Infections sexuellement transmissibles
Ulcérations génitales

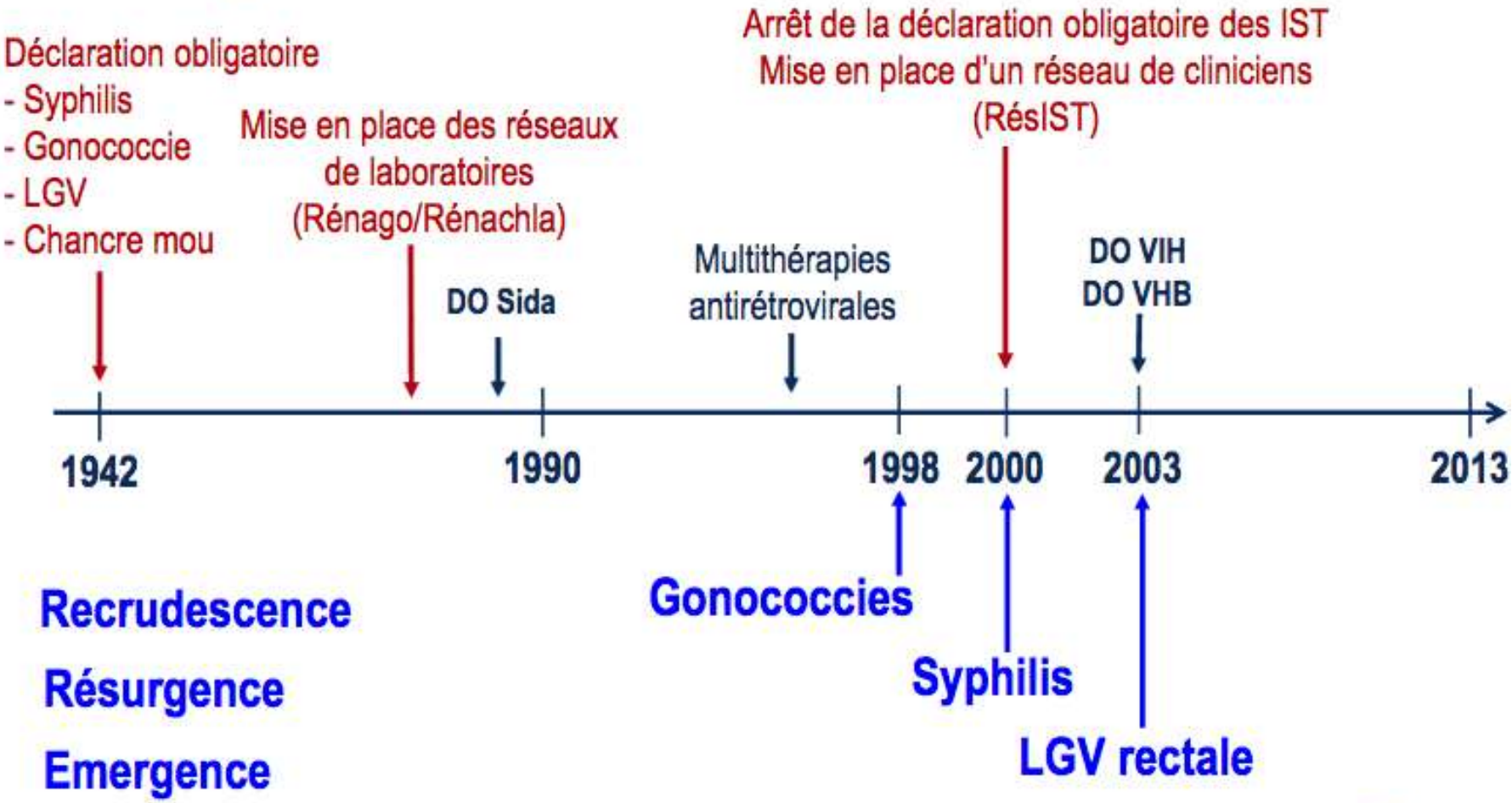
Isabelle Alcaraz Morelle
Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur
CH Tourcoing
ialcaraz@ch-tourcoing.fr

DUACAI 2021

Guidelines STD CDC

European STD Guidelines

Evolution de la surveillance des IST en France à partir des années 2000



INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

Urétrites
cervico vaginites
anorectites

Chlamydia trachomatis

Neisseria gonorrhoeae

Mycoplasma genitalium

Définition cytologique d'une urétrite

- **Frottis sur écoulement**: au moins 5 leucocytes/ champ (X 1000)
- **1er jet d'urines** (4heures sans uriner): au moins 10 leucocytes /champ (x 400)

- Mauvaise sensibilité:
  - 60 – 80 % si écoulement
  - 30 – 40 % sans écoulement *Smith STI 2003*
  - > peu d'utilisation en pratique

En pratique, on évoque une urétrite sur la clinique

Urétrites

- Dysurie, pollakiurie
- Brûlures
- Écoulement clair ou purulent

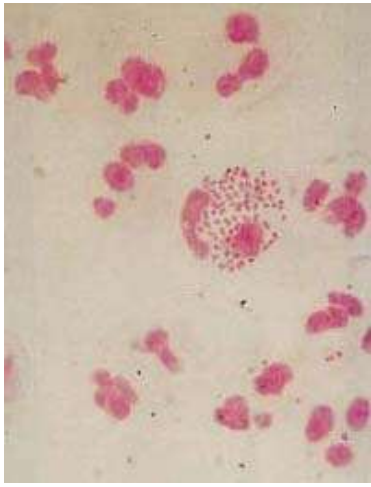
URETRITES - Prévalences estimées en France

- *Chlamydia trachomatis* 30%
- *Mycoplasma genitalium* 20-30% ?
- *Neisseria gonorrhoeae* : blennorragie 10%
- *Trichomonas vaginalis* : 1%

<u>Pathogènes plus rares et plus discutables:</u>

- *Herpès simplex*
- *Neisseria meningitidis, Haemophilus spp…*
- *Ureaplasma urealyticum* ??

Urétrite aigüe purulente



1 - Neisseria gonorrhoeae

BGN, diplocoque, strictement humain, intra et extra cellulaire

> Gram + culture (milieu de transport) + ANTIBIOGRAMME

> PCR

2 - Chlamydia trachomatis

Intra cellulaire obligatoire

Associé dans 15 à 40 % à *N gonorrhoeae*

Purulente dans 15 à 30%

> PCR uniquement

Infections par *Chlamydia trachomatis*

Prévalence:

- 0,8 à 5 % chez < 25 ans,
- 8 à 15 % dans les populations à risque.

Asymptomatique dans plus de 50% des cas.

La majorité des infections ne donnent aucun signe clinique et sont donc méconnues et non traitées

Chlamydia trachomatis (D à K = non LGV)

Réinfections fréquentes

Homme

- Urétrites, Orchiépididymites
- Prostatites
- Anorectites

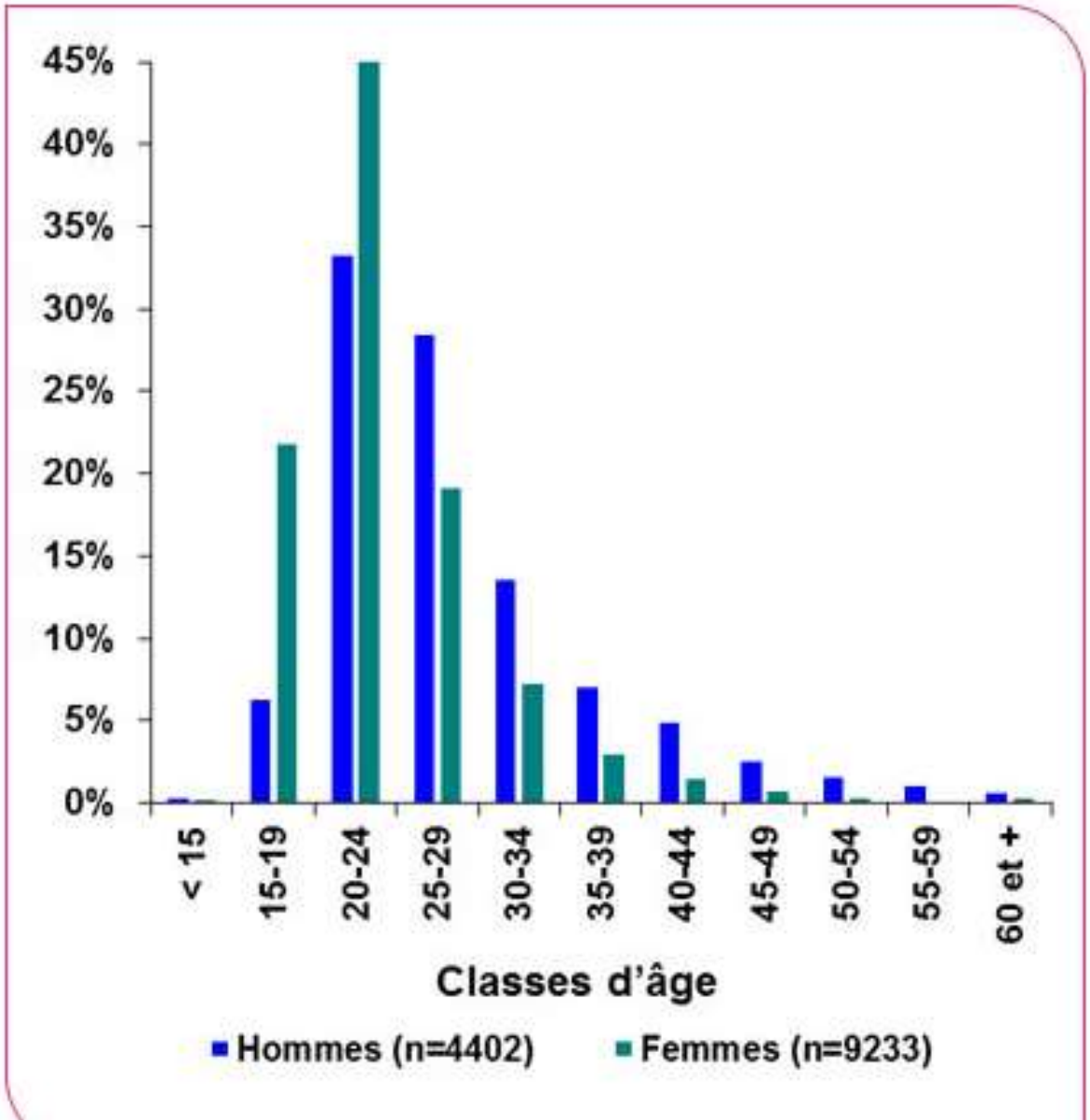
Femme

- Urétrites
- Cervico-vaginites
- Salpingites, 1ere cause de stérilité tubaire, de GEU

Nouveau-né

- Infections néonatales, conjonctivite

Figure C7 - Distribution des infections uro-génitales à Chlamydia par classe d'âge selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2014



NatChla 2006

18-29 ans :

-2,5 % pour les hommes

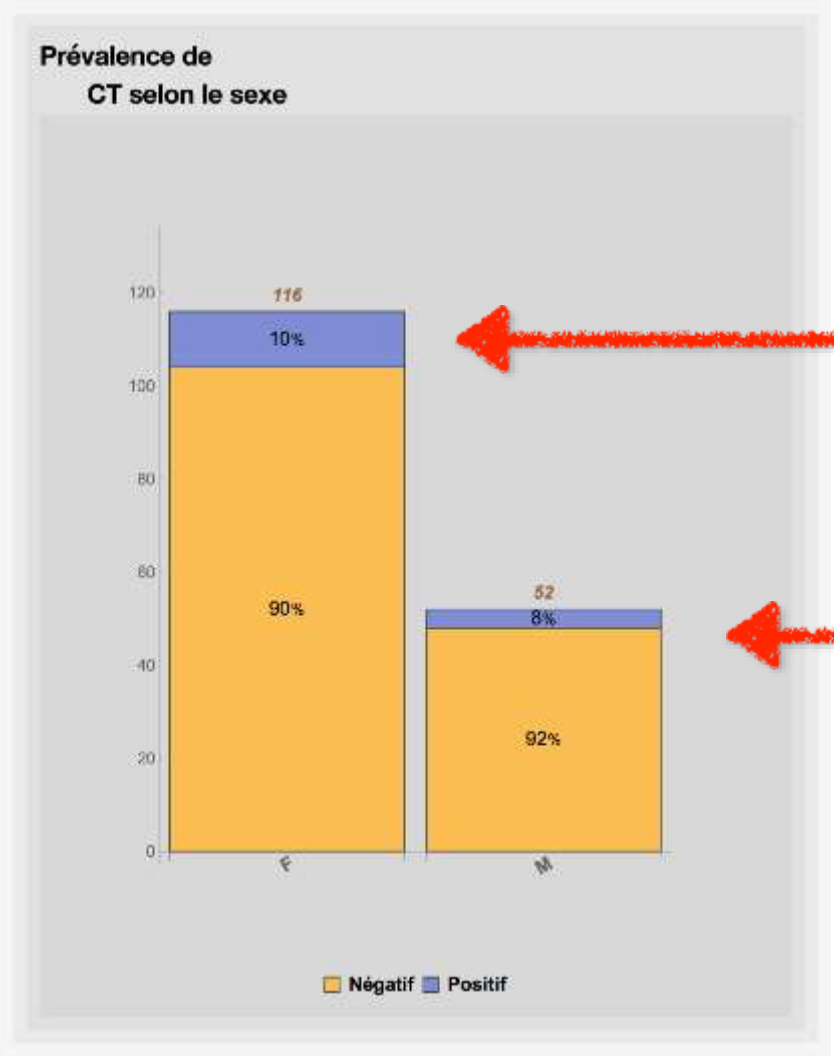
-3,2 % pour les femmes

ANSM 2012

Taux d'incidence estimé:

