

IST/MST, Annecy, 2017

Complément



Pr. Eric CAUMES

Dept Maladies
Infectieuses et
Tropicales

Hop Pitié-
Salpêtrière

University Pierre &
Marie Curie

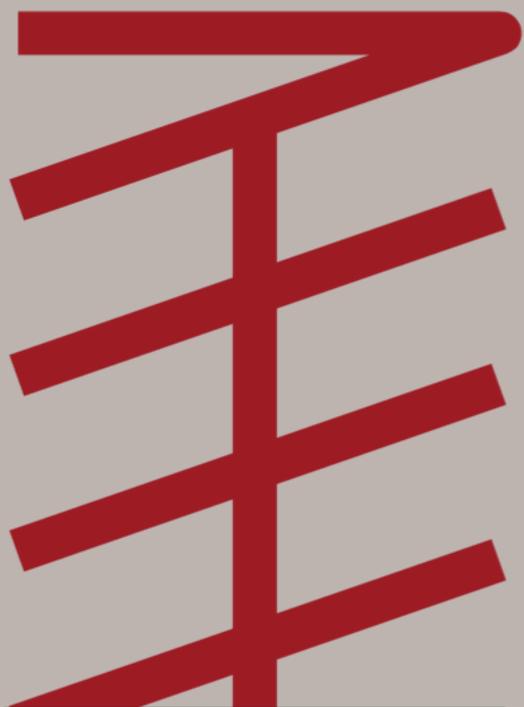
Mutilations génitales féminines

Les mutilations génitales féminines

- **sont rarement pratiquées par des médecins ou des paramédicaux**
- **sont de quatre types différent**
- **sont presque toujours associées à une clitoridectomie**
- **sont associées à des complications immédiates qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital**
- **sont associées à des complications tardives qui peuvent mettre en jeu le pronostic obstétrical**

Les mutilations génitales féminines

- Concernent 65.000 femmes en France (125-200 Millions Monde)
- sont aussi fréquentes en Afrique de l'est qu'en Afrique de l'ouest
- ont une prévalence qui dépasse 90% dans les pays les plus concernés
- constituent un crime en France passible de peine de prison (jusqu'à 15 ans)
- sont observées chez les femmes de confession musulmane mais aussi d'autre confession religieuse

