FMC de Tourcoing
Mardi 7 novembre 2017

Les écoulements génitaux
Actualités en 2017

Dr Isabelle Alcaraz - dermatologue
&
Dr Thomas Huleux - généraliste

Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur
CH DRON - Tourcoing

C’est l’histoire de Charles

Charles …

- Jeune homme de 23 ans
- étudiant en école de commerce
- vit en colocation
- appendicectomie dans l’enfance
- non tabagique mais cannabis « à l’occasion.. »

Et Charles L. vous dit que…

- Depuis une bonne semaine
- sensation au début de picotements urinaire
- liquide blanchâtre au niveau du gland malodorante tâchant les sous vêtements
- traitement local anti-mycosique conseillé à la pharmacie
- mais « Pour uriner, c’est de pire en pire! »
- « On m’a dit que c’était sans doute une infection urinaire ! »

Donc une prostatite?

Avec une mycose génitale?

Qui tâche les sous vêtements?

Que faites-vous?

A l’examen clinique de Charles L.

C’est une urétrite!

Quel(s) germe(s) est(sont) à prendre en compte pour la suite de la prise en charge d'une urétrite **symptomatique**?

- *E. Coli?* — **INFECTION URINAIRE**
- *Ureaplasma urealyticum?* — **URETRITE CHRONIQUE (?)**
- *Chlamydia trachomatis?* — **50% DES URETRITES**
- *Mycoplasma genitalium?* — **EN 2ème INTENTION**
- *Neisseria gonorrhoeae?* — **90% DES URETRITES**

« C’est fréquent? »

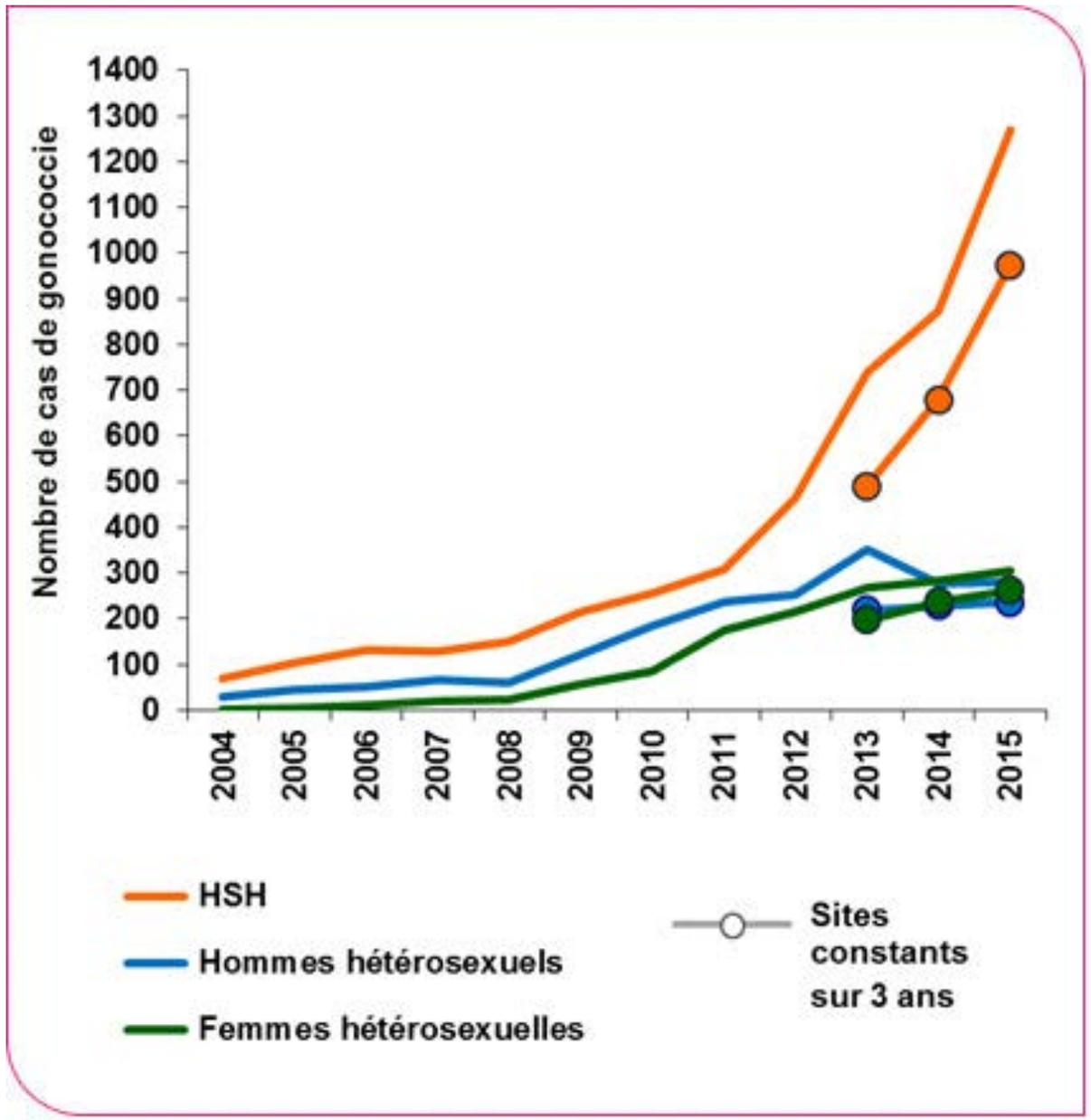
Les données 2015 de surveillance des IST bactériennes aboutissent aux principaux constats suivants :