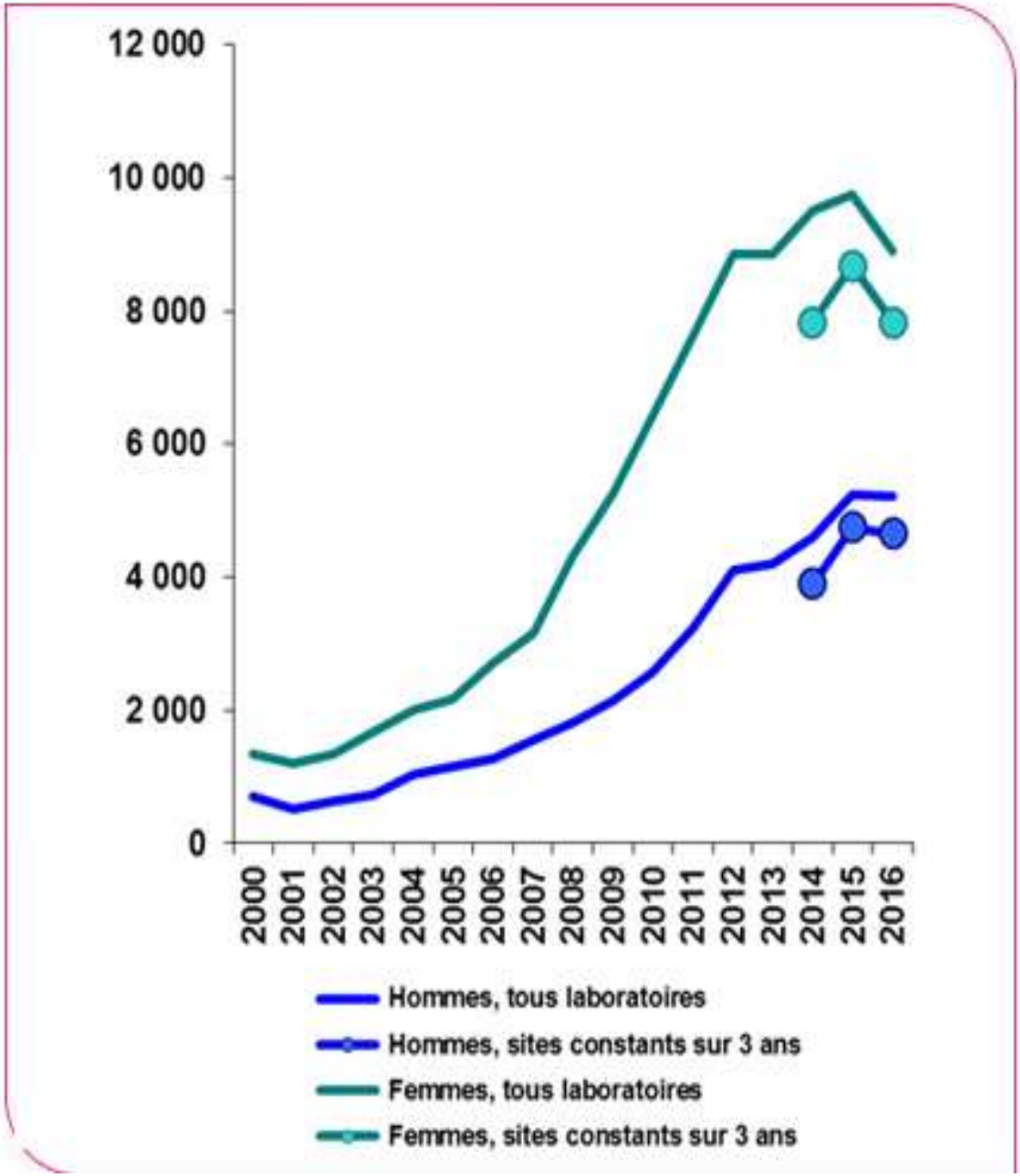
257/ 100 000

Etude EDDISTU (2014/15)



Dr Alice Mathieu & all.

Figure C1 - Évolution du nombre d'infections uro-génitales à Chlamydia, réseau Rénachla, France, 2000-2016



Chlamydia trachomatis (D à K = non LGV)

Estimations du taux de diagnostics positifs en 2019:

Infections toujours en augmentation :

+ 29% entre 2017 et 2019

- + 41% chez les femmes de 15 à 24 ans
- + 45% chez les hommes de 15 à 29 ans

Incidence:

- Femmes: 329/100 000

- 15 à 24 ans: 781/100 000

- Hommes: 148 /100 000

- 15-29 ans: 290/ 100 000

La HAS recommande

- Un dépistage systématique des femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans (inclus), y compris les femmes enceintes

- Un dépistage opportuniste ciblé :
  - Des hommes sexuellement actifs, présentant des facteurs de risque, quel que soit l'âge ;
  - Des femmes sexuellement actives de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque ;
  - Des femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge.

Les facteurs de risque

- multipartenariat (au moins 2 dans l'année),
- changement de partenaire récent,
- personne ou partenaires diagnostiqué avec une autre IST
- antécédents d'IST
- HSH
- prostitution
- viol

Chlamydia trachomatis

DEPISTAGE – DIAGNOSTIC

PCR sur

- urines 1 er jet
- gorge
- auto-prélèvement vaginal
- +/- auto-prélèvement anal

Pas de sérologie pour infections basses

Sérologies: pour les infections hautes uniquement

- PCR multiplex *Ct et Ng*
- PCR triplex *Ct Ng Mg*

Infections à Neisseria gonorrhoeae

Homme:

- Urétrite
- Orchiépididymite
- prostatite

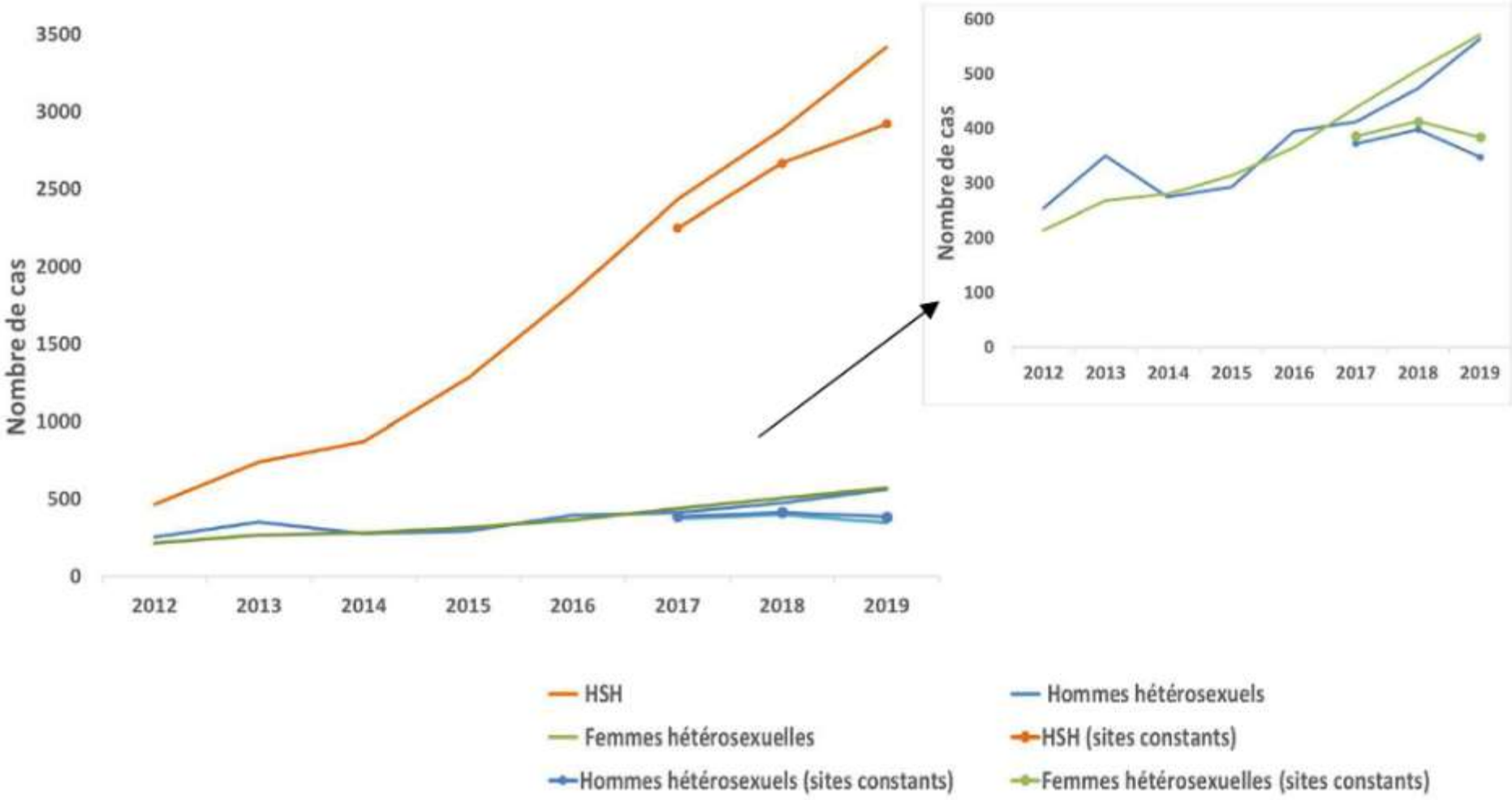
Femme: asymptomatique dans 70% des cas

- Cervico vaginite (leucorrhées +/- purulentes)
- Salpingite et autres complications de l'appareil génital

Homme et femme:

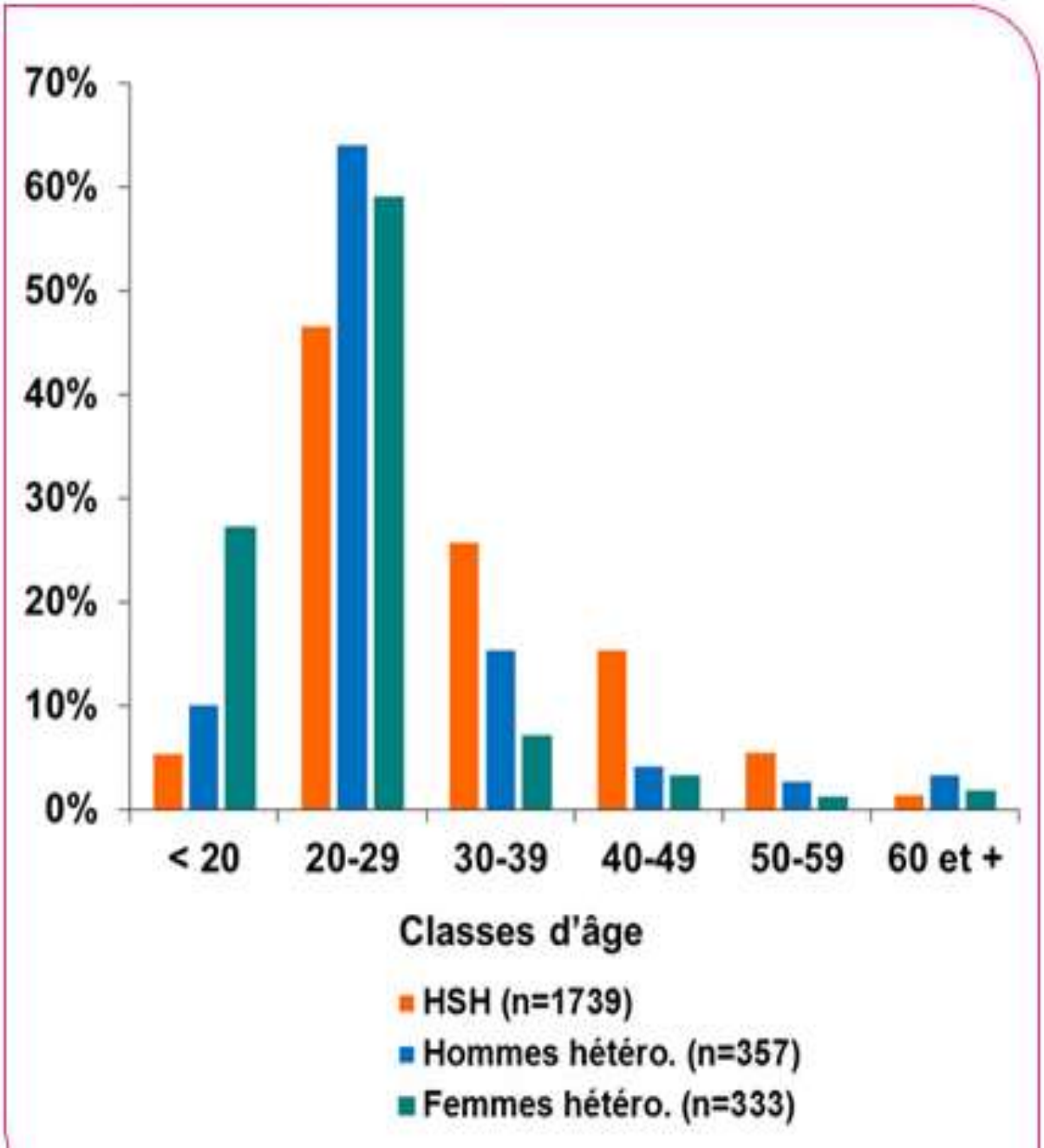
- Anorectite
- septicémie
- arthrite

Figure 6. Evolution du nombre de gonococcies selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2012-2019



Source : Santé publique France, réseau RésIST

Figure G5 - Distribution des cas de gonococcie par classe d'âge selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2016



Réseau ResIST Santé Publique France
Infections à *N. Gonorrhoeae*

Progression des infections:

- + 21% entre 2017 et 2019
- HSH: +29%

Surtout des hommes:

- Hommes : 86 % des cas d'infections
- HSH: 74 %

Age médian:

- 28 ans HSH
- 24 ans hommes HTS
- 21 ans femmes

Né(e)s en France:

- hommes: 83 %
- Femmes: 91%

Tableau G2 - Évolution des comportements sexuels* au cours des 12 derniers mois chez les patients ayant une gonococcie, réseau RésIST, France, 2004-2014