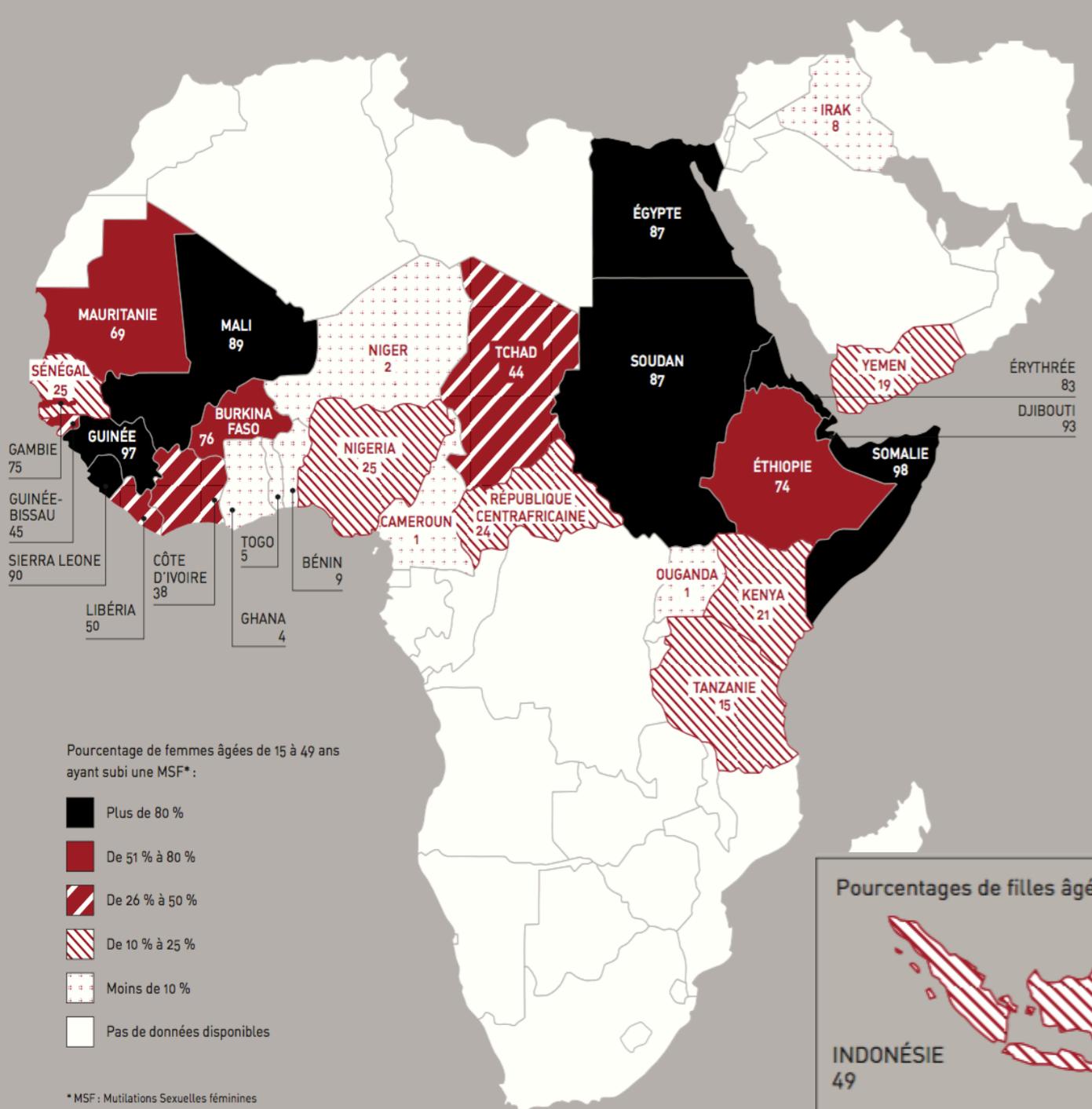


**COMBATTRE
L'EXCISION**

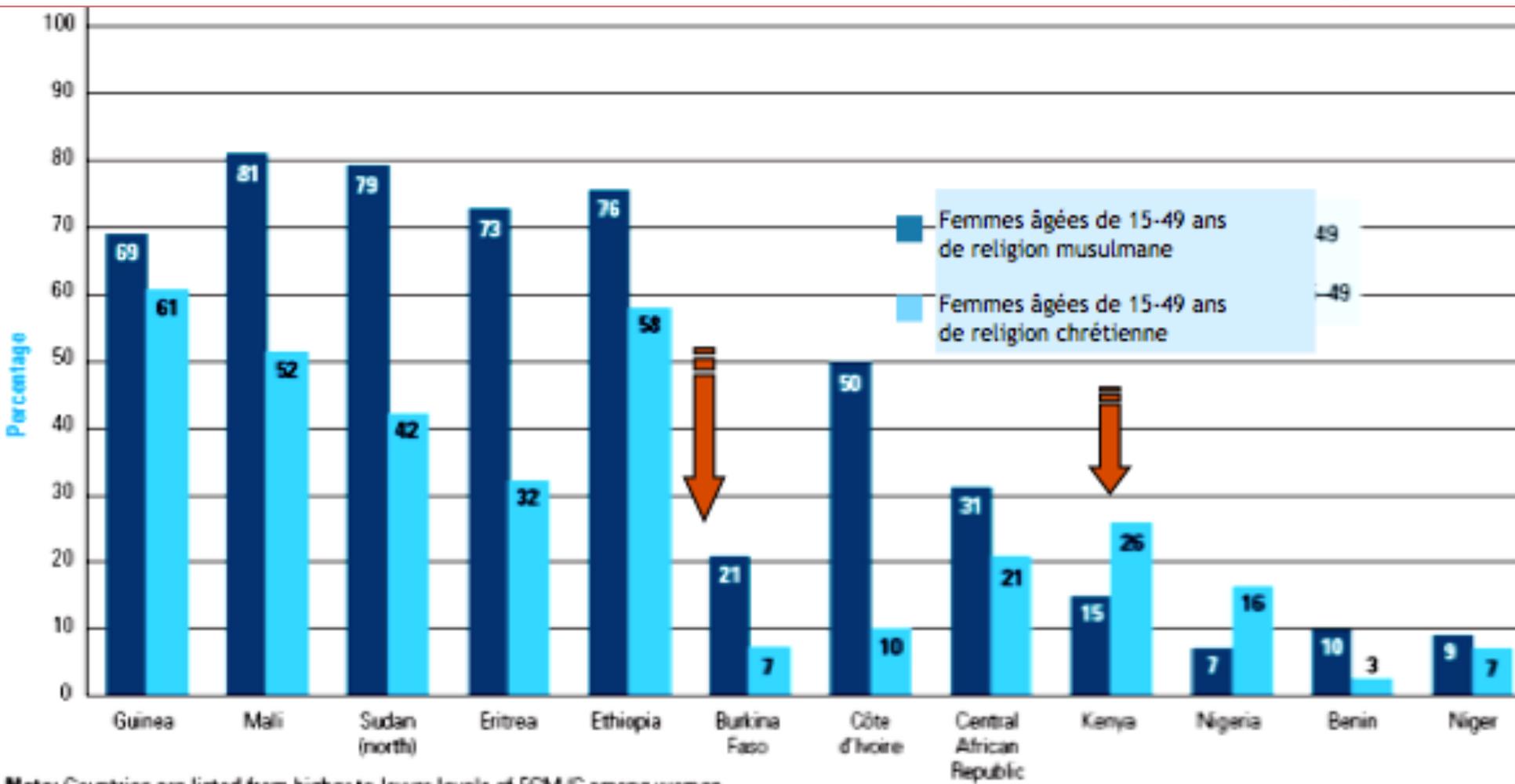
**COMBATTRE
L'EXCISION**

**LES MUTILATIONS SEXUELLES FEMININES
EVALUATION DES CONNAISSANCES
DES MEDECINS GENERALISTES D'ILE DE FRANCE**

Docteur Claire Tantet
Professeur Albert Faye



Femmes de 15 à 49 ans ayant subi Une mutilation, par type de religion



Note: Countries are listed from higher to lower levels of FGM/C among women.

UNICEF, *Female genital Mutilation/Cutting: a statistical overview and exploration of dynamics of change*, New York, 2013

Human Papilloma virus

- Les condylomes externes sont des tumeurs bénignes associées le plus souvent à des papillomavirus muqueux à faible risque oncogène (HPV6 et HPV11).
- Les condylomes sont favorisés par l'ID (transplantation, infection VIH).
- Le mode de contamination est le plus souvent sexuel. Une contamination à partir de verrues digitales est possible. Une contamination indirecte par du linge souillé ou les bains partagés est évoqué.
- Les condylomes de l'enfant illustrent le plus souvent des contaminations non sexuelles.

- Le diagnostic de condylome est clinique : pas de biopsie (Indications de la biopsie : doute dg, leucoplasie, résistance au Tt)
- Pas d'indication à effectuer de typages viraux :bonne corrélation entre type viral (potentiel oncogène ou non) et type clinique
- Les condylomes sont dus à des HPV à risque faible.
- L'existence de lésions externes implique :
 - un bilan d'extension: examen péri-anal, gynécologique (vulve, vagin, col) avec frottis CV et examen de la bouche
 - le dépistage des IST: HBV, syphilis, VIH, PCR Ct/Ng/Mp.
 - l'examen des partenaires
 - la prise en compte du terrain (ID).