> Le nombre d’infections à gonocoque continue d’augmenter (62% entre 2013 et 2015). L’augmentation est plus marquée chez les HSH (+99% sur la même période) comparativement aux hétérosexuels (+20%). Les augmentations sont observées en Ile-de-France et dans les autres régions;

> Une augmentation de 10% du nombre d’infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* notifiées est observée entre 2013 et 2015, en lien avec une augmentation hors Ile-de-France. Les deux tiers des cas rapportés en 2015 sont des femmes (64%), en majorité âgées de 15 à 24 ans, ce qui reflète en partie l’application des recommandations du dépistage systématique des jeunes femmes dans les centres dédiés ;

Evolution annuelle du nombre de cas de gonococcies selon l'orientation sexuelle

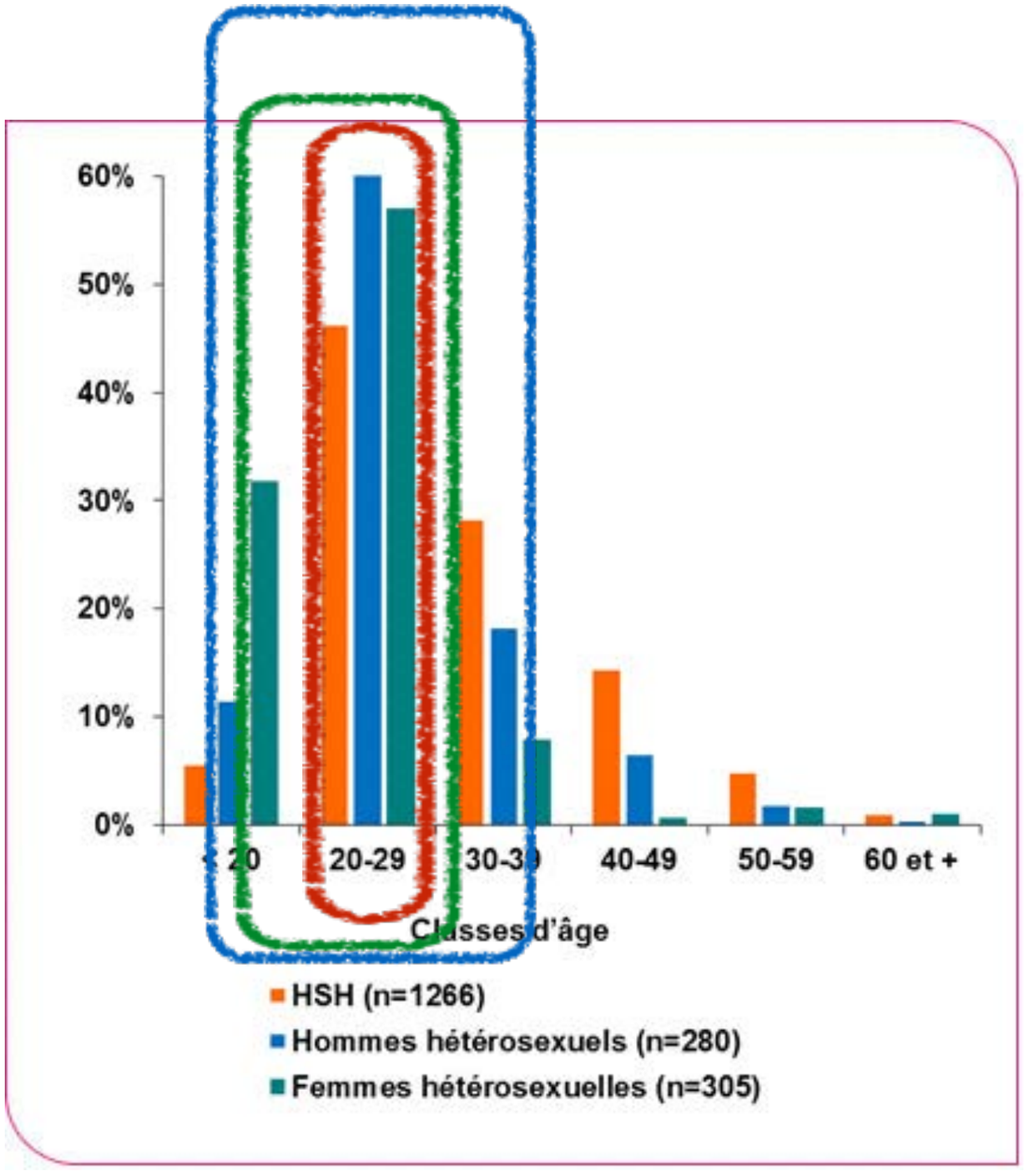
Réseau Rénago 2004/2015 - INVS janv. 2017



Le plus souvent symptomatique chez les HOMMES!

Distribution des cas de gonococcie par classe d'âge selon le sexe et l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2015

Réseau RésIST 2004/2015 - INVS janv. 2017



Population jeune!