	2004-2011	2012	2013	2014
Utilisation systématique du préservatif (%)				
Pénétration anale (hommes homo-bisexuels)	40,6	27,4	37,2	35,4
Pénétration vaginale (hommes bisexuels)	45,9	41,9	51,8	37,5
Pénétration vaginale (hommes hétérosexuels)	11,9	9,2	8,3	12,2
Pénétration vaginale (femmes hétérosexuelles)	5,6	4,9	9,5	6,9
Utilisation systématique du préservatif (%)				
Fellation (hommes homo-bisexuels)	1,1	0,0	0,6	1,5
Fellation (hommes hétérosexuels)	1,8	1,9	1,6	2,0
Fellation (femmes hétérosexuelles)	0,9	2,2	1,8	0,5
Nombre médian de partenaires				
Hommes homo-bisexuels	10	10	7	8
Hommes hétérosexuels	3	3	3	3
Femmes hétérosexuelles	2	2	2	2

Neisseria gonorrhoeae

Diagnostic

-Gram
-culture (milieu de transport) + ANTIBIOGRAMME

Dépistage / diagnostic

Idem *C trachomatis:*

- 1er jet d'urines
- Gorge
- Auto prélèvement anal
- Auto-prélèvement vaginal

  > PCR : multiplex *Ct et Ng*, triplex *Ct Ng Mg*

C trachomatis – N gonorrheae

Complications plus rares

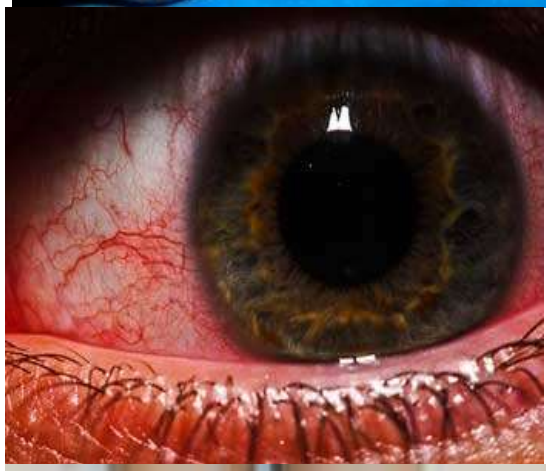
- Sd oculo-urétro-synovial (Sd Fiessinger Leroy Reiter)
  - + fréquent chez les hommes > +/- balanite circinée
  - *C trachomatis* surtout
  - Réaction immunologique, association HLA B 27

- Syndrome de Fitz Hugh Curtis: périhépatite

Syndrome oculo urétro synovial

Balanite érosive circinée

Clinique dermatologique CHRU de Lille



Mycoplasmes

Mycoplasma hominis et Ureaplasma spp :

- flore naturelle des voies génitales basses
- rôle pathogène controversé

Seul *Mycoplama genitalium* a un rôle pathogène

Mycoplama genitalium

Clinique:

- urétrites
  - 15 à 20% des NGU
  - 30% des urétrites récidivantes et « résistantes » *Clin Microbiol Rev 2011;24:498*
- cervicites, salpingites, stérilité,
- Rectites…

Diagnostic: PCR , souvent triplex *(Ng, Ct Mg…)*

Pas de dépistage des asymptomatiques!

Comment traiter une urétrite?

Figure G12 - Evolution de la résistance des souches de gonocoque à la tétracycline, la ciprofloxacine et la pénicilline, Rénago-CNR des gonocoques, 2001-2014

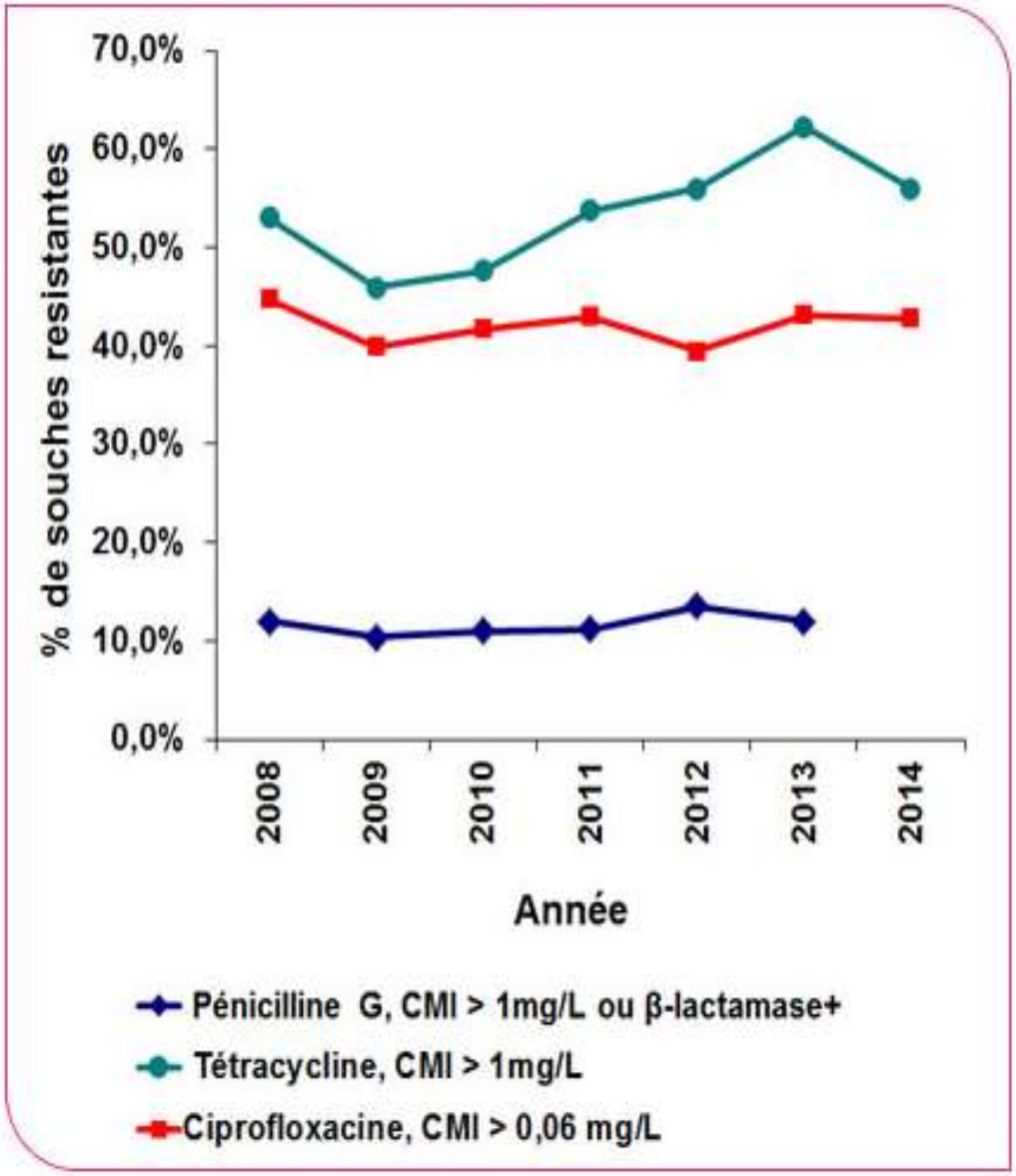
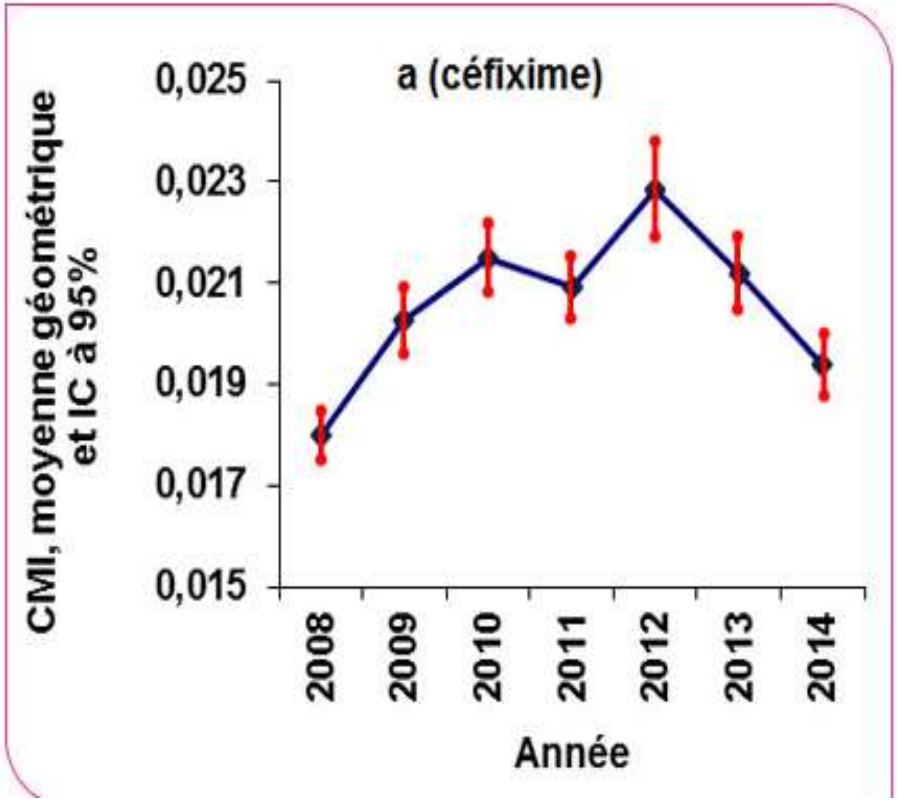
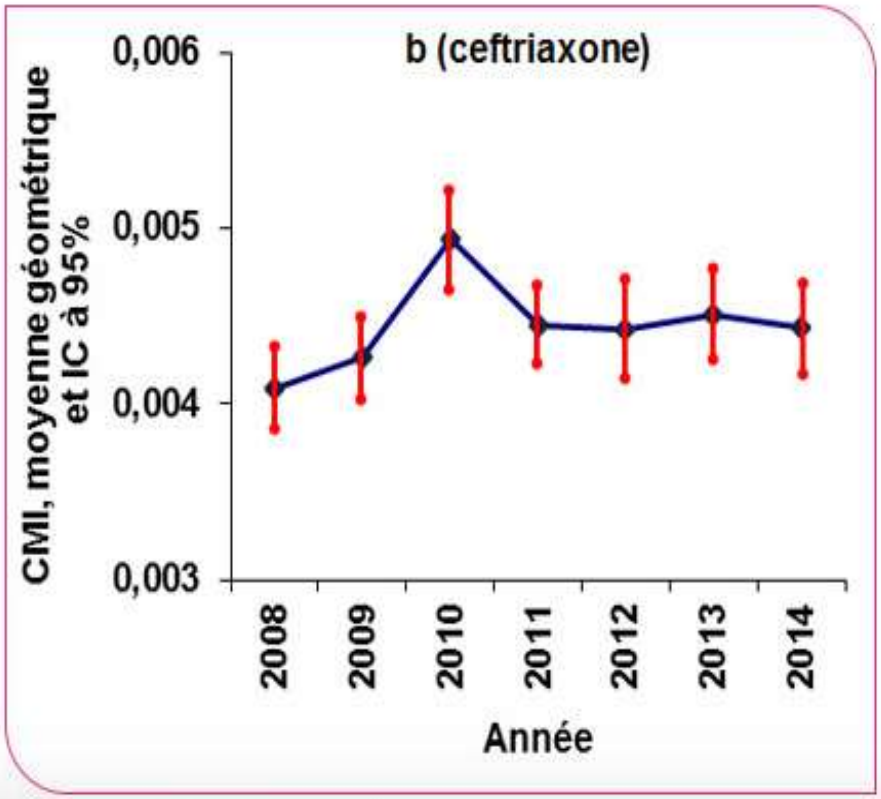


Figure G11 - Evolution de la concentration minimale inhibitrice (CMI) moyenne du céfixime (a) et de la ceftriaxone (b), réseau Rénago-CNR des gonocoques, 2008-2014





2009: 9% des souches R à Cefixime:

2010: 1ère souche hautement résistante à la ceftriaxone

Neisseria gonorrhoeae

Ceftriaxone = traitement de référence
500mg ou 1g DU ?

- **500mg** *: CDC's treatment guidelines 2020*
- **1g***: 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults (Int J STD Aids 2020)*

Abandon des céphalosporines orales

- mauvaise diffusion tissulaire
- totalement CI chez les HSH et la femme

Cefixime : encore possible pour une urétrite chez HTS

Chlamydia trachomatis

- En 1ère intention: **DOXYCYCLINE 200 mg/j , 7 jours** pour les infections basses

- Uniquement si problème d'observance: AZITHROMYCINE 1g DU

On privilégie la Doxycycline, pour éviter de favoriser l'émergence de résistance de *M. genitalium* à l'azithromycine

Autres options, en cas de contre-indication:

- ERYTHROMYCINE 500mg x 4/j, 7 jours (tolérance digestive)
- OFLOXACINE 200mg X 2/j , 7 jours (coût!)

Mycoplasma genitalium

Une résistance explosive / azithromycine

Résistant:

- aux cyclines: 70% (*STI 2003 Falk)*

- aux quinolones

- et maintenant à l'azithromycine
  - 17, 2 % en France *Emerging Infectious Diseases*. 2016;22(9):1677
  - 40% et 70% au Royaume-Uni, au Danemark, en Norvège, en Australie et en Nouvelle Zélande (mutation: région V du 23S ARNr)

Mycoplasma genitalium

Recommandations thérapeutiques:

- AZITHROMYCINE: **J0: 500 mg, puis de J1 à J4: 250mg/j**

En cas d'échec, ***Mg*** **confirmé avec gène de résistance à l'azythromycine**:

- MOXIFLOXACINE 400mg/j - 10 j (R: 6%)

Autres possibilités en cas de résistance:

- Josamycine: 500mg X 3/j , 10 j
- Pristinamycine : 1g x 4/j, 10 j

2016 European guideline on Mycoplasma genitalium infections (JEADV 2016)

Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2017) 36:1565–1567
DOI 10.1007/s10096-017-2969-9

ORIGINAL ARTICLE

Multidrug-resistant *Mycoplasma genitalium* infections in Europe

J. F. Braam[1] · L. van Dommelen[2] · C. J. M. Henquet[3] · J. H. B. van de Bovenkamp[2] · J. G. Kusters[1]

Ureaplasma urealyticum

- Colonisation : 19 à 45% (H), 40 à 75 % (F) > pathogène????
- Urétrites chroniques et récidivantes pauci symptomatiques
- La pathogénicité ne peut être avancée que sur une mesure quantitative en culture (abaques)
- Résistance AB:
  - 3 à 5 % pour cyclines – (jusqu'à 10% / Taylor Londres 1986)
  - Macrolides, quinolones décrites
- Traitement de référence: clarithromycine.