- Le délai d'incubation des condylomes est très variable, allant de 3 semaines à plusieurs années.
- Les condylomes peuvent régresser spontanément, les formes asymptomatiques sont très fréquentes, pouvant expliquer l'absence de lésions chez le partenaire, et l'apparition tardive de lésions chez un patient au sein d'un couple stable.
- Il existe une transmission possible des condylomes non couverts par le préservatif (préliminaires sexuels, condylomes pubiens).

- L'abstention thérapeutique n'est pas souhaitable (régression lente et inconstante, retentissement psychosocial)
- Les modalités du traitement local (cryothérapie, podophyllotoxine, imiquimod) sont à discuter avec la patiente en fonction de son degré de compréhension, et de son adhésion prévisible à un traitement auto-appliqué sur une période prolongée.
- Le cidofovir avait une efficacité sur les HPV, mais n'est plus utilisé par voie IV (toxicité rénale) comme par voie locale (dermite de contact).

- On ne dispose pas de traitement anti-viral efficace: l'objectif est la disparition des lésions visibles. L'éradication virologique est illusoire.
- Les rémissions spontanées sont possibles mais le taux de récurrences est important.
- L'utilisation du préservatif est conseillée durant le traitement car la charge virale et la contagiosité sont plus importantes en cas de lésions cliniques.
- La durée de la protection par préservatifs après disparition des lésions n'est pas codifiée.
- Une période de sécurité de 3 mois suite à la rémission clinique (normalité de 2 examens à 3 mois d'intervalle) peut être considérée comme raisonnable pour l'arrêt du préservatif dans un couple stable (majorité des récurrences dans les 3 mois).