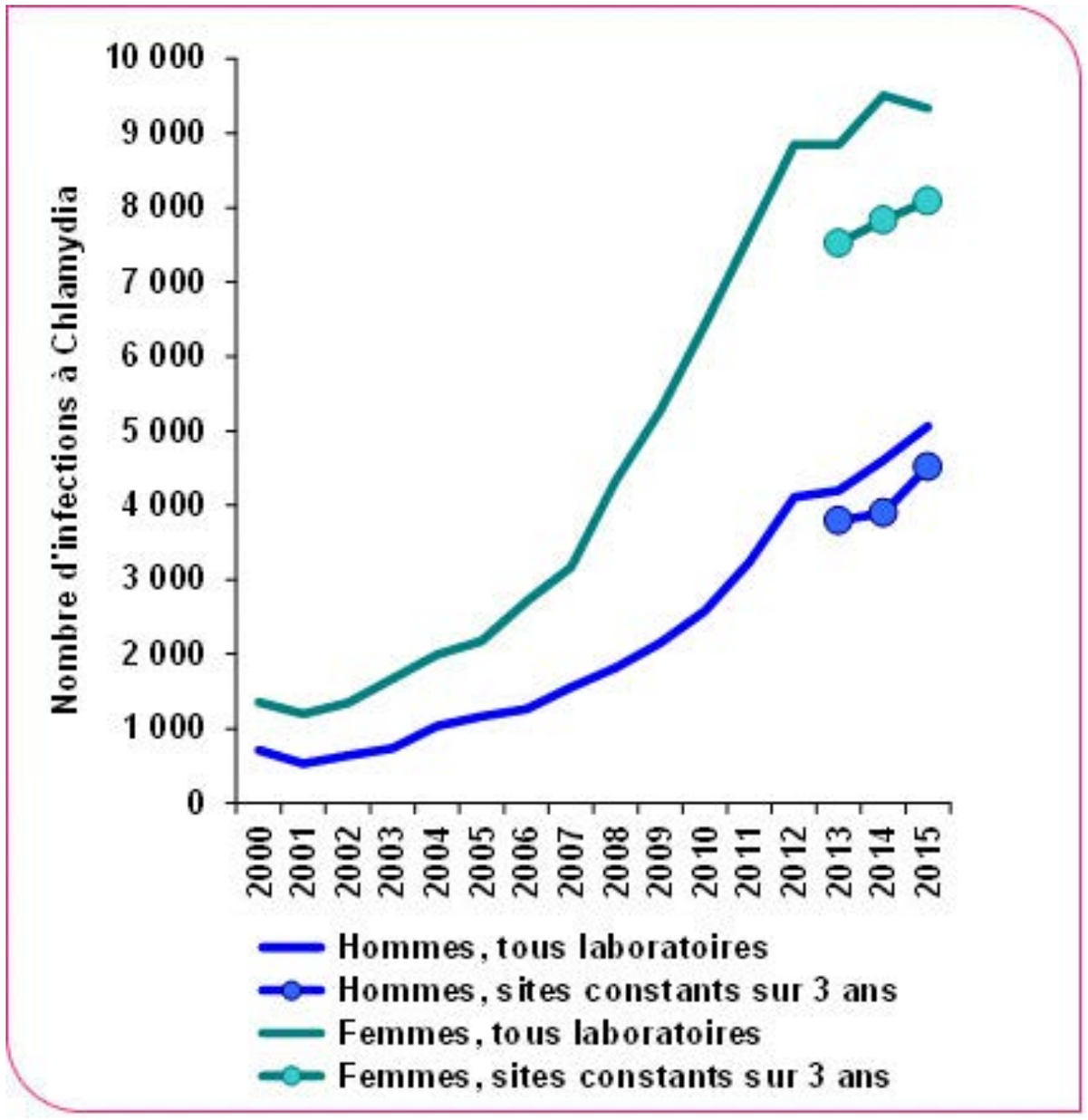
Pic chez les 20-30 ans

Femmes: 90% avant 30 ans

Hommes: 90% avant 40 ans

Evolution annuelle du nombre de cas d'infection à Chlamydia selon le sexe

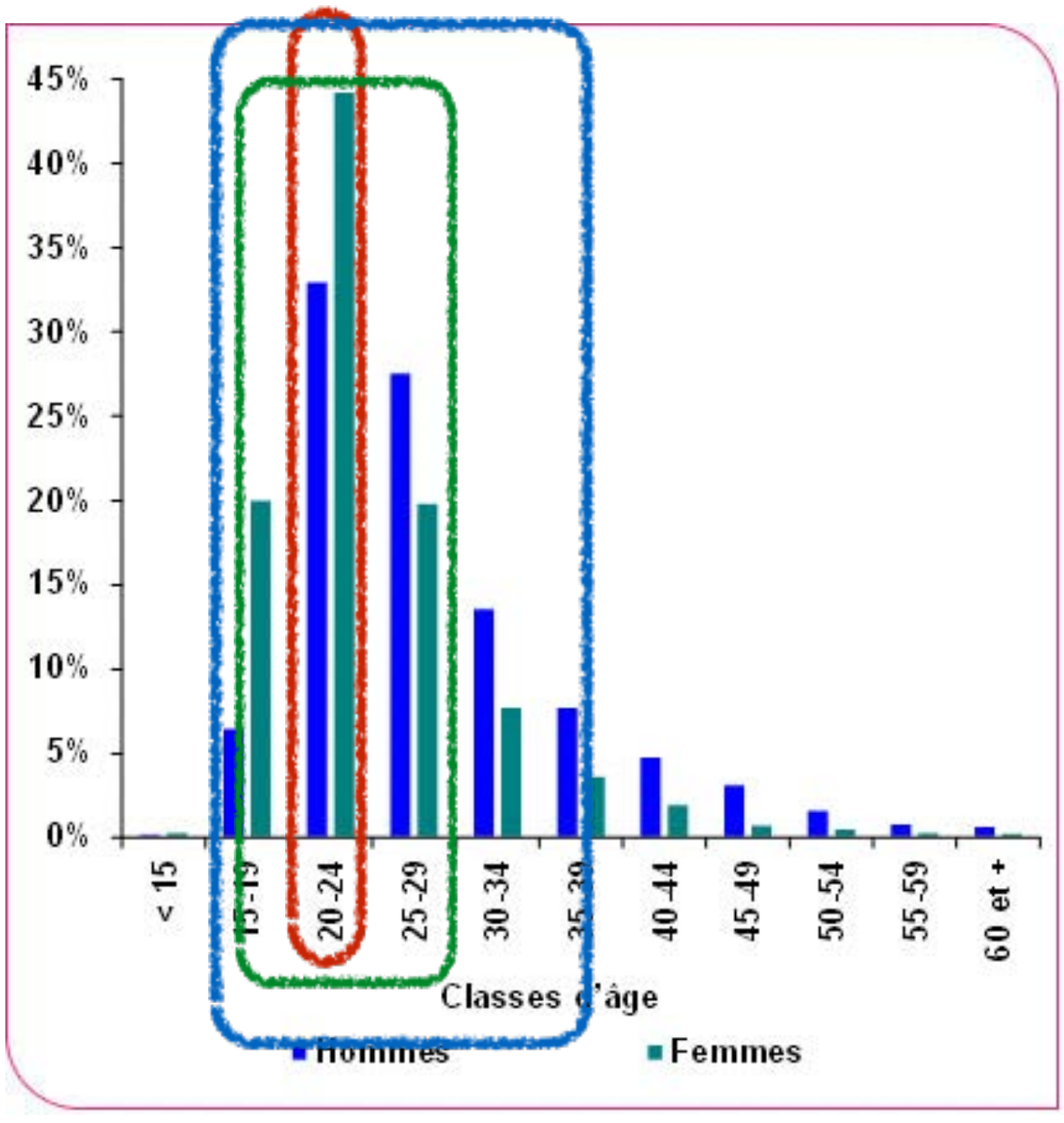
Réseau RénaChla 2000/2015 - INVS janv. 2017



Le plus souvent Asymptomatique dans les DEUX SEXES!

Distribution des infections à chlamydia par classe d'âge et selon le sexe

Réseau RénaChla 2015 - INVS janv. 2017



Population jeune!

