-HBs (+) :**

**Guérison- protection ( spontanée ou vaccination ) .**

**AC anti-HBc:**

**Ig M (+ ) : infection récente.**

**IgM (-) et Ag HBs (-) : infection ancienne.**

**IgM (-) et Ag HBs (+) : infection chronique.**

**- ADN viral sérique :**

**Sa présence témoigne d'une réplication virale.**

# Lutte contre l'hépatite B( 1 )

- Mesures de protection individuelle + asepsie.
  - Dépistage des donneurs de sang.
    - Séroprophylaxie.
      - Vaccination

## Lutte contre l'hépatite B( 2 )

Mesures de protection individuelle + asepsie.

*Utiliser des instruments parfaitement stérilisés pour l'ensemble des actes de soins socio-culturels (tatouage, percements d'oreilles, circoncision*

Port de gants.

Lavage des mains avant et après chaque acte de soins

Utilisation de matériel jetable.

Stérilisation du matériel médico-chirurgical

# Lutte contre l'hépatite B( 2 )

## Vaccination

### Population cible:

Enfants nés de mère Hbs.

■ Insuffisants rénaux,  
immunodéprimés, polytransfusés, hémodialysés.

■ *Toxicomanes et sujets à risque de contamination  
sexuelle.*