

**ITEM N° 95 : INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES : GONOCOCCIE,  
CHLAMYDIOSE, SYPHILIS.**

**OBJECTIFS TERMINAUX**

- I. Diagnostiquer une gonococcie, une chlamydie, une syphilis**
- II. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient**

**INTRODUCTION**

- Formes symptomatiques (infections sexuellement transmissibles ou IST) : ulcération génitale, écoulement génital masculin (urétrite) ou féminin (leucorrhées des vaginites, cervicites et cervicovaginites), bubon inguinal.
- Formes asymptomatiques : font toute la gravité de ces infections par le risque de transmission et d'évolution à bas bruit, source de complications (stérilité).
- Diagnostic orienté par la présentation clinique et confirmé par les prélèvements microbiologiques adaptés (examen microbiologique direct, culture, PCR, sérodiagnostic).
- Traitement adapté en fonction du diagnostic, doit prendre en compte systématiquement *Chlamydia trachomatis*, et la recherche d'une autre IST associée.
- Dépister systématiquement le(s) partenaire(s).

**DIAGNOSTIQUER UNE GONOCOCCIE, UNE CHLAMYDIOSE, UNE SYPHILIS**

**I. DIAGNOSTIQUER UNE GONOCOCCIE**

**1. DIAGNOSTIC POSITIF**

**1-1. CLINIQUE**

- Incubation courte
- Chez l'homme :
  - o urétrite aiguë avec écoulement purulent et vives brûlures mictionnelles.
  - o rechercher une extension ou des complications loco régionales.
- Chez la femme :
  - o cervicovaginite avec leucorrhées jaunâtres abondantes.
  - o infection le plus souvent asymptomatique.
  - o rechercher une extension (haut appareil génital).
- Dans les deux sexes :
  - o atteintes anorectales et pharyngées à rechercher systématiquement ;
  - o conjonctivites : exceptionnelles chez l'adulte (prévenues systématiquement chez le nouveau né par un collyre antibiotique) ;
  - o gonococcémie : fièvre, signes cutanés et/ou articulaires.

**1-2. BIOLOGIQUE**

- Prélèvements: méat et urètre chez l'homme ; urètre, endocol et orifices glandulaires (Skene, Bartholin) chez la femme.
- Prélèvement anal et pharyngé systématique.
- Examen direct et coloration de Gram ; culture et antibiogramme indispensables.

**II. ARGUMENTER L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT  
PRESENTANT UNE GONOCOCCIE**

**1. TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE**

- Traitement minute :
  - o interrompt rapidement la contagiosité
  - o inactif sur une syphilis en incubation, d'autres IST associées, et sur les gonococcies généralisées et extra génitales.
- Association systématique à un traitement contre une infection à *C. trachomatis* potentiellement associée.

- Antibiothérapie (Cf. Chap. 57, E. PILLY 2006)
  - o Urétrite, cervicovaginite, localisation oropharyngée ou rectale isolées et non compliquées: traitement minute (ceftriaxone, dose unique de 250 mg IM, ou ciprofloxacine, une prise orale de 500 mg + une prise orale de 1 g d'azithromycine) ;
  - o gonococcémie : ceftriaxone, 1g/j, 15 jours ;
  - o femmes enceintes : ceftriaxone.

## 2. PROPHYLAXIE.

- Rapports sexuels protégés jusqu'à guérison
- Dépistage systématique des autres maladies sexuellement transmissibles (VIH, VHB, Syphilis).
- Traitement systématique du (des) partenaire(s).

# I. DIAGNOSTIQUER UNE CHLAMYDIOSE UROGENITALE

## 1. DIAGNOSTIC POSITIF

### 1-1. EPIDEMIOLOGIE

- Personne sexuellement active.
- Forme associée à une autre IST (gonococcie).
- Partenaire sexuel d'une personne avec chlamydie ou autre IST.
- Recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne chez les homosexuels dans les pays occidentaux.

### 1-2. CLINIQUE

#### DEUX FORMES CLINIQUES SELON LES SEROVARS EN CAUSE

- Serovars D à K : urétrite/cervicite
  - o Incubation > 8 jours
  - o Chez l'homme : urétrite subaiguë le plus souvent.
  - o Chez la femme : cervicite le plus souvent asymptomatique ; fréquence des complications inaugurales (salpingite, endométrite, douleurs pelviennes chroniques, formes néonatales, périhépatite).
  - o Dans les deux sexes : atteinte pharyngée (exceptionnelle), anale, conjonctivale.
- Serovars L : lymphogranulomatose vénérienne (LGV)
  - o lésion papulovésiculeuse unique, ulcération génitale, adénopathies inguinales douloureuses, fistulisation.
  - o Signes régionaux associés.
  - o Rectite et colite chez l'homosexuel

### 1-3. BIOLOGIQUE

- Mise en évidence de la bactérie
  - o Prélèvements : urètre chez l'homme ; urètre, endocol chez la femme ; anus, gorge systématiques si rapports anogénitaux ou buccogénitaux ; pus ganglionnaire ou sérosité ulcération génitale dans LGV.
  - o Identification de *C. trachomatis* : culture cellulaire, ELISA, IF directe, biologie moléculaire. La PCR est réalisable sur les urines du 1<sup>er</sup> jet chez l'homme.
- Sérologie : aucun intérêt dans les infections génitales basses à *C. trachomatis*. Positive dans la LGV.