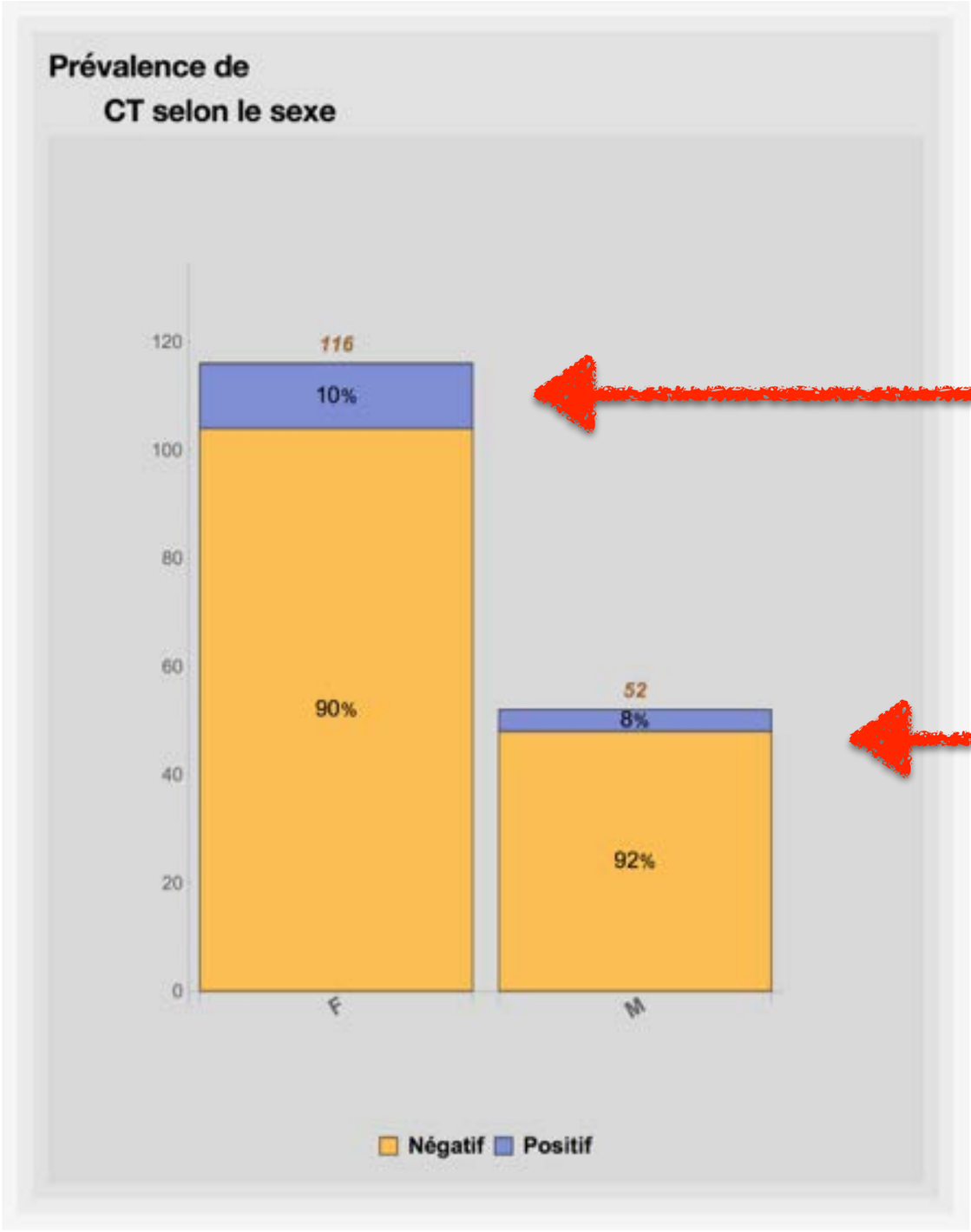
Pic chez les 20-24 ans

Femmes: 90% avant 30 ans

Hommes: 90% avant 40 ans

A prendre en compte avec les recommandations de dépistage?

Etude EDDISTU (2014/15)

