



Dermatologie
MALADIES SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES:MST

Concepteur du cours: Dr MOHAMED DENGUEZLI

Attention !

Ce produit pédagogique numérisé est la propriété exclusive de l'UVT. Il est strictement interdit de la reproduire à des fins commerciales. Seul le téléchargement ou impression pour un usage personnel (1 copie par utilisateur) est permis.

- Les MST sont des maladies infectieuses, bactériennes, virales et parasitaires se transmettant au cours des rapports sexuels de façon isolée ou associée.

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

- Les MST connaissent actuellement un regain d'intérêt, vu l'augmentation de leur fréquence dans le monde, et l'apparition de pathologie nouvelles et de germes nouveaux.

- Certaines d'entre elles constituent un problème de santé publique dans de nombreux pays. La Tunisie n'est pas épargnée. Sans être un problème majeur de santé, certaines de ces maladies préoccupent pour leur prise en charge, notamment les urétrites et actuellement le SIDA.

- Leur meilleur traitement est préventif, ce sont des maladies évitables.

- Les MST peuvent avoir des conséquences graves en dehors d'un traitement précoce et efficace. Devant toute suspicion de MST la conduite à tenir est:

*de confirmer le diagnostic

*de faire une enquête épidémiologique

*de traiter le malade et le ou les partenaires

*de rechercher les autres MST(une MST peut en cacher d'autres).

LES URETRITES

A/ URETRITE GONOCOCCIQUE

- Agent causal : Neisseria gonorrhoeae (diplocoque gram-)
- Incubation brève 2 à 3 jours
- Contamination sexuelle
- Clinique

® Chez l'homme :

- urétrite aiguë
- écoulement urétral purulent
- brûlure ("chaude pisse") miction douloureuse ("lames de rasoir")
- complications : prostatite, épididymite, rétrécissement urétral.

® Chez la femme :

- en général asymptomatique
- bartholinite unilatérale, vulvo-vaginite,

- complications : salpingite, endométrite, pelvi-péritonite

- risque d'ophtalmie purulente chez le nouveau-né

Risque de stérilité chez les deux sexes.

Diagnostic : examen direct d'un prélèvement urétral (diplocoque gram - intra et extra cellulaire) et culture.

TRAITEMENT :

- minute par :

. la spectinomycine (trobicine) 2 g IM chez l'homme et 4 g IM chez la femme

. l'extencilline 2,4 M en IM l'avantage est d'éradiquer en même temps une syphilis mais de plus en plus de souches de gono résistantes.

. la ceftraxone (Rocéphine) : une injection IM unique de 125 ou 250 mg.

. la ciprofloxacine (Ciflox) : prise orale unique de 500mg.

- Du fait de la fréquence des co-infection par Chlamydia trachomatis, un traitement antichlamydien doit être systématiquement adjoint (cycline ou macrolide).

- traitement des partenaires

- si l'écoulement persiste :

. penser à une recontamination (refaire le traitement en changeant de préférence d'antibiotique)

. chercher un autre germe que le gonocoque ou une association.

B/ URETRITES NON GONOCOCCIQUE

Elles sont de nos jours, devenues de plus en plus fréquentes.

Leur diagnostic est plus difficile car nécessite le recours à un laboratoire spécialisé.

Elles peuvent être à l'origine de complications graves d'autant plus que leur symptomatologie est pauvre et elles peuvent même passer inaperçues.

Il s'agit souvent d'un écoulement séreux ou jaunâtre, très discret, parfois d'une goutte matinale, rarement d'une urétrite aiguë. Chez la femme, la symptomatologie est plus discrète ou parfois absente.

ETIOLOGIE

- Chlamydia trachomatis :

. bactérie à développement intracellulaire obligatoire

- . incubation : variable, plus longue

- . risque de stérilité

- . complications extragénitales : conjonctivite, syndrome de Fiessinger Leroy-

Reiter

- . diagnostic : culture délicate, immunofluorescence

- . traitement : Cyclines (tétracyclines 500mg X4/j, doxycycline (vibramycine 200

mg /j), minocycline (mynocine 200 mg/j) pendant 7 jours pour les infections non

compliquées, 14 jours au moins pour les formes compliquées ou Erythromycine 2 g/j

pour femme enceinte et enfant et l'azithromycine (zithromax) en prise unique est

aussi efficace.

- Mycoplasme : ureaplasma urealyticum, même symptomatologie fruste que les chlamydiae, traitement cycline.

- Trichomonas vaginalis

- . c'est un parasite flagellé mobile de petite taille très fréquent

- . chez l'homme souvent asymptomatique, rarement urétrite subaiguë

- . chez la femme : vaginite, vulvo-vaginite plus rarement salpingite

. diagnostic facile : examen parasitologique

. traitement : Flagyl 10 cp en une prise ou 2 cp/j pendant 10 jours, traitement des partenaires.