- Les lésions du col de l'utérus, à PVH oncogènes, évoluent le plus souvent vers des lésions dysplasiques
- Les lésions du col doivent être recherchées systématiquement en cas de condylomes car ces lésions du col, dysplasiques ou non sont présentes dans 20-30% des cas
- Lors du passage dans la filière du nouveau-né dans la filière génitale contaminée, la contamination (rare) porte surtout sur les voies aériennes supérieures : papillomatose laryngée

- Les virus impliqués dans les condylomes ont un tropisme principalement muqueux incluant la bouche et la muqueuse anale
- la contamination peut se faire lors des préliminaires du rapport sexuel avant la pose du préservatif et par des zones non protégées par le préservatif (périnée)
- Le test à l'acide acétique n'est pas systématique: nombreux FP, test nécessitant une certaine habitude

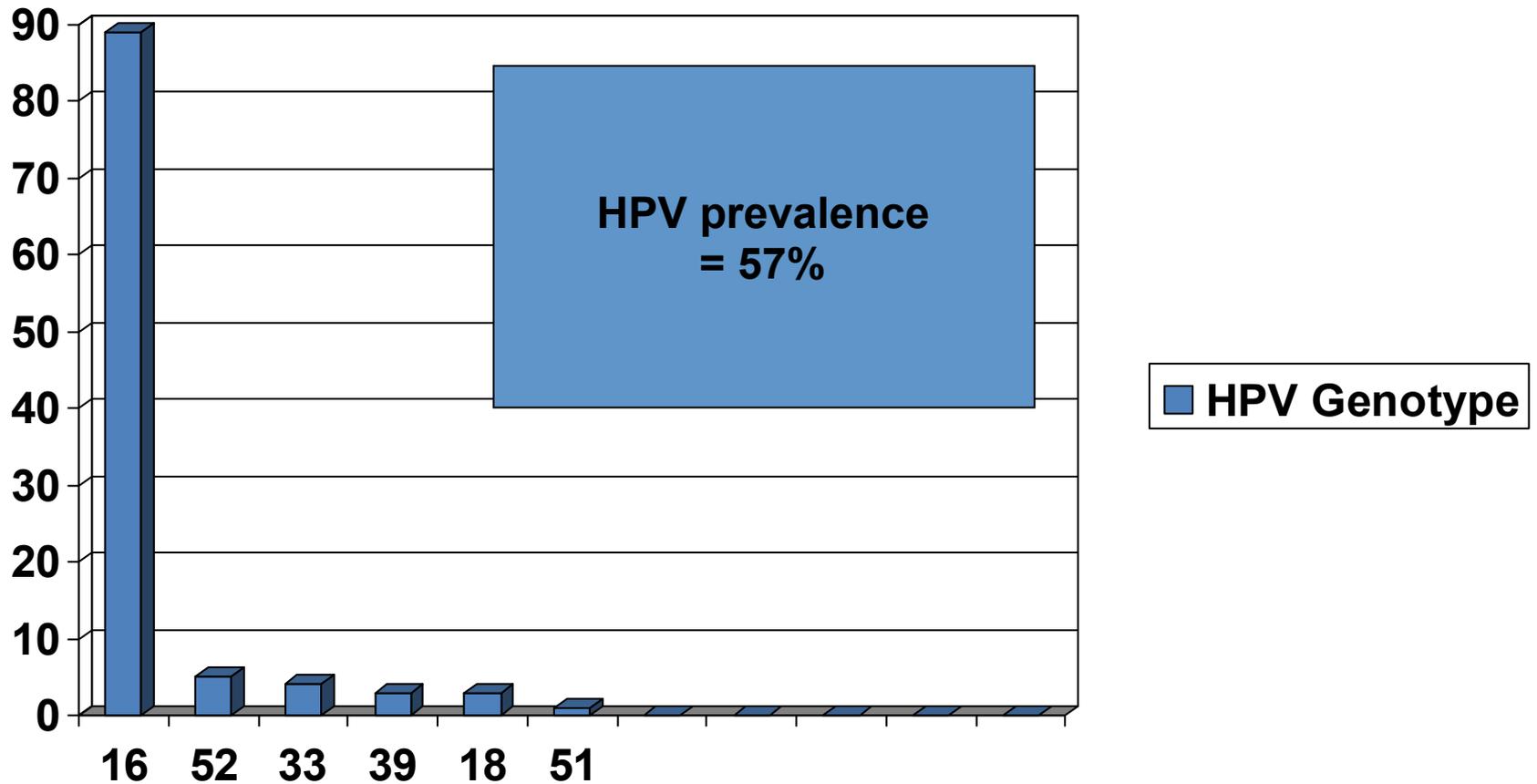
- Les indications de l'anuscopie sont :
 - immunodépression
 - rapports anaux réceptifs
 - homo- ou bisexualité
 - lésions périanales
- La cytologie anale n'est pas indiquée en pratique courante (Q D). Elle permet de détecter des lésions néoplasiques anales favorisées par les condylomes mais n'a pas pour indication la détection de condylomes du canal anal. Elle a d'autant plus d'intérêt que le cytologiste est habitué à ce type d'examen.