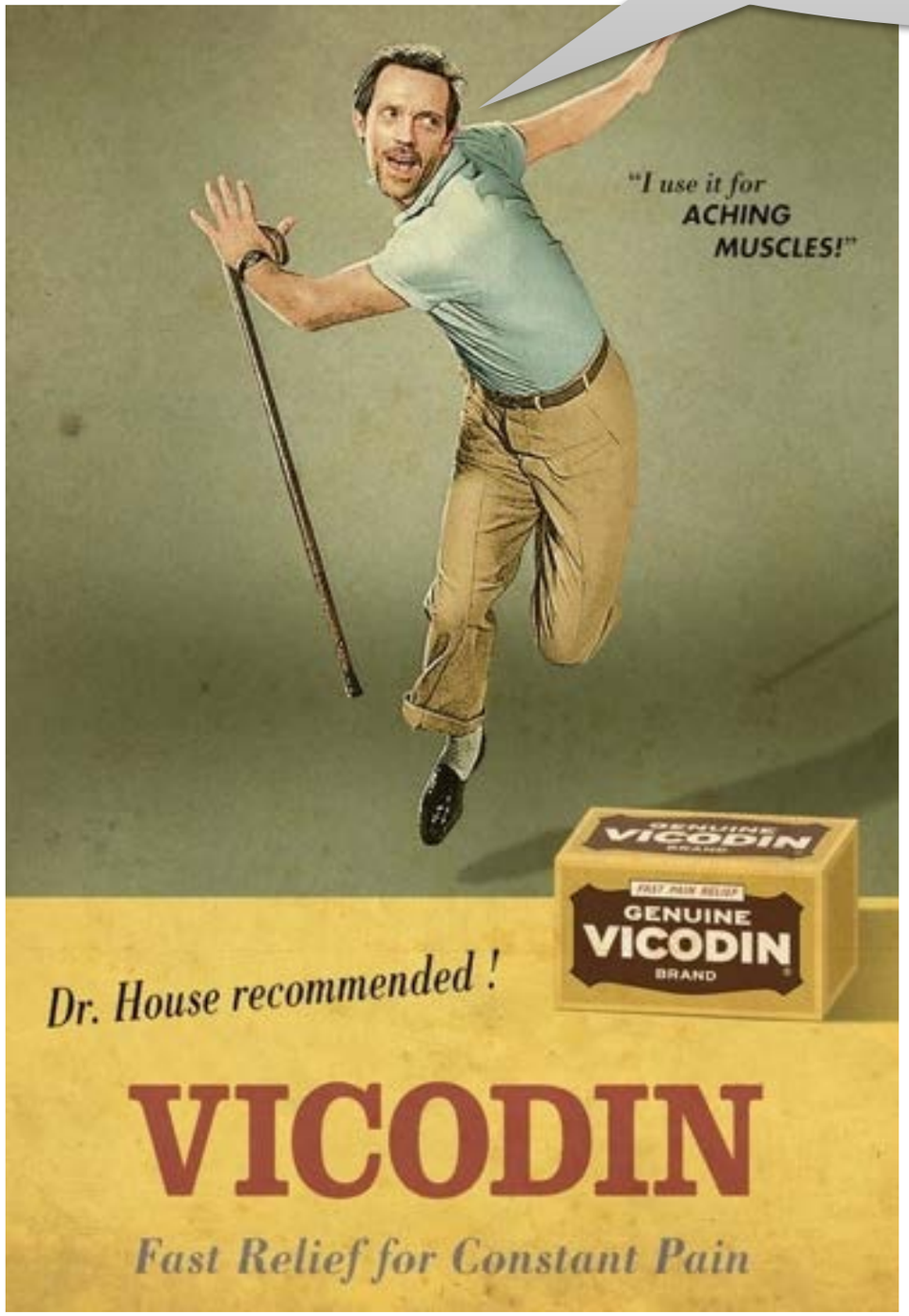


Prévalence de 10% chez les femmes!

Prévalence de 8% chez les hommes!

Dr Alice Mathieu & all.

Mais revenons à Charles car pendant ce temps, il souffre toujours!



Gono
dans 90% des cas,
il est évident que c'est une urétrite à gonocoque..???

Que proposez-vous?

- Vous lui prescrivez une antibiothérapie?
- Vous lui prescrivez un bilan paraclinique?
- Vous lui prescrivez un bilan paraclinique et une antibiothérapie?

Quel bilan microbiologique devant une urétrite/cervicite?

Diagnostic microbiologique des infections gonococciques

Ecoulement urétral

Examen direct + Culture (milieu de transport spécifique) avec **antibiogramme++** (resistance croissante aux antibiotiques)

Col
Gorge
Anus
Urine

PCR* (très sensible mais pas d'antibiogramme possible)

PCR*: **1er jet d'urine ayant stagné dans la vessie sans toilette intime**
Prélèvement local: col utérin, pharyngé ,anal
Prélèvement possible par auto prélèvement vaginal +++ (et anal)

Diagnostic microbiologique des infections à chlamydia

Col
Gorge
Anus
Urine

PCR* (très sensible mais pas d'antibiogramme possible)

PCR*: **1er jet d'urine ayant stagné dans la vessie sans toilette intime**
Prélèvement local: col utérin, pharyngé ,anal
Prélèvement possible par auto prélèvement vaginal +++ (et anal)