Quand un écoulement intermittent persiste

- Compliance au traitement ?
- Réinfection ? Traitement du partenaire?
- Germe résistant résistant ?
- Prostatite ? Orchiépididymite?
- *Mycoplasma genitalium ?*

- *T. vaginalis ?*

- Microlithiases?
- cause psychogène ? Autre?

< 10 % des UNG pathogènes douteux

- *H parainfluenzae*
- *Strepto D, autres streptocoques*
- *Staphylococus aureus*
- *Nesseiria meningitidis*
- *BGN urinaires*
- *Candida albicans (ID)*
- *Herpès simplex*

Traitement d'1er épisode d'urétrite

- PCR *Ng Ct:* 1er jet d'urines, gorge +/- auto-prélèvement anal
- Ex direct + Culture *Ng* sur l'écoulement

Sans attendre:

DOXYCYCLINE 200 mg/j , 7 jours (ou **AZITHROMYCINE 1 g DU)**

+ si pus, sujet contact gono, MGG + :
CEFTRIAXONE : 500 mg / 1g IM ou IVL

En cas d'allergie:

- AZITHROMYCINE 2g DU (tolérance digestive)
- GENTAMYCINE 240 mg DU

Traitement d’une urétrite

- Contrôle entre J8 et J 15
- Dépistage et traitement du/des partenaire(s)
- Contrôle PCR urines après 1 mois
- Contrôles sérologiques VIH, syphilis, VHB , VHC, et à refaire ensuite à M2

Atteinte basse

Pas de sérologies

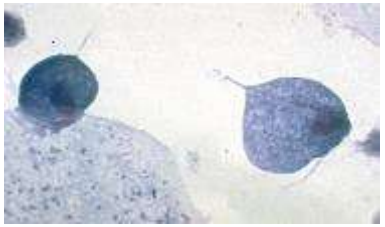
- Ni chlamydia
- ni mycoplasme
- ni gonocoque

Urétrite persistante ou récurrente

Rechercher en priorité*:* - *M. genitalium :* PCR

- *T. vaginalis :* ex direct,

culture / PCR



Mg: AZITHROMYCINE

- J0: 500 mg
- J1-J4: 250 mg/j *(Bjomerlius 2003)*

Tv: SECNIDAZOLE 2 g DU, ou:

METRONIDAZOLE : 2g DU ou 500 mg x2 /j, 7 j

Autres infections basses à *Ct* *et Ng*

- cervico-vaginites
- anorectites

Même traitement

Infections compliquées à gonoccoque

CEFTRIAXONE IV

- Orchi-épididymite: 500mg/1g DU + DOXYCYCLINE 200mg/ j, 10 jours
- Septicémie, prostatite : 1g / 24 H , 7 jours
- Méningite: 1 à 2 g / 12 H , 14 jours
- Endocardite: 1 à 2 g / 12 H, 28 jours

Anorectites

1 - Inflammation anus (marge, canal)

- prurit
- brûlures
- suintement

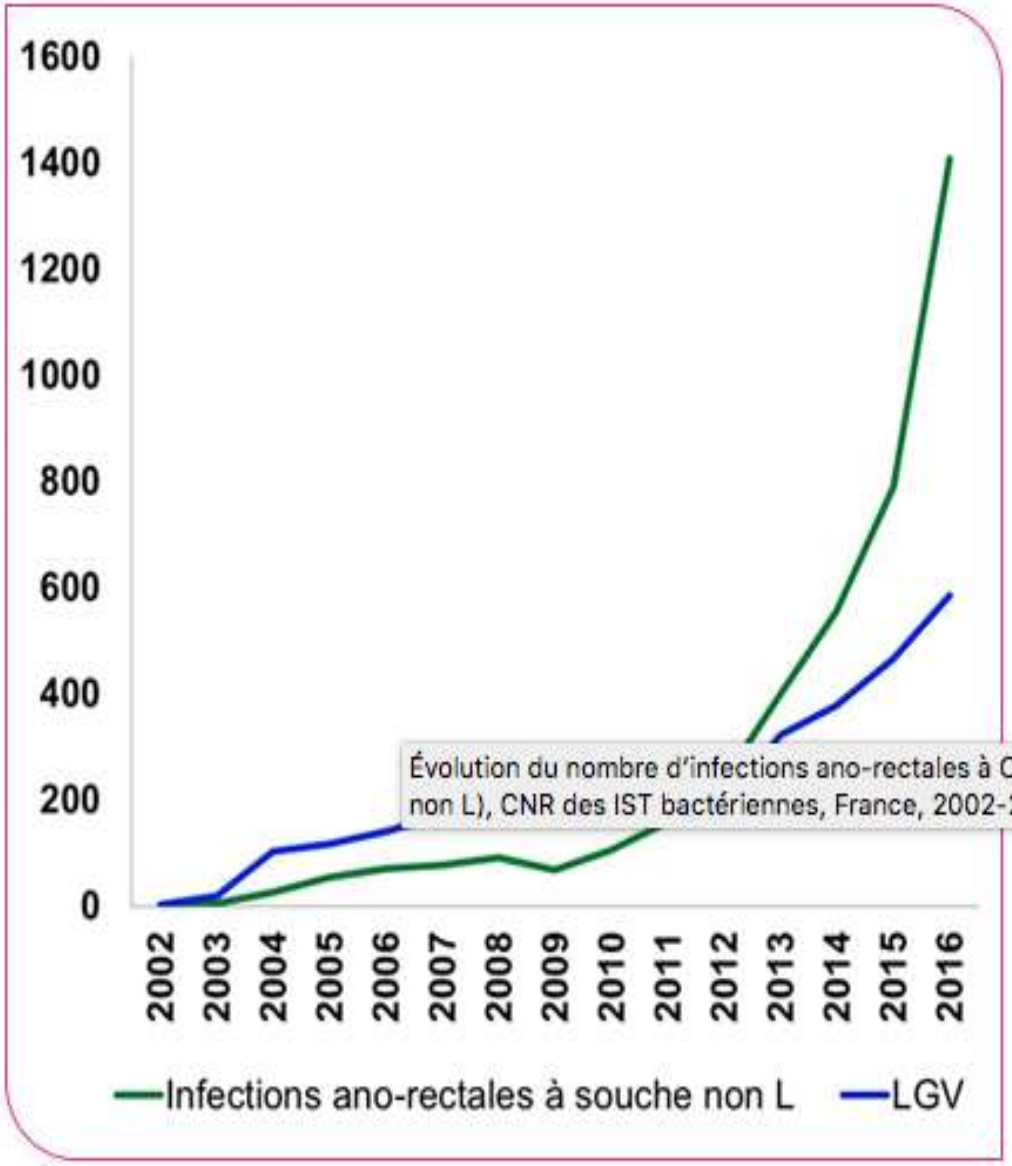
2 - Atteinte rectale avec sd rectal :

- émissions glaireuses, glairosanglantes ou purulentes,
- épreintes, ténesme, faux besoins,
- constipation
- parfois diarrhées

Anorectite à *Chlamydia trachomatis* L1 L2 L3
LGV = lymphogranulomatose vénérienne
ou Maladie de Nicolas Favre

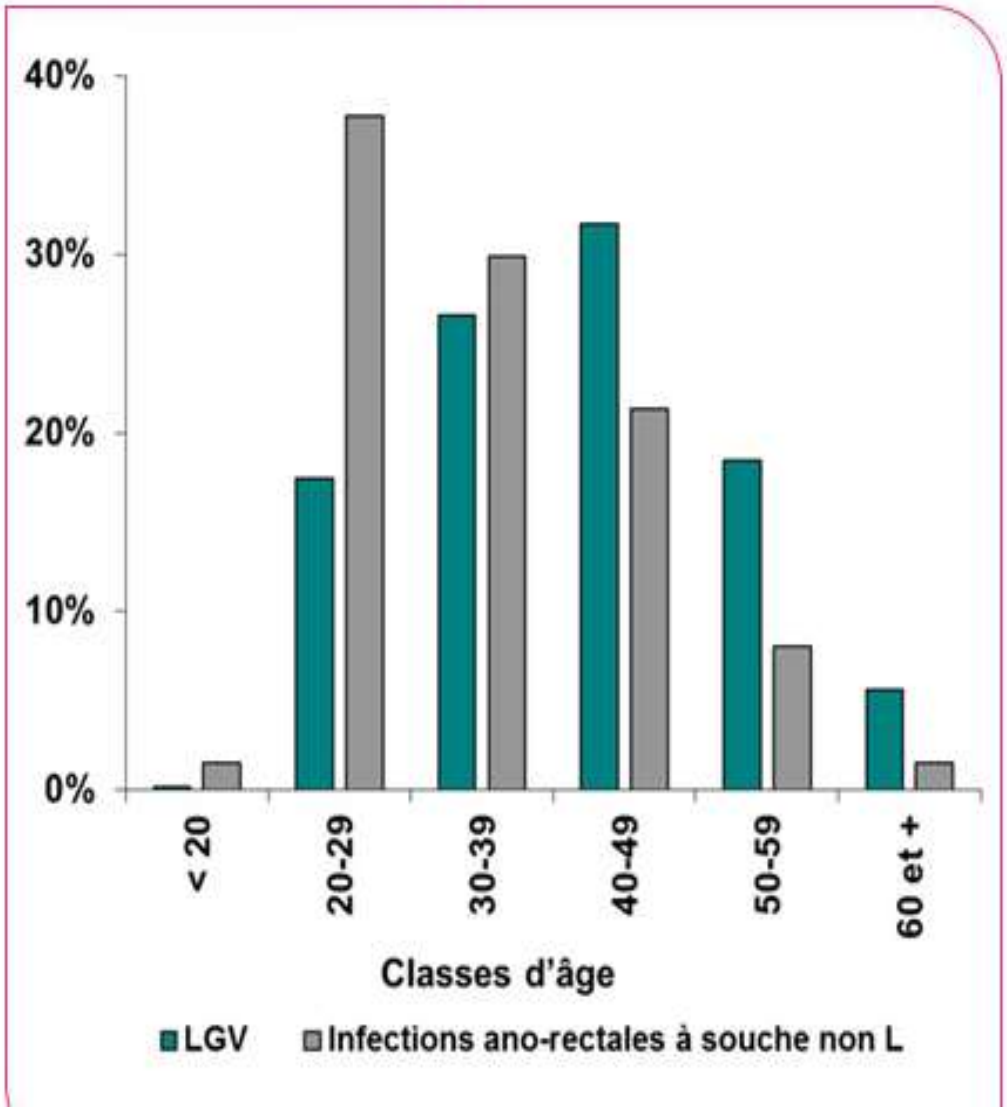
- Rectite traînante
- Tableau trompeur de
  - MICI
  - cancer anal
  - lymphome

Figure L1 - Évolution du nombre d'infections ano-rectales à Chlamydia trachomatis (LGV et non L), CNR des IST bactériennes, France, 2002-2016



Évolution du nombre d'infections ano-rectales à Chlamydia trachomatis (LGV et non L), CNR des IST bactériennes, France, 2002-2016

Figure L2 - Distribution du nombre d'infections ano-rectales à Chlamydia trachomatis (LGV et non L) par classe d'âge, CNR des IST bactériennes, France, 2016



LGV et co-infection VIH

InVS / CNR Bordeaux – 2016

Co-infection VIH pour :

- 76% des patients avec rectite LGV
- 36% si infection rectale non L.

Ano-rectite à chlamydia

DOXYCYCLINE 200 mg /j

Ou ERYTHROMYCINE 500mg x 4/j

- LGV: 21 jours
- Non LGV: 7 jours

- traiter partenaires des 2 mois avant
- contrôle PCR 6 semaines après

Ano-rectites
IST multiples
Pratiques sexuelles à haut risque

- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Chlamydia trachomatis:* non LGV (D-K), LGV L_{1-3}
- *Treponema pallidum*
- Herpes simplex virus
- Papillomavirus
- Giariase, shigellose…

- HIV

Anus +++ et gorge
= foyers souvent asymptomatiques de recontamination

SURMIV Tourcoing - 1er octobre 2014 – 30 avril 2015:

- 369 patients PVVIH HSH > dépistage de patients asymptomatiques
- PCR poolée urines gorge anus CT/NG: 16,3%

	Chlamydia	gonocoque
Urines	2,2%	0,8%
gorge	2,2%	2,7%
anus	8,9%	3,8 %

Localisation anale:
Quels risques particuliers ?