- Les indications à l'urétroscopie (Q A-E) sont :
 - Symptômes urinaires associés
 - Pôle supérieur des lésions n'est pas visible après éversion des berges du méat

HPV + dans les cancers ORL

	Oral post	Oral ant
HPV Prevalence	46%	22%
---- hommes	42%	7.9%
---- femmes	63%	17.2%
---- amygdales	57%	
---- pharynx	37%	
---- plancher buccal		9.6%
---- langue		6.3%

Genotype HPV dans 185 Cancer amygdales, France, 2000-2009



Prevalence HPV oral, Pop Gle 2009-10

- 5579 pers (H, F), 14-69 ans, USA (NHANES)
- Prévalence = 6.9% (5.7%-8.3%);
= 1.0% (0.7%-1.3%) HPV 16.
- Facteurs associés :
 - Age (2 pics) : 30-34 ans (7.3%; 4.6%-11.4%), 60-64 ans (11.4%;8.5%-15.1%).
 - Sexe M: H 10.1% (8.3%-12.3%) vs F 3.6% (2.6%-5.0%).
Prev Ratio (PR) = 2.80 (2.02-3.88)
 - Nb PS (P < .001),
 - Nb cigarettes/jour (P < .001)

Prevalence HPV oral, 18-30 ans

- 1000 adultes (H, F), 18-30 ans, USA
- PCR HPV multiplex(37 types)
- Prévalence : 2% (1.4-3.4)
- Facteurs +/- associés:
 - N'avoir jamais consommé alcool: 0.2% (0.1-0.8)
 - > 4 lifetime open mouth kissing : 4% (1.1-14.8)
 - > 4 lifetime oral sex: 4% (1.3-11.9)

**Oral sexual contact ..both oral-oral and oral-genital
... could play a role in the transmission of oral HPV**

Syphilis

Ulcerations génitales

- Deux maladies cosmopolites en fait assez facilement distinguables sur des critères cliniques (PI) ou historiques (recurrences)
 - Syphilis (*Treponema pallidum*)
 - Herpes (HSV 2, HSV 1)
- Trois maladies plus ou moins exotiques
 - Donovanose (*Klebsiella granulomatis*)
 - Chancre mou (*Haemophilis ducreyi*)
 - Lymphogranulome vénérien (*Chlamydia trachomatis* serotypes L1, L2, L3)

Histoire naturelle de la syphilis

Syphilis primaire
Le chancre
toujours présent
sauf syphilis transfusionnelle
et syphilis néonatale
parfois non visible (col, anus)