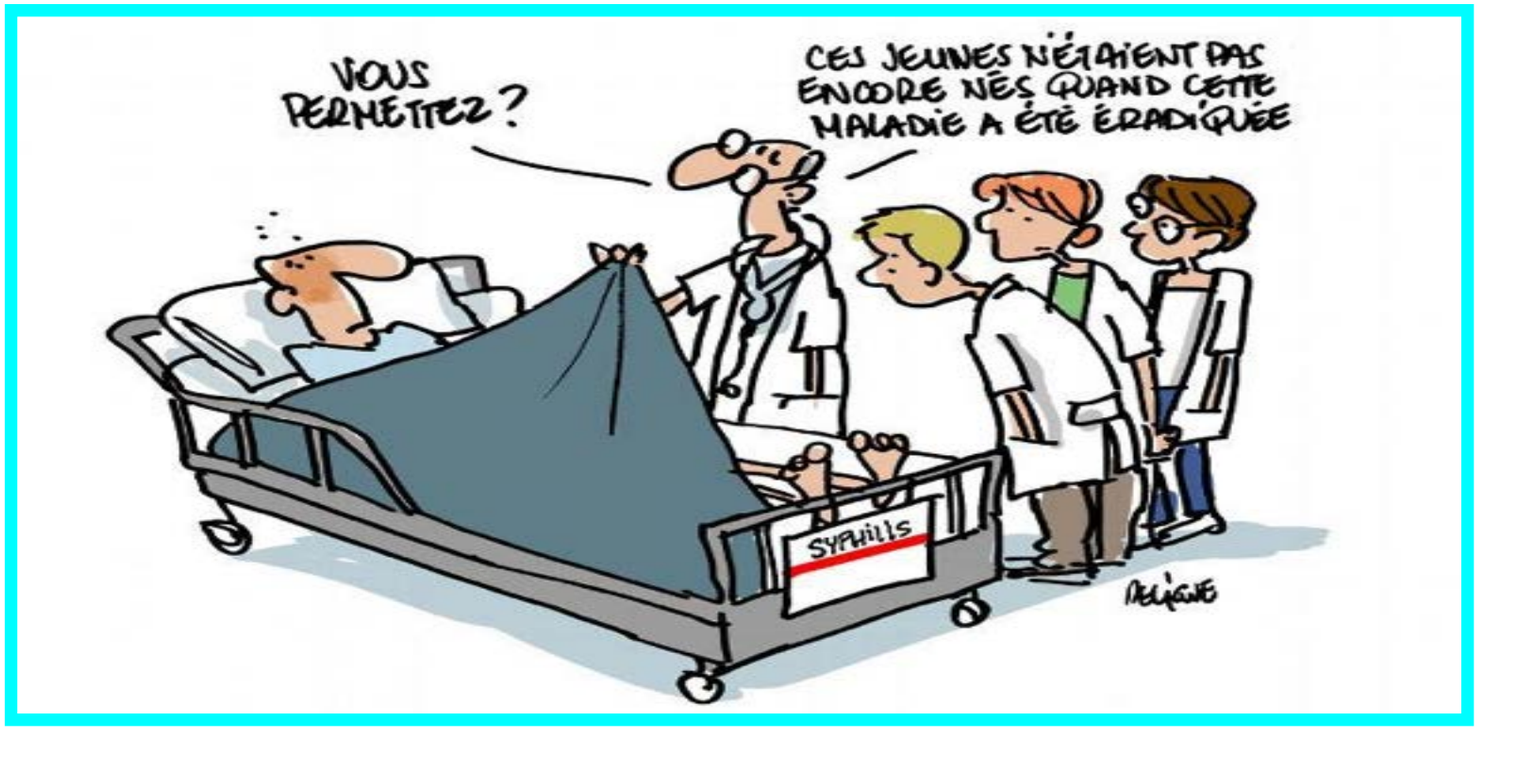
Et les sérologies?

Aucune valeur des sérologies Chlamydia dans les infections génitales basses non compliquées

Et encore moins la sérologie Gonocoque!

Et donc vraiment aucune sérologie à prescrire??

Sérologie Syphilis



Sérologie VIH1/2

Sérologies hépatites B et C

Que lui propose-t-on comme traitement?

<u>Traitement anti-gonocoque</u>

Ceftriaxone = ROCEPHINE ® : 500 mg en dose unique en IM ou IVDL

OU UNIQUEMENT *en cas d'allergie*

Azithromycine 2g dose unique ou Gentamycine 24Omg IM ou Ciprofloxacine 500mg dose unique AVEC documentation microbiologique