- Portage > réservoir (formes majoritaires)
  - chlamydia
  - gonocoque / résistance accrue
- Chancre syphilitique canal > méconnu > pas traité
- Condylomes du canal / risque cancer canal anal
- Herpès atypiques

Human Papilloma Virus

Infection HPV

- 3 à 5 % de la population : lésions cliniques
- > 70% de la population rencontre l'HPV
- 10 à 15 % infection latente
- Haute clairance naturelle
- Evolution fluctuante / statut immunitaire
- le préservatif ne protège pas suffisamment

Infection HPV et risque oncogène

Tropisme muqueux

- Bas risque: 6, 11 (42,43,44,45)
  - Condylomes externes anogénitaux
  - Papillomatose laryngée
  - Tumeur de Buschke-Löwenstein

- Haut risque : 16,18 (31,33,35, 39,45, 51,52,56, 58, 59,66, 68)
  - Cancer du col et précurseurs
  - Carcinomes anus, vagin, vulve, pénis
  - Condylomes plans
  - Néoplasie intra-épithéliale vulvaire
  - Cancers oropharyngés

Liens HPV – cancer selon les localisations

- 100 % des cancers du col
- 86% pour l'anus
- 30% pour la vulve
- 25% pour le pénis
- 30% pour cavité oropharyngée , sans association avec tabac ni alcool

Recommandations de dépistage

Col:

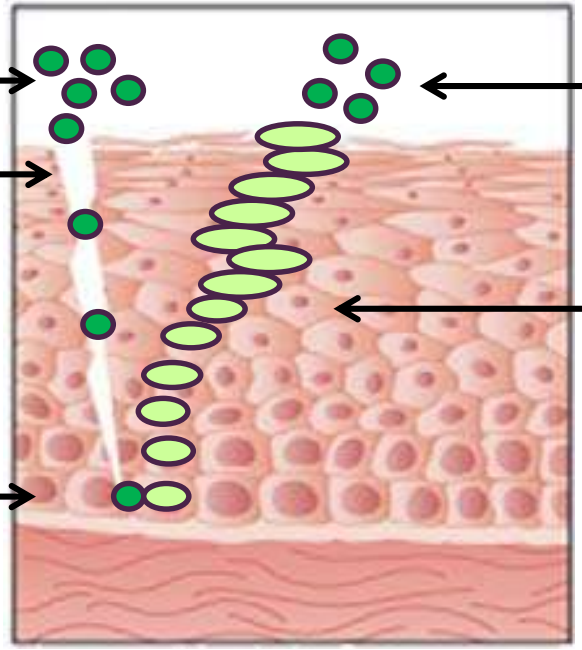
- Premier frottis à 25 ans puis si nég, tous les 3 ans relayé par:
- Test HPV à partir de 30 ans , tous les 3 ans jusqu'à 65 ans

> + fréquent si immuodéprimée (annuel)

Anus:

- HSH , systématique si PVVIH
- +/- femme avec dysplasie du col, toujours si elle est immuodéprimée

Mécanisme de l'infection et de la contamination par l'HPV



Epithélium:

- Peu de réponse immune
- Pas de virémie donc virus peu exposé au système immunitaire

Précis de dermatologie SAURAT

Papulose bowenoïde

Traitement des condylomes acuminés

- Disparition des lésions visibles
- Toutes les méthodes ont 30% d’échec
- Incubation: très variable
- Maximum de récidives dans les 3 mois

Condylomes : traitement

- Physique: cryothérapie, électrocoagulation, chirurgie, laser CO2.

- Chimique:
  - podophylotoxine (Condyline, Wartec): 3 j/sem max de 6 semaines. CI / femme enceinte.
  - Acide trichloracétique à 80%: 1 à 2 ap / sem
  - 5FU(Efudix): localisation vulvaire
  - Imiquimod

Immunomodulateur local: Imiquimod =ALDARA

- Sauf lésions exophytiques / étendues
- Application 3 fois/sem, 4 à 16 semaines
- Irritation obligatoire

Laser

Lésions pré cancéreuses
néoplasies intra épithéliales

HPV et cancer de l'anus

- en 30 ans: 1,5 ➔ 6 cas/1000 000
- Femme et homme HSH
- Intérêt d'un examen proctologique pour les hommes ayant des relations avec les hommes
- Risque surtout si Immunodépression:
- PVVIH* et HSH : risque X 100

*PVVIH: Patient vivant avec le VIH

HPV : quelle prévention?
En fonction des lésions cliniques

- Même si la protection du préservatif est très imparfaite le maintenir:
  - Le temps du traitement
  - + idéalement 3 mois après disparition des lésions cliniques

- Condylomatose floride: abstinence le temps du traitement

- Frottis « positif »
  - S'il y a des lésions à traiter: préservatif le temps du traitement
  - dysplasie du col: préservatif inutile, surveillance clinique du partenaire

Vaccination HPV

En France:

- près de 3 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués /an: environ 1 000 femmes en décèdent

- Toutes localisations confondues > 6000 cas de cancers HPV induits / an

GARDASIL 9: vaccin nanovalent inerte recombinant adsorbé: HPV 6, 11, 16, 18, 31,33, 45, 52,58)

Recommandations vaccination HPV

Recommandation HAS déc 2019 en vigueur depuis le 1 er Janvier 2021 pour un **élargissement de la vaccination aux garçons**

Recommandations générales

- pour tous les jeunes de 11 à 14 ans, 2 injections (M0, M6)
- rattrapage vaccinal: entre 15 et 19 ans: 3 injections (M0, M2, M6)

Recommandations particulières:

- jusqu'à l'âge de 19 ans, chez les hommes transplantés (ayant reçu une greffe) et les hommes vivant avec le VIH
- jusqu'à l'âge de 26 ans, pour les hommes ayant ou ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Molluscum contagiosum: Pox virus à ADN

- si localisation génitale :IST occasionnelle
- clairance spontanée habituelle > rechercher une immunodépression si sont persistants

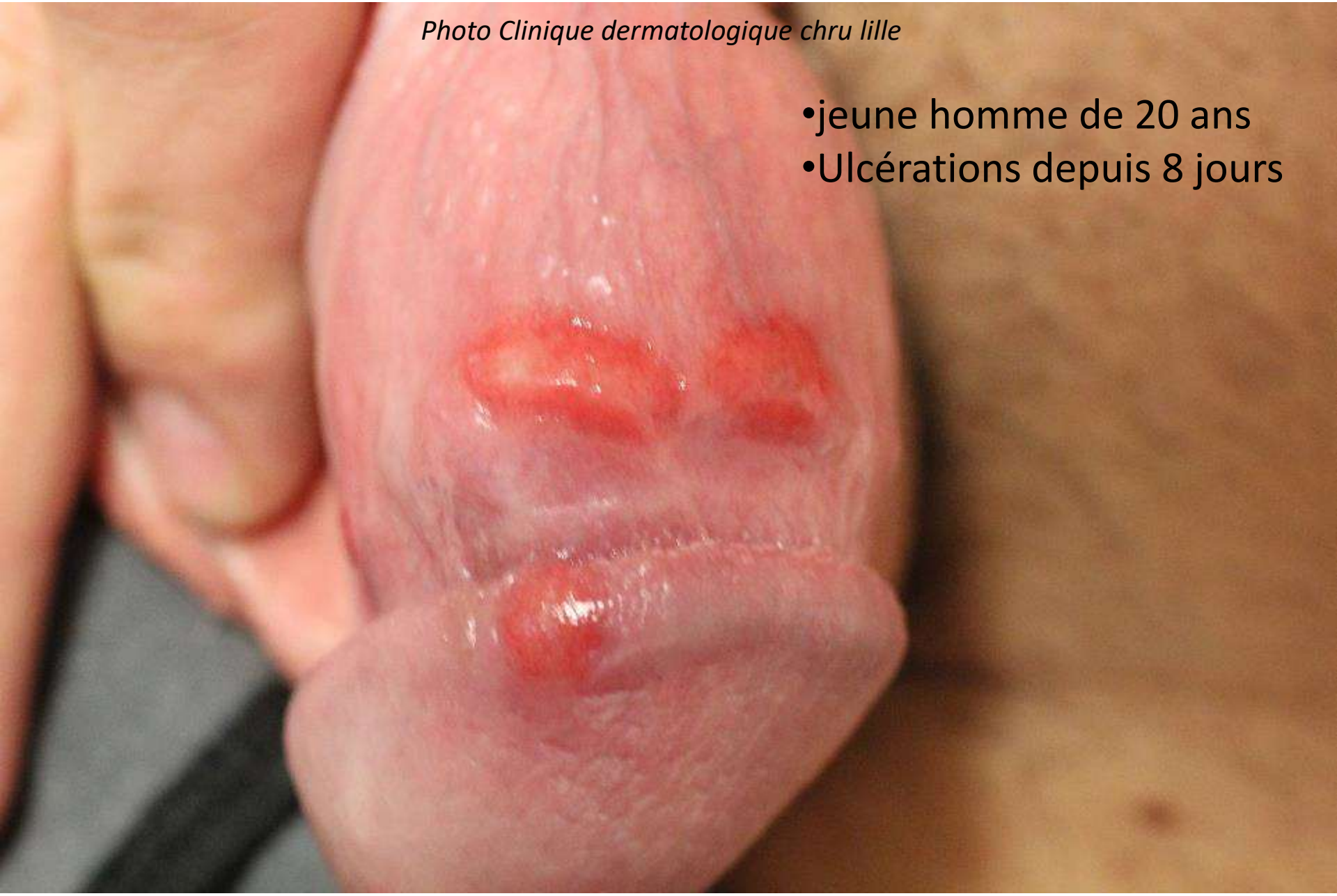


Photo Clinique dermatologique chru lille
•jeune homme de 20 ans
•Ulcérations depuis 8 jours