**Neuro et OPH Syphilis
précoce, tardive**

Syphilis secondaire
La grande simulatrice

Syphilis tertiaire

contact

J0

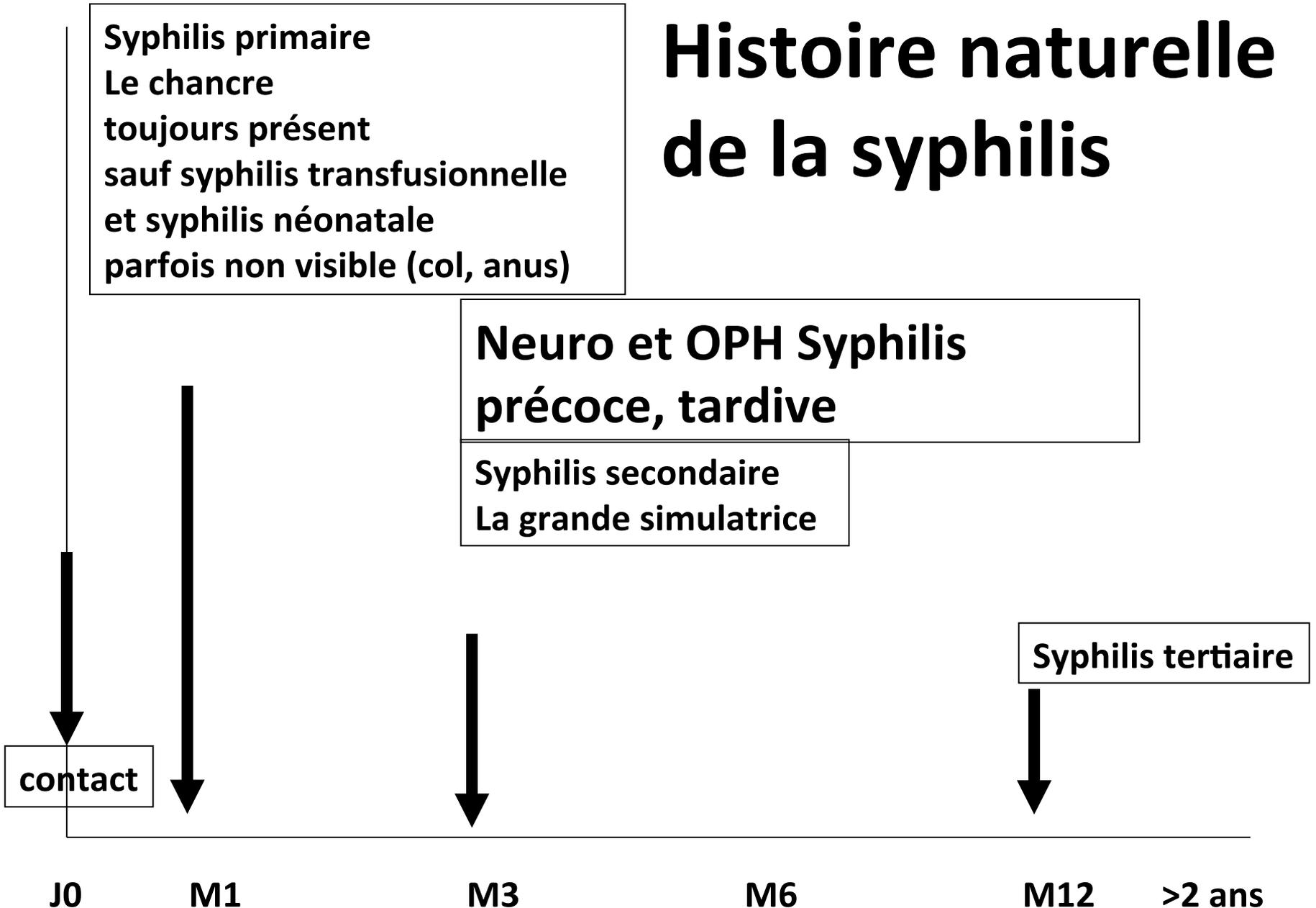
M1

M3

M6

M12

>2 ans



Syphilis primaire

- **Incubation longue = 3 sem (10-100 jours)**
- **Erosion superficielle, propre, bien limitée, indolore, indurée ++ + (palper protégé)**
- **Evolution spontanément favorable**

Neuro/OPH/syphilis

- Clinique: NS précoce (méningite, OPH, méningo vasculaire), NS tardive (paralysie générale, tabès, gommés)
- Biologique