LES ULCERATIONS GENITALES RARES

LE CHANCRE MOU

Agent causal : Haemophilus ducreyi

Incubation : 2 à 5 jours

Le chancre d'inoculation est une ulcération, douloureuse à fond sanieux inflammatoire, accompagnée d'une adénopathie sensible devenant inflammatoire pouvant suppurer et fistuliser. Le chancre est souvent multiple, auto-inoculable.

Traitement : Bactrim 4 cp pendant 15 jours.

LYMPHOGRANULOMATOSE INGUINALE OU MALADIE DE NICOLAS-

FAVRE

Agent : chlamydia trachomatis

Incubation : 10 à 30 jours

Le chancre est minime (micro-chancre) passant souvent inaperçu, surtout chez la

femme

Le symptôme principal est l'adénopathie unilatérale inflammatoire se fistulisant en "pomme d'arrosoir".

Evolution : lente

Complications : anorectite proliférante et sténosante, éléphantiasis des organes génitaux

Diagnostic : culture difficile, sérologie

Traitement : Cyclines.

GRANULOME INGUINAL = DONOVANOSE

Rare

Régions tropicales ou sub-tropicales

Agent : Calymatobactérium granulomatis (genre de Klebsielle)

Ulcération ovale, granulomateuse de la verge ou de la vulve, unique ou multiple

Pas d'adénopathie

Aucune tendance à la guérison

Diagnostic : examen direct : découverte de corps de Donovan

Traitement : Cyclines, Bactrim 10 à 20 jours.

LE SIDA : SYNDROME IMMUNODEFICITAIRE ACQUIS

L'O.M.S. estime le nombre de cas de 9 à 10 M dans le monde. En Tunisie, la situation n'est pas alarmante actuellement (906 cas séropositif et 529 cas de SIDA dont 329 décès jusqu'au mois d'octobre 1999), mais le nombre de cas augmente chaque année (entre 80 et 100 cas par an) ce qui doit nous inciter à plus de prudence et à intensifier les campagnes de préventions.

Le SIDA est dû à un rétrovirus à ARN qui se transmet par contacts sexuels, mais aussi par l'intermédiaire de produits de sang contaminé.

Les groupes à risques sont des sujets homo ou hétérosexuels à partenaires multiples, les utilisateurs de drogues en IV, les hémophiles et les polytransfusés.

Cliniquement, il s'agit d'un syndrome de carence immunitaire T majeure, exposant à des infections récidivantes et successives aux germes opportunistes (pneumopathie à pneumocystis carinii, tuberculose pulmonaire, toxoplasmose cérébrale....).

Les manifestations cutanées du SIDA sont importantes et très polymorphes, on

distingue:

1-les manifestations infectieuses

- les manifestations infectieuses mycosiques ;

les candidoses oropharyngée mais aussi digestives, pulmonaire, vaginale et unguéale.

les levures pityrosporiques avec une dermatite séborrhéique très étendue ou des lésions acneiformes à type de folliculite.

les dermatophyties profuses et extensives surtout à *T. Rubrum*.

les mycoses profondes: cryptococcose et histoplasmosse.

- les infections virales ;

l'herpès simplex (HSV) mucocutanée, buccal ou génital souvent extensif, ulcéreux, sévère, d'évolution prolongée et récurrent, résistant au traitement.

l'herpès zoster (HZV); varicelle profuse et nécrotique se compliquant de pneumonie et d'encéphalite chez les enfants sidaïques, zona sévère et extensif (zona-varicelle).

le cytomégalovirus (CMV): rash morbiliforme, purpura, ulcérations

cutanéomuqueuses periorificielles souvent génito périnéales.

le virus d'Epstein Barr (EBV) responsable de la leucoplasie chevelu de la langue.

le pox virus responsable de lésions profuses de molluscum contagiosum, parfois géantes pouvant ressemblées aux lésions provoquées par le cryptococcus néoformans ou par l'histoplasma d'où la nécessité de faire une histologie pour départager.

- les infections bactériennes:

infections à staphylocoque, streptocoque, pseudomonas, (ecthyma, cellulite, abcès).

association SIDA syphilis fréquente.

infections à mycobactéries: tuberculose, mycobactéries atypiques..

2- les néoplasies

- le sarcome de Kaposi se voit dans 1/3 des cas, les lésions sont plus petites que dans le Kaposi classique, moins violacées, moins nodulaires, très disséminées avec des atteintes muqueuses et envahissement ganglionnaire. Le pronostic est péjoratif.

- les lymphomes: plusieurs types de lymphomes, essentiellement à B

lymphocytes et haut degré de malignité, pouvant donner des localisations cutanées.

3- Autres manifestations

- le prurigo: lésions érythémateux papuleuses prurigineuses n'ayant aucune explication et persistant pendant toute la durée de la maladie.

- réactions allergiques diverses aux médicaments plus au cours du SIDA (toxidermie au bactrim).

- purpura dans le cadre d'une vasculite à immuns complexes.

- sécheresse anormale des téguments.

- psoriasis récalcitrant.