Photos: Clinique Dermatologique CHRU Lille

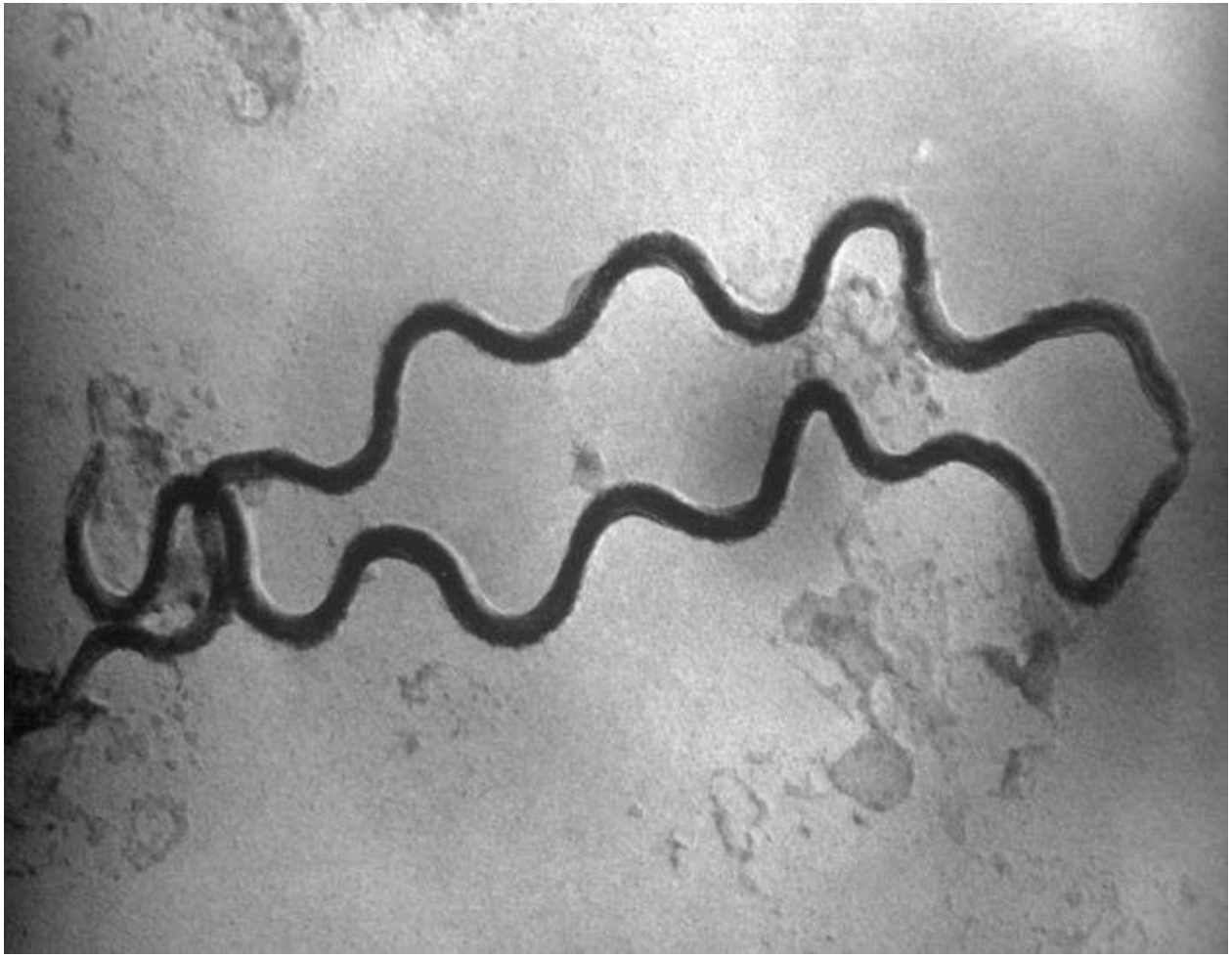
•

8 jours après une injection de 2,4 MUI de Benzathine Benzyl Pénicilline

TPHA: 1/320

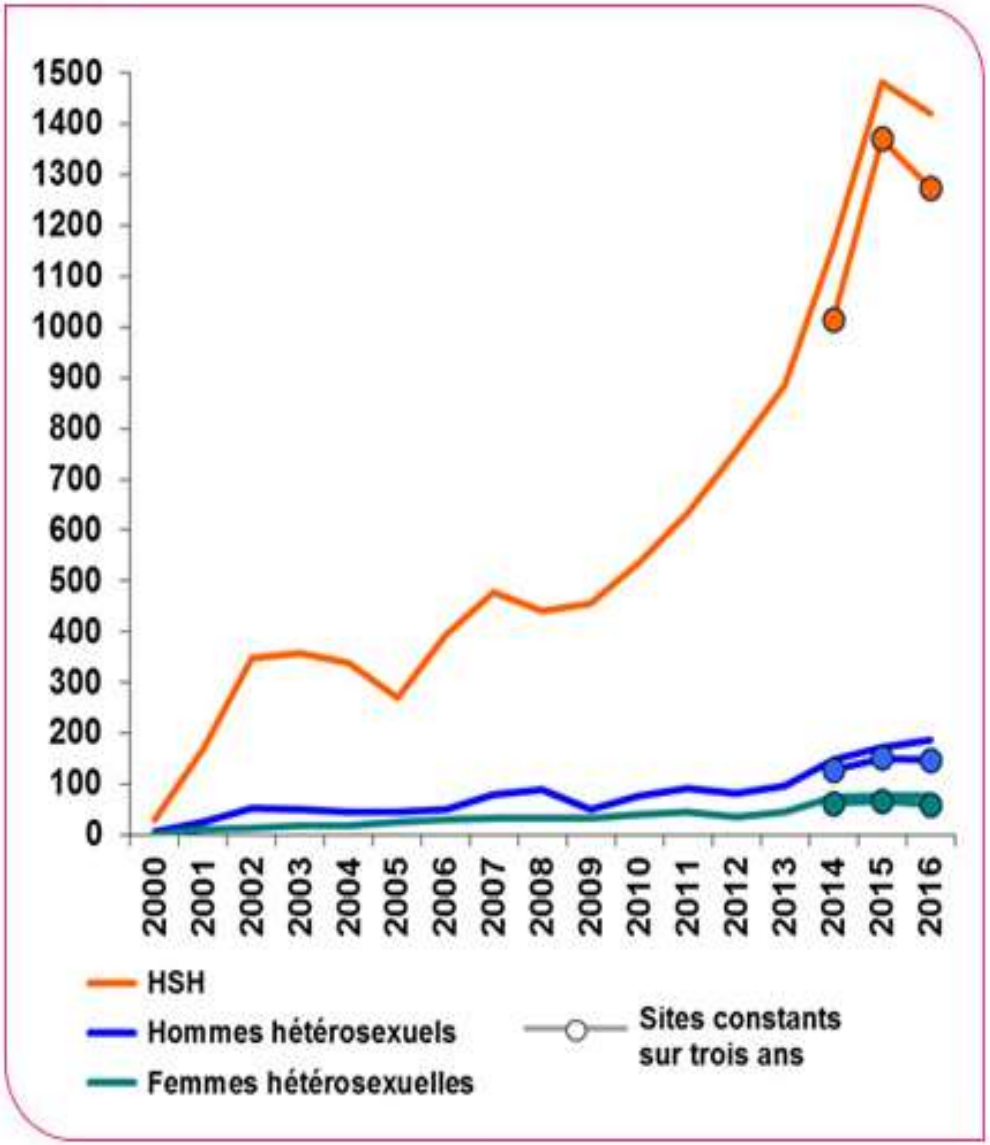
VDRL: 1/4

Bactérie *Treponema pallidum*



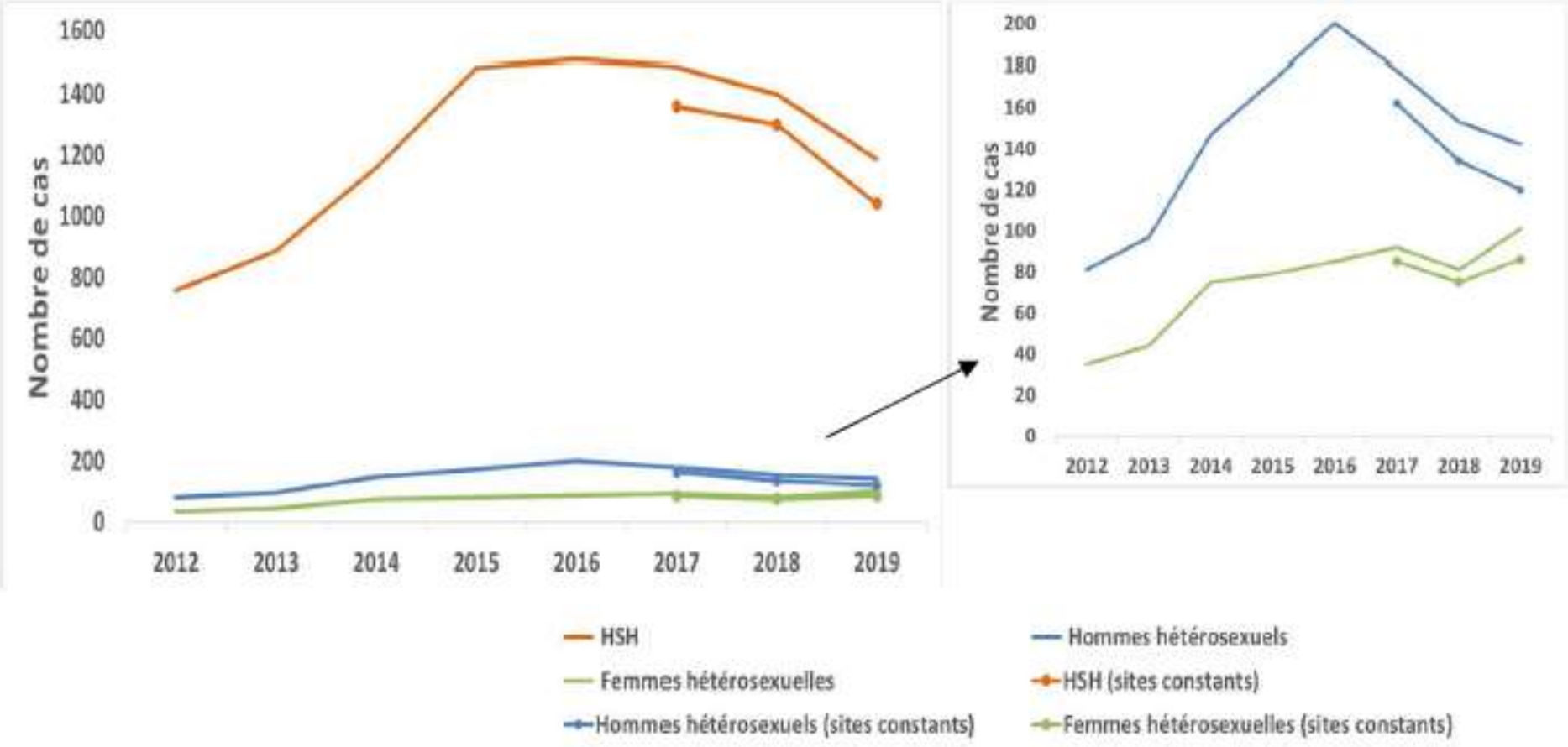
Réseau RésIST InVS

Figure S1 - Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2000-2016



Déclarations volontaires anonymes

Figure 4. Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2012-2019



Source : Santé publique France, réseau RésIST

Syphilis

Très forte prédominance masculine:

- 92% sont des hommes
- 80%: HSH

Age médian:

- HSH: 36 ans
- Hommes HTS: 35 ans
- Femmes: 28 ans

Né(e)s en France:

- HSH: 89 %
- Hommes HTS: 80 %
- Femmes: 83 %

InVS
Syphilis – Coinfection VIH

Tableau S1 - Évolution des caractéristiques des patients diagnostiqués pour une syphilis récente, réseau RésIST, France, 2000-2016

	2000-2013 N=7 390	2014 N=1 405	2015 N=1 755	2016 N=1 749
Statut sérologique VIH (%)				
Positif connu	34,4	29,5	30,3	28,9
Découverte de séropositivité	3,9	3,1	2,5	2,6
Négatif	56,2	60,7	61,5	62,7
Inconnu	5,5	6,6	5,8	5,8

Evolution de la syphilis depuis 2000

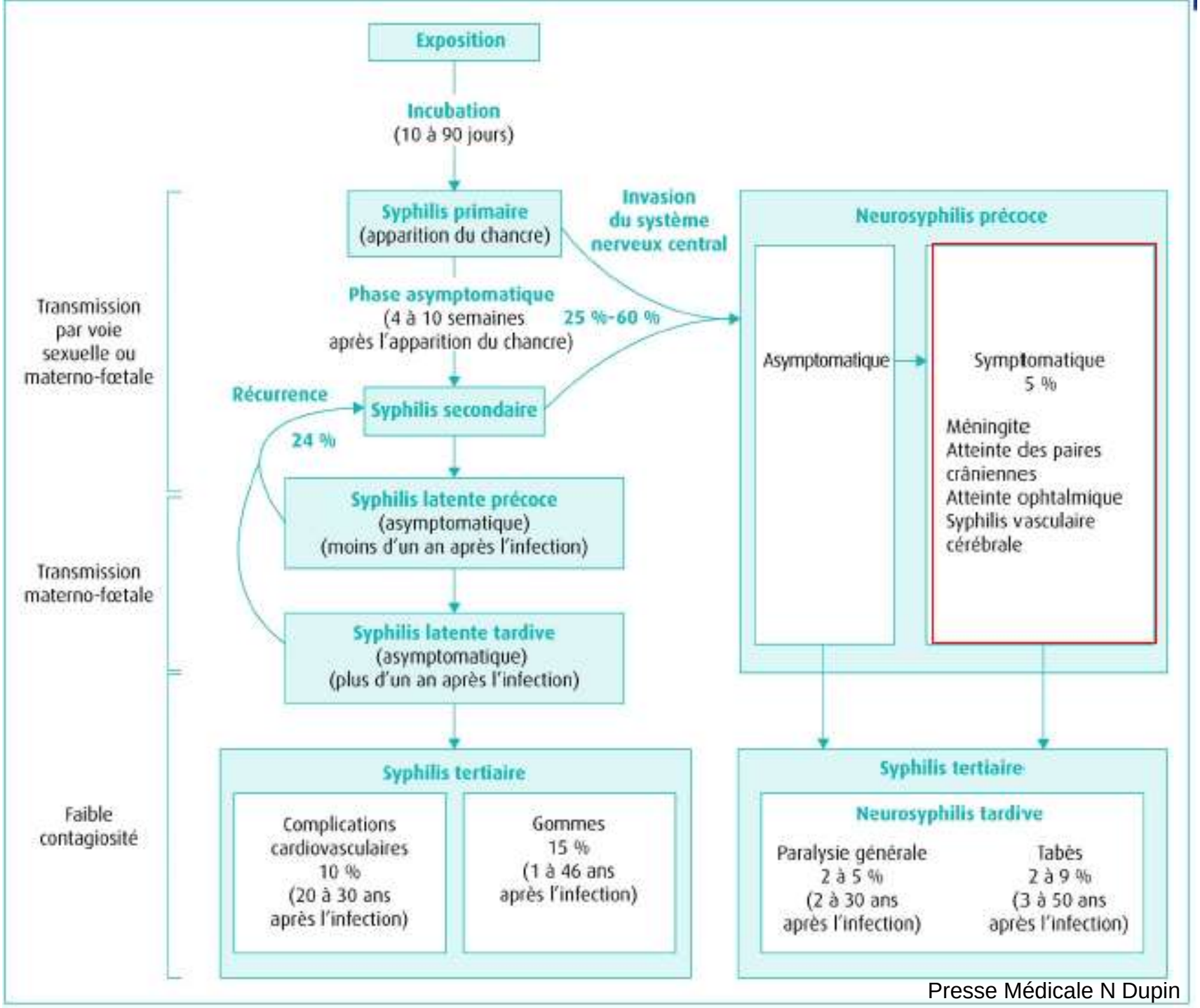
- ↑ surtout chez HSH
- ↑ Non VIH
- ↑ Femmes (partenaire, grossesse) 2d dépistage à 28 S
- ↑ dépistage de formes latentes

Syphilis congénitale

actuellement en France <10 cas/an

- Risque majeur si pas traitée avant la 16 ème semaine
- 40% mortalité
- 10 – 40 % prématurité et retard de croissance

➢ 2d dépistage à 28 semaines si estimation d'un risque



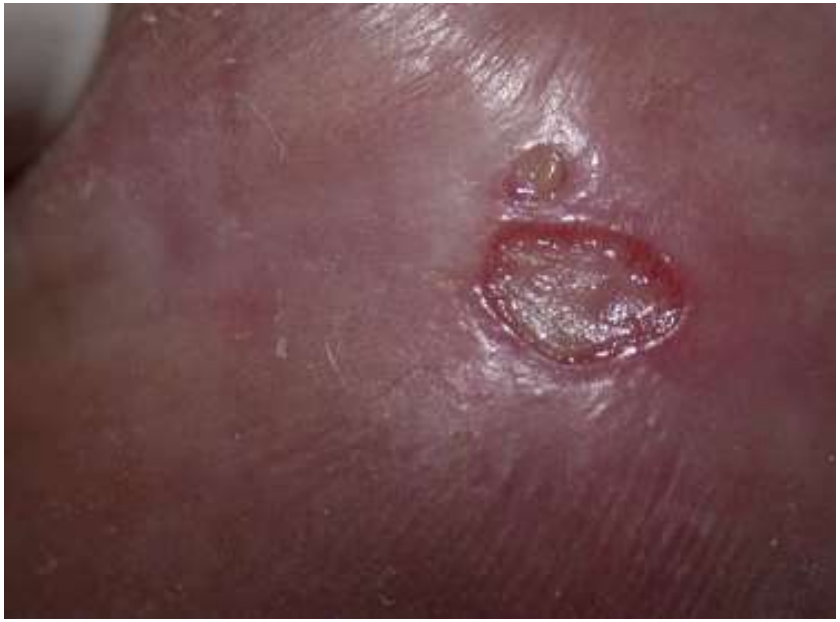
Presse Médicale N Dupin

1 – Syphilis
Phase primaire

le chancre

Chancre typique

Ou atypique



Adénopathie satellite

Cliché, N. Dupin, Tarnier

Cliché, N. Dupin, Tarnier

(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131 - 85 - 2727

HERPES

SYPHILIS

Etiologie d'un chancre:

1 fois sur 2 la clinique nous trompe

Sexually Transmitted Diseases • Volume 37, Number 3, March 2010

Etiology of Genital Ulcer Disease. A Prospective Study of 278 Cases Seen in an STD Clinic in Paris

Emilie Hope-Rapp, MD, Vassili Anyfantakis, MD,* Sebastien Fouéré, MD,* Philippe Bonhomme, MD,* Jean B. Louison, MD,* Thibault Tandeau de Marsac, MD,* Benedicte Chaine, MD,* Pascale Vallee, MD,* Isabelle Casin, MD, PHD,† Catherine Scieux, MD, PHD,† François Lassau, MD,* and Michel Janier, MD, PHD**

TABLE 2. Risk Factor for Syphilitic GUD (Multivariable Analysis)

	OR	95% CI	*P*
Being MSM	51.3	14.7–178.7	<0.001
Geographic origin			
France	1		
Africa	1.1	0.26–5	0.8
Other	3.9	1.2–12.6	0.02
Ulceration diameter			
<10 mm	1		
>10 mm	9.2	2.9–30.7	<0.001

Chancre syphilitique

- Rapports à risque +++ depuis décembre, HIV + connu
- Sueurs nocturnes
- Ulcération depuis 3 semaines > PCR syphilis sur plaie positive