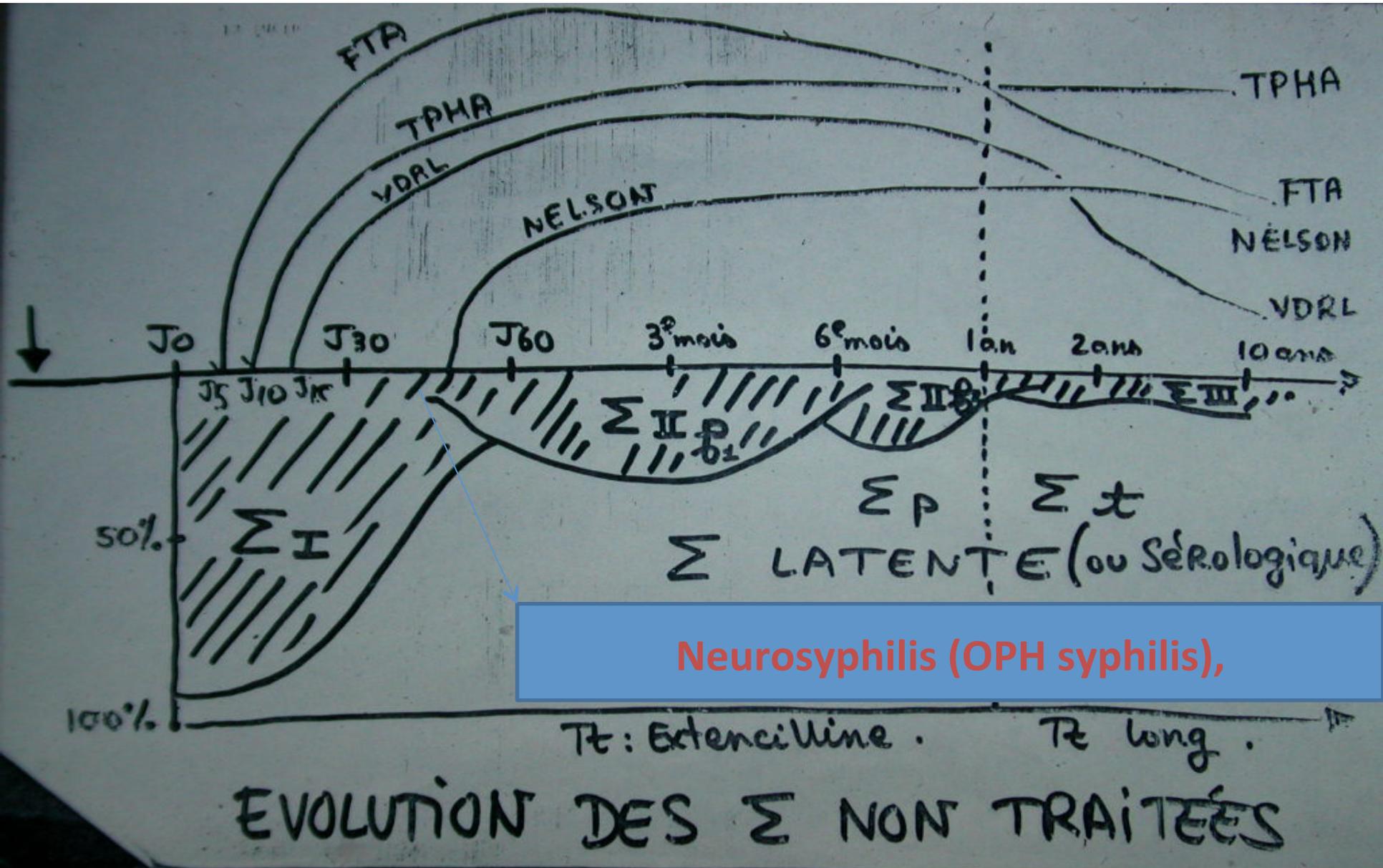
Présentation de la neurosyphilis (NS) au cours du temps

- Fréquence décroissante des NS tardives, particulièrement le tabès et les gommés
- Fréquence croissante des NS précoces
- Cette évolution « discordante » n'est pas due à une infection associée par le VIH mais plutôt au large usage des antibiotiques
- Persistance des formes psychiatriques

Les tréponèmes

- *Treponema pallidum* variété pallidum = Syphilis
 - *Treponema pallidum* variété endemicum = Bétel
 - *Treponema pertenue* = Pian
 - *Treponema carateum* = Pinta
- **Sérologiquement indiscernables**

Cinétique des anticorps anti tréponémiques (Caumes E, Janier M. EMC)