# II. ARGUMENTER L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT AVEC UNE CHLAMYDIOSE UROGENITALE

## 1. TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

- Antibiothérapie (Cf. Chap. 72, E. PILLY 2006) : cyclines *per os*, macrolides pour le nouveau-né et la femme enceinte
- durée du traitement (variable selon la forme clinique) :

- 
- urétrite ou cervicovaginite isolée et non compliquée : traitement minute par azithromycine ou traitement d'au moins 7 jours par les cyclines ou les autres antibiotiques ;
  - formes compliquées ou extragénitales, ou LGV : 3 semaines.

## **2. TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE**

- Traitement simultané du(des) partenaire(s).
- Relations sexuelles protégées jusqu'à guérison.
- Dépistage d'autres IST.

## I. DIAGNOSTIQUER UNE SYPHILIS

### INTRODUCTION

- Contamination directe par contact vénérien sauf les exceptionnelles syphilis transfusionnelles et congénitales.
- Evolution chronique en quatre phases : primaire (chancre), secondaire (multiviscérale), latente (phase asymptomatique pendant laquelle seul le diagnostic sérologique est possible) et tertiaire (polarisation viscérale).
- Neurosyphilis et autres complications viscérales ± tardives font toute la gravité.
- Diagnostic microbiologique à la phase précoce et sérologique tout au long de la maladie des le 10<sup>ème</sup> jour du chancre.
- Traitement par pénicilline ou cyclines (modalités varient selon la forme clinique et le stade évolutif).

### 1. DIAGNOSTIC POSITIF

#### 1-1. CLINIQUE

- Incubation moyenne : trois semaines

##### 1-1-1. Syphilis primaire

- Ulcération génitale superficielle, indolore, unique, bien limitée, à la surface propre, reposant sur une base indurée.
- Adénopathie inguinale, uni ou bilatérale, indolore sans péri-adénite.

##### 1-1-2. Syphilis secondaire

- Manifestations cutanées précoces : la roséole
- Manifestations cutanées tardives : les syphilides.
- Manifestations muqueuses : plaques muqueuses.
- Autres signes cliniques (inconstants)

##### 1-1-3. Syphilis tertiaire

- En cas de traitement incorrect ou inexistant.
- Localisations viscérales : cardiovasculaires, osseuses...

##### 1-1-4. Neurosyphilis

- Possible dès le stade secondaire
- Localisations ophtalmologiques
- Localisations neurologiques : méningite, vascularite, tabes, paralysie générale, gommès

### 1-2. Biologique

#### 1-2-1. Diagnostic direct.

- mise en évidence au microscope à fond noir de *T. pallidum* (sérosité issue d'ulcération génitale ou ponction ganglionnaire ou lésions secondaires cutanéomuqueuses).

#### 1-2-2. Serodiagnostic des tréponématoses (Cf. T80-1, Chap. 80, E. PILLY 2006)

- **VDRL et TPHA positifs** : syphilis ou tréponématose non vénérienne.
- **VDRL positif et TPHA négatif** : réaction faussement positive.
- **VDRL négatif et TPHA positif** : cicatrice sérologique d'une tréponématose, syphilis débutante.

## II. ARGUMENTER L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT PRESENTANT UNE SYPHILIS

### 1. TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

#### 1-1. ANTIBIOTIQUES UTILISES :

- pénicilline G retard ;
- si allergie à la pénicilline : cyclines.

#### 1-2. MODALITES DE TRAITEMENT (Cf. T80-2, Chap. 80, E. PILLY 2006)

- syphilis précoce : une seule injection IM de 2.4 Millions d'UI d'extencilline
- syphilis tardive : 3 doses à une semaine d'intervalle
- neurosyphilis : pénicilline G pendant 14 jours

#### 1-3. SURVEILLANCE DU TRAITEMENT

- Réaction d'Herxheimer
- Surveillance de la sérologie : VDRL quantitatif

### 2. TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

- Faire l'enquête épidémiologique à la recherche de sujets contacts,
- Traitement systématique du (des) partenaire(s)
- Dépistage des autres IST
- Relations sexuelles protégées



1.

### DOSSIER CLINIQUES

Se reporter aux items 88 et 89

<b>POUR EN SAVOIR PLUS</b>
----------------------------

**E. PILLY 2006**

**Chapitre 43, 44, p. 292-297**

**Chapitre 57, p. 352-353**

**Chapitre 72, p. 393-396**

**Chapitre 80, p. 421-424**

**Chapitre 101, p. 531-532**