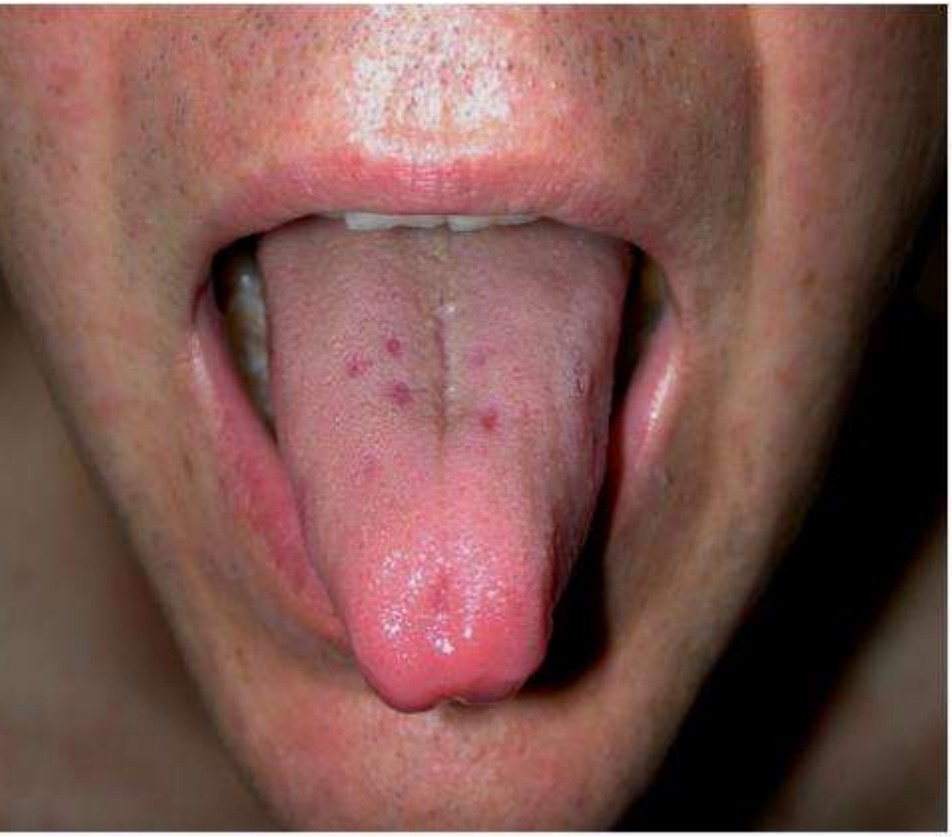
2 - Syphilis: phase secondaire
l'éruption « banale »

- Allergie cutanée ? Mais pas (peu) de prurit
- Virose ?
- Pityriasis Rosé de Gibert ?

Cliché, N. Dupin, Tarnier

Localisation palmaire et/ou plantaire caractéristique

- Syphilides muqueuses
- Condyloma lata



- plaques fauchées
- érosions buccales

perlèche unilatérale

Alopécie en clairière

CONCLUSION :

Lesion semble-t'il à point de départ sous-cutanée frontale droite présentant une agressivité franche responsable d'une lyse de la table externe de la voûte du crâne, d'une diffusion diploïque, d'une atteinte pour le moins de la table interne si ce n'est de la méninge sans anomalie du parenchyme cérébral sous-jacent.

Une biopsie semble pour le moins nécessaire afin d'adapter le traitement en fonction de l'histo-pathologie, après, peut-être, exérèse cutanée ou osseuse.

Cliché Dr Th HULEUX

Un mois après EXTENCILLINE 2,4 MUI…

CONCLUSION :
Régression des signes IRM de l'atteinte osseuse frontale droite comparativement à l'examen réalisé le 8 janvier 2013.

Cliché Dr Th HULEUX

The Great Imitator

Phase secondaire – Phase septicémique
Tableaux trompeurs

- Fièvre, aeg, perte de poids
- Polyadénopathies
- Céphalées
- Douleurs musculaires
- Douleurs osseuses
- Cytolyse…

> Tableau de lymphome, d'hépatite virale? …

SYPHILIS LATENTE (sérologique)

- Syphilis de plus ou moins d'un an ?
  - précoce: moins d' 1 an > traitement COURT
  - Tardive: plus d' 1 an > traitement LONG

- Y a-t-il une atteinte neurologique ou parenchymateuse asymptomatique ?

Syphilis tardive tertiaire

Risques
- neurologique
- cardiovasculaire

Dépistage – Diagnostic de confirmation

1) Test tréponémique de dépistage

- TPHA, FTA
- ELISA +++ Ig G (IgM)
- ~~Western Blot~~: plus cher et pas d'intérêt en pratique

Si le test trèponémique est positif, le laboratoire pratique un:

2) Test non tréponémique = activité

VDRL, RPR **avec titrage**

IgM:
Pas d’intérêt en pratique pour le dépistage

- Peuvent être positives pour une infection ancienne
- Leur intérêt est limité à l’enfant pour la recherche de syphilis congénitale

Au stade du chancre, la sérologie est souvent encore négative

- Le fond noir n'est plus à la nomenclature
- Traiter dans tous les cas
- PCR?

Avenir dans le diagnostic de la syphilis

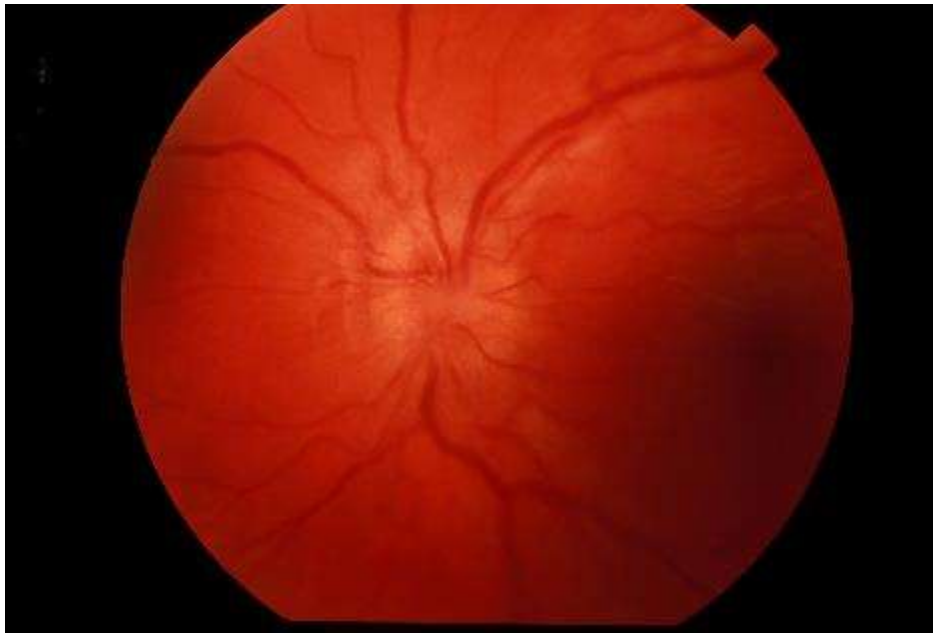
Etude PCR syphilis CNR Dupin Grange

- Peut avoir un intérêt pour la syphilis primaire sur chancre atypique.

  Mais en pratique actuellement, très peu d'indications car la PCR est pratiquée uniquement au CNR syphilis : intérêt « expérimental » pour consolider un diagnostic *a posteriori*

- En cas de suspicion de syphilis neurologique, la PCR syphilis sur LCR fait partie de l'arsenal diagnostique. Sensibilité 40%

A tous les stades y compris la phase secondaire précoce, rechercher une atteinte neurologique



Tous les tissus oculaires peuvent être atteints, possibilité de neuropathie optique également

L’uvéite antérieure est la plus fréquente

Clichés: Pr Labalette

Syphilis neurologique précoce

- Atteinte ophtalmologique
- ORL: Meyniérisme et surdité de perception (« otite », « oreille bouchée »)
- méningite
- Des paires crâniennes
- AVC…

Toute atteinte neurologique au cours d'une syphilis doit évoquer une syphilis neurologique

5 à 10 % des sujets non traités vont développer une syphilis de 1 mois à 30 ans après le chancre

Quand faire une PL ?

- Signe neurologique, quel que soit le stade
- Échec au traitement
- Tétracyclines

- Syphilis tertiaire (tabès , paralysie générale)

L'ATTEINTE NEUROLOGIQUE DEMARRE A UN STADE PRECOCE
RISQUE DE COMPLICATIONS NEURO OPH ORL GRAVES

- 80 cas de syphilis précoce
- 21/ 80 : 26,3% signes neuro,
- LCR pathologique : 6 /14 NEUROSYPHILIS CONFIRMÉES

An Dermatol Venereol 2008 135(6-7): 451-8 C Dumortier

Manifestations extra-cutanéo-muqueuses de la syphilis

Traitement de la syphilis sans atteinte neurologique

Latente précoce < 1 an d'évolution

Latente tardive > 1 an d'évolution ou que l'on ne peut pas dater

Incubation: 10-90 jours post infection (moyenne 21 jours)	**Syphilis primaire** (Chancre)	**Syphilis secondaire** (Symptômes 20% des cas)	**Syphilis tertiaire** (hors neurosyphilis) (Symptômes 10% des cas)

< 1 an : une injection

1

> 1 an : 3 injections

1 — 1 semaine — 2 — 1 semaine — 3

TRAITEMENT : Benzathine pénicilline G
Injection IM de 2,4 Millions d' unités

SI ALLERGIE	SI ALLERGIE
Doxycycline 100 mg/12 h PO pendant 14 j	S'assurer de l'absence de neurosyphilis Doxycycline 100 mg/12 h PO pendant 28 j

CNR Syphilis

Syphilis neurologique

<u>Pénicilline G</u>: 18 à 24 M UI / j - 14 j

(3 à 4 MUI / 4 heures)

= REFERENCE

Alternative: Ceftriaxone 2g/j- 14 jours

Traitement de la syphilis chez la femme enceinte

Latente précoce < 1 an d'évolution

Latente tardive > 1 an d'évolution ou que l'on ne peut pas dater

Incubation: 10-90 jours post infection (moyenne 21 jours)	**Syphilis primaire** (Chancre)	**Syphilis secondaire** (Symptômes 20% des cas)	**Syphilis tertiaire** (Symptômes 10% des cas)

1 an : une injection

> 1 an : 3 injections

TRAITEMENT : Benzathine pénicilline G
Injection IM de 2,4 Millions d' unités
(+ prévention de la réaction d'herxheimer en cas de syphilis secondaire)

SI ALLERGIE : INDUCTION DE TOLERANCE
(voir protocole en annexe)

CNR Syphilis

Syphilis: suivi après traitement

- Seul le test non tréponémique TNT (VDRL ou RPR) **QUANTITATIF** permet de suivre l'évolution > à faire dans le même laboratoire

1259	En cas de suivi thérapeutique, TNT avec titrage : examen précédent + examen itératif La prise en charge de l'acte 1259 est limitée aux suivis sérologiques après traitement des sujets atteints. - En cas de syphilis précoce ; contrôle à 3, 6 et 12 mois ; - En cas de syphilis tardive : contrôle à 6,12 et 24 mois. plus fréquemment chez les patients VIH positifs et la femme enceinte Une négativation, sinon une diminution du titre de 4 fois des Ac du TNT confirme une guérison. Une augmentation par quatre du titre des Ac du TNT permet de poser le diagnostic d'une recontamination.

ELI : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2018/1/24/SSAU1813153S/jo/texte
JORF n°0130 du 8 juin 2018
Texte n° 17

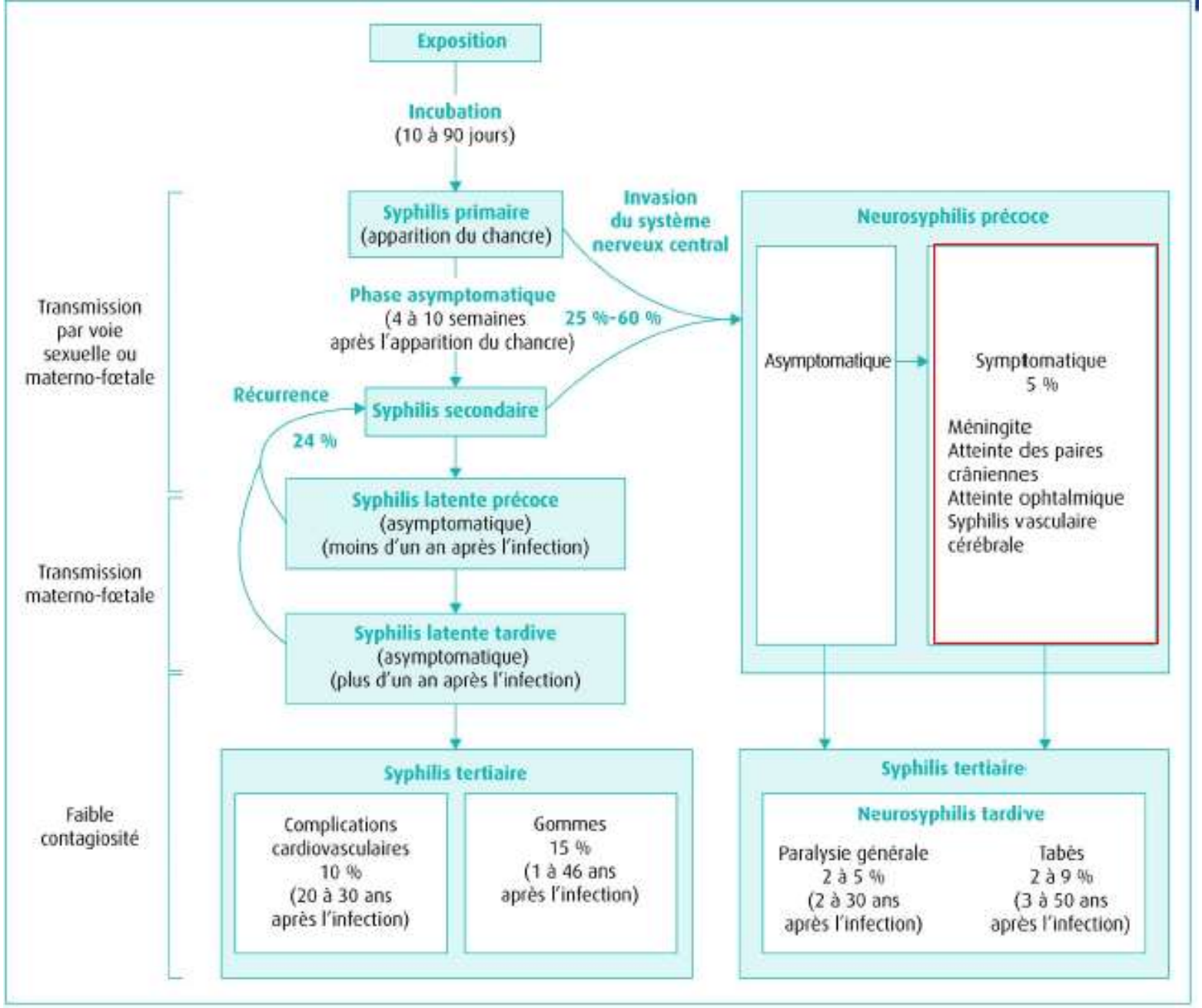
Prise en charge du/ des partenaire(s)

1 - On traite systématiquement le/les partenaire(s) des deux mois précédents quel que soit le résultat de leur sérologie (longueur de l'incubation)

2 – contrôle sérologique des partenaires plus anciens

Syphilis: on ne la voit pas (toujours…)

- Importantes phases de latence
- Régression spontanée des manifestations
- Manifestations cliniques parfois invisibles
- Polymorphisme de la maladie « la grande simulatrice »



Presse médicale N Dupin

Herpès simplex virus HSV 1 et HSV 2

Herpès: le diagnostic clinique peut être facile

- Prodromes
- bouquet de vésicules , micro-érosions
- Adénopathie sensible
- Guérison spontanée en qqs jours
- récurrence

L’herpès typique est facile à reconnaître!