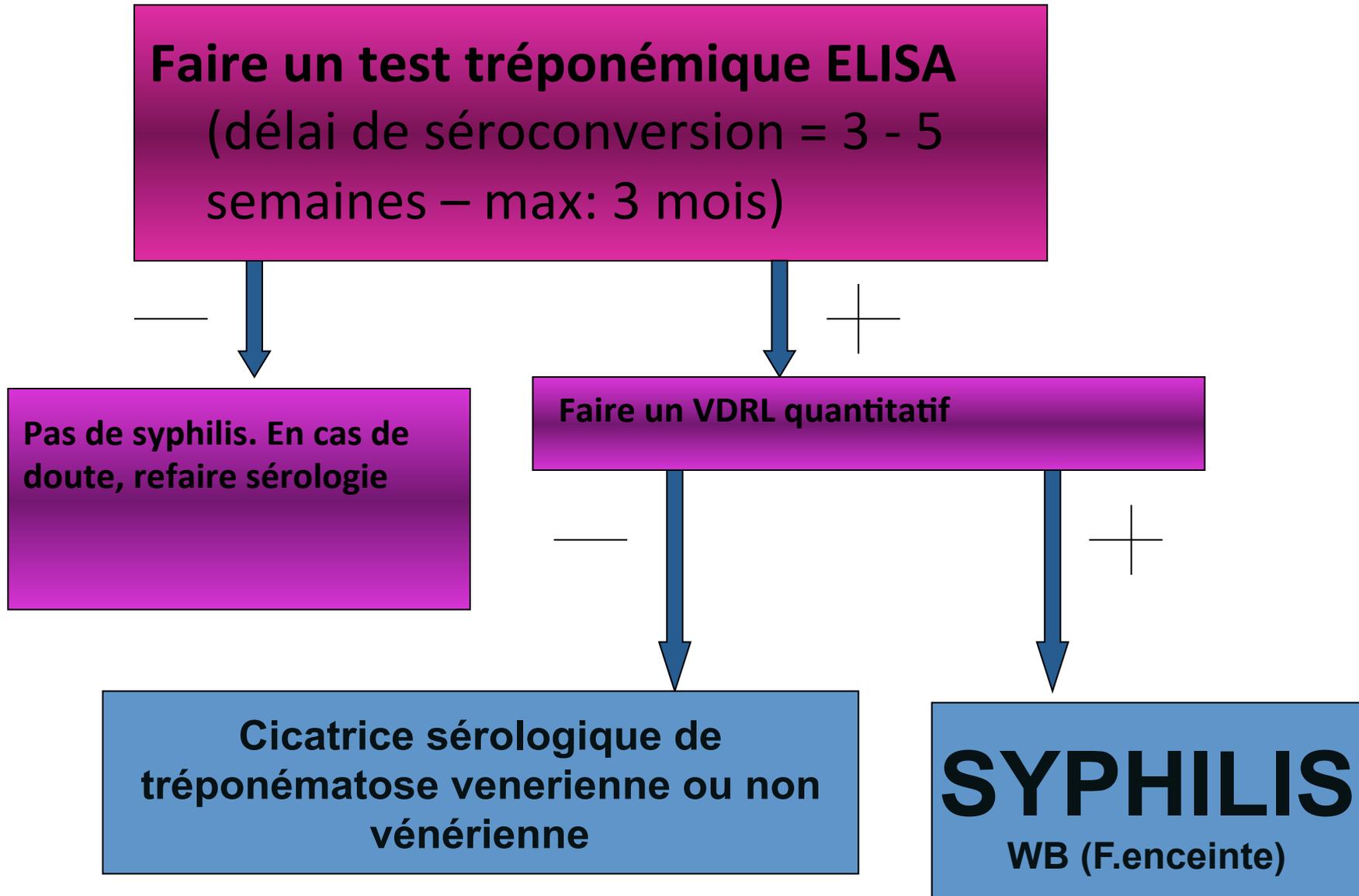
Interprétation schématique de la sérologie standard TPHA-VDRL

REACTIONS	INTERPRETATION
TPHA- VDRL-	<ul style="list-style-type: none">- absence de tréponématose- syphilis en incubation- syphilis primaire dans les 5 à 10 premiers jours du chancre
TPHA- VDRL++ à +++	<ul style="list-style-type: none">- faux positifs
TPHA+ VDRL- (ou titre faible d'anticorps	<ul style="list-style-type: none">- séquelle sérologique d'une tréponématose non vénérienne- syphilis a priori guérie- syphilis tertiaire (rare)
TPHA+ VDRL+ à +++ (ou titre élevé D'anticorps	<ul style="list-style-type: none">- tréponématose non vénérienne (zone d'endémie) ou vénérienne, traitée ou non guérie ou non

Modification de la Nomenclature des actes de biologie médicale pour les actes de recherche du *Treponema pallidum*

Remplacement de l'association systématique d'un test tréponémique (TPHA) et d'un test non tréponémique (VDRL) par un seul test tréponémique sur Ig totales avec une méthode reproductible et automatisable: **ELISA**, EIA ou CMIA

Diagnostic syphilis (HAS. 19.3.2015)



PCR pour Dg + *Treponema pallidum* muqueuses / peau /sang

- 294 pts syphilis, 35 volontaires: 87 primaire, 103 secondaire, 40 latente et 64 sans syphilis.
- Peau/Muqueuse. Sensibilité = 82%; spécificité = 95%.
- Sang : Sensibilités = 29% po PBMC, 18% plasma, 14.7% serum, 24% sang total
- Interet: peau, muqueuse orale

2014 European guidelines for syphilis

Syphilis stage	1st intention	2 nd intention
Early Syphilis	2.4 M IU BBPG	Doxy 200 x 14 d
Late latent syphilis	2.4 M IU BBPG x 3	Doxy 200 x 21-28 d
NS, OPH, ORL	Peni G IV	Ceftriaxone
In pregnant women	BPG	desensibilisation
In HIV infected pts	BPG	Doxycycline

Merci