© Saurat et al. Dermatologie et IST Masson Paris 2004

Mais les herpès atypiques sont fréquents

- Fissures,
- érosion superficielle,
- croûte
- « balanite, mycose »…
- Signes urinaires

> Intérêt prélèvement local: (culture) PCR . Pas de sérologie

La primo infection

- Asymptomatique dans 50 à 90 %
- Ou très symptomatique

- Sérologie HSV 2: 15% - HSV1: 65%

HERPIMAX 1999 Malkin and coll Sex Transm Infect. 2002 Jun;78(3):201-3

Portage HSV 2

- 20 % ont un diagnostic HERPES
- 20% sont excréteurs asymptomatiques
- <u>60% sont symptomatiques non diagnostiqués</u>

Tableau II. – Séropositivité HSV2.

* **Séropositivité HSV2 (population générale)**	
• 5-15 %	Europe de l'Ouest, Japon, Inde, Chine, Philippines
• 10-20 %	Canada
• 10-30 %	USA, Europe de l'Est, Maroc, Indochine, Afrique de l'Ouest
• 30-50 %	Amérique du Sud, Corée
• 40-80 %	Afrique centrale et australe

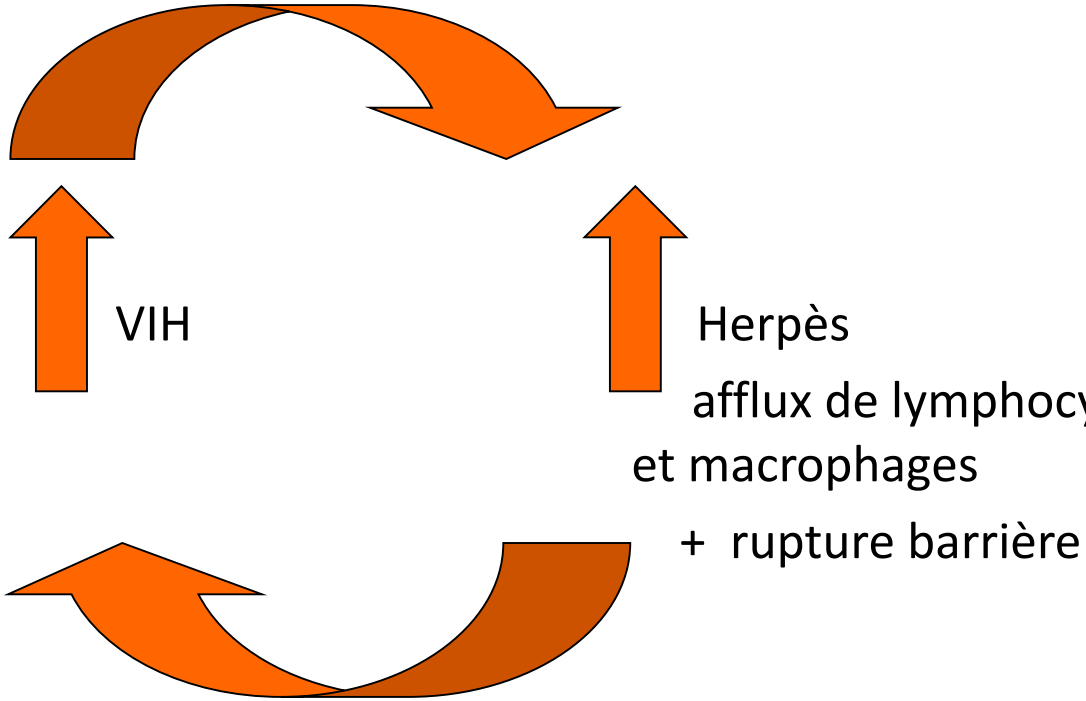
* **Facteurs de risque**

- sexe féminin
- âge
- bas niveau socio-économique
- nombre de partenaires sexuels
- durée activité sexuelle/âge des premiers rapports sexuels
- infection VIH
- antécédents de MST
- discutés : - séronégativité HSV1
  - faible utilisation de préservatifs
  - hétérosexualité

HERPES

- ↑ prévalence partout dans le monde

- 1ère cause d'ulcération génitale



Traitement de l'herpès génital

VALACICLOVIR : 500 mg x 2/ j

Primo infection: 10 jours
Récurrence: 5 jours (hors N)

Prophylaxie

si au moins 6 épisodes/ an:

VALACICLOVIR 500mg/j

En cas d'IMMUNODÉPRESSION: 500 mg X 2 /j

Photos A Vermersch
CH Valenciennes

Primo infection VIH

Photos A Vermersch
CH Valenciennes

Contexte tropical

CHANCRE MOU
Haemophilus ducreyi

DONOVANOSE

Bacille de Donovan ou *Klebsiella granulomatis*

Autres IST

- Hépatite B
- Epidémies d'hépatites C, A, méningocoque chez patients HSH
- *Sarcoptes scabiei* , *Phtirius inguinalis*

CAT face à une ulcération génitale aiguë/ IST

- **Syphilis** **Test tréponémique et non tréponémique (VDRL ou RPR)**
- **VIH** **Sérologie VIH , PCR VIH si doute pour primo infection**
- **Herpès** **PCR sur fond d'ulcération/ vésicule**

+/-

- LGV PCR *Chlamydia trachomatis* sur fond d'ulcération

+ Péni G retard au moindre doute

+/- Valaciclovir

Que rechercher face à une ULCERATION GENITALE ?

Ulcération génitale aiguë

Rechercher d’abord une IST:

- syphilis +++
- VIH
- herpès
- chlamydia

Mais toutes les ulcérations génitales aiguës ne sont pas des IST…

Ulcération génitale

- Causes physiques: traumatiques, caustiques, brûlures
- **Infectieuses : aigüe**
  - **IST**
  - ulcère aigu de la vulve de Lipschutz (EBV)
- Inflammatoire
  - aphtose bipolaire, maladie de Behçet
  - RCH, Crohn
  - Lichen érosif
- Dermatoses bulleuses
  - Dermatoses auto-immunes
  - Toxidermies /érythème pigmenté fixe…
- Leuconeutropénies

Ulcère aigu de la vulve de Lipschütz

An Dermatol -09-2001 L. Dehen C. Vilmer

Souvent primo infecion CMV ou EBV
Sans aucune relation sexuelle

Photos
Clinique Dermatologique
CHRU de Lille

Lichen
lichen érosif

Erythème pigmenté fixe

- toxidermie

Photo Pr N Dupin
La presse Médicale
2013

Balanite de Zoon à plasmocytes

Balanite de Zoon
à plasmocytes

Ulcération génitale chronique

Posez-vous toujours la question d'une

NEOPLASIE ?

Ulcération chronique

Ulcération chronique

- Herpès chronique > Immunodépression > VIH ?
- Néoplasie ?

Ulcération chronique

Clinique Dermatologique CHRU de Lille

Ulcération chronique = biopsie +/- pcr herpès séro VIH

Clinique Dermatologique CHRU de Lille

Erythroplasie de Queyrat

Carcinome intraépithélial

Bowen

Erythroplasie de Queyrat

Papulose bowenoïde

Carcinome verruqeux

Clinique Dermatologique CHRU de Lille

Quelques autres manifestations génitales qui ne sont pas des IST

Lichen

Photos: Clinique dermatologique chru lille

Lichen scléro atrophique

Lichen vulvaire

Lymphangite sclérosante de la verge

processus inflammatoire veineux de résolution spontanée

Dermite séborrhéique

Figure 6.25. Dermite séborrhéique. Gland et prépuce distal. Balanoposthite non spécifique. Le patient présentait une éruption caractéristique affectant la glabelle et le tronc.

Figure 6.23. Dermite séborrhéique. Balanoposthite avec sébo-psoriasis (même cas que la figure 6.28).

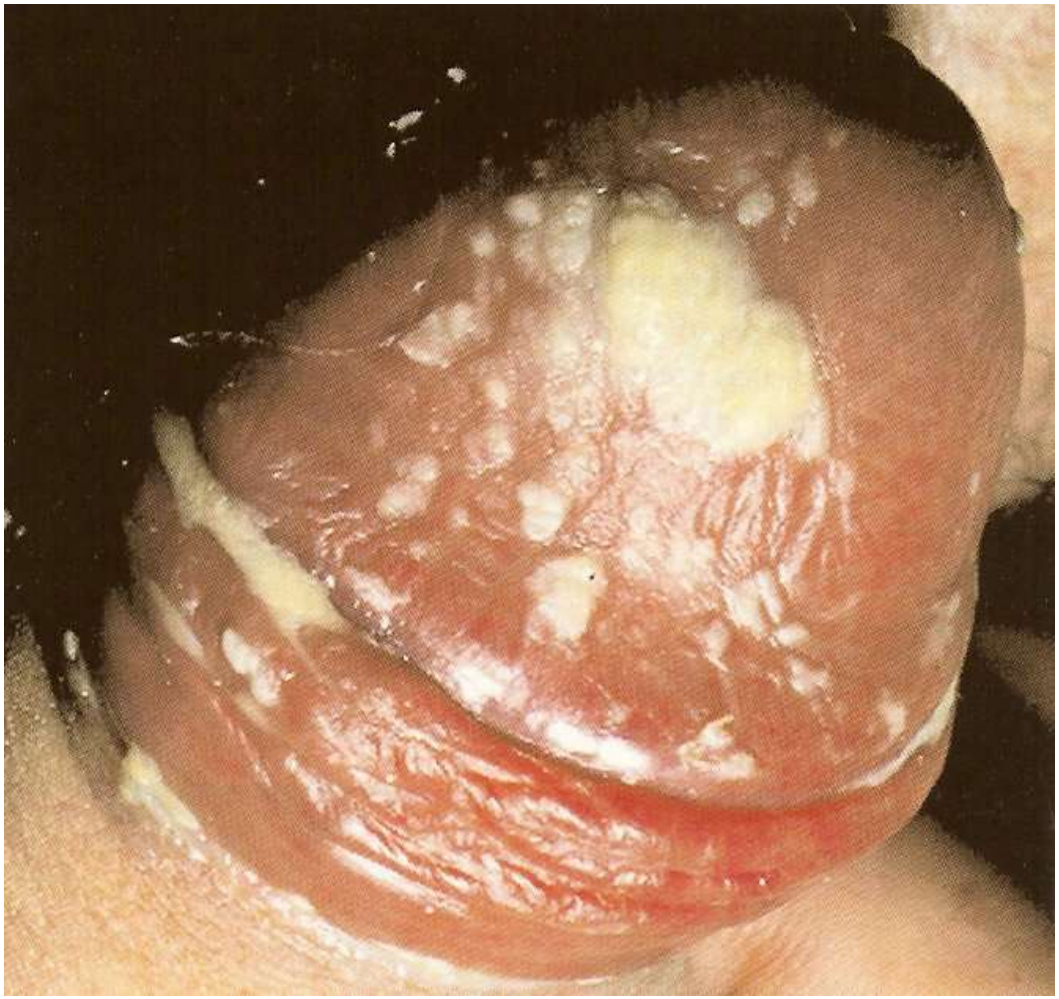
Dermatologie génitale masculine
Bunker
Elsevier

Dermite séborrhéique

Dermatologie génitale masculine
Bunker
Elsevier

Figure 6.24. Dermite séborrhéique. Pénis et prépuce. Posthite proximale non spécifique. Patient atteint d'une dermite séborrhéique du cuir chevelu (casque séborrhéique), du visage et du tronc.

Balanite candidosique



Balanite candidosique

> rechercher un diabète DIABETE
Ce n’est pas une IST

Des particularités anatomiques physiologiques

Photo Précis de dermatologie Saurat

Papules perlées du gland : petits angiofibromes PHYSIOLOGIQUES

Grains de Fordyce:
accumulation de sébum PHYSIOLOGIQUE dans les
glandes sébacées sous l'effet de la testotérone (apparaissent à l'adolescence)

Infections Sexuellement Transmissibles

Quelques acronymes :

- CeGIDD: Centre Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles , du VIH et des Hépatites

- PrEP: Prophylaxie Pré-exposition

Conclusion 1: Devant une IST ou un risque

- Sérologies VIH, VHB, VHC, TPHA VDRL (contrôle à 2 mois)
  VHA si HSH

- PCR *Ct Ng*
  - urines 1er jet (H)
  - auto prélèvement vaginal (F)
  - gorge
  - Auto-prélèvement anal

- Recherche de condylomes +/ - ex proctologique avec frottis, examen gynécologique

<u>+ dépister et traiter la/le/ les partenaire (s)</u>

Conclusion 2: Devant une ulcération chronique

Ne pas passer à côté d‘une néoplasie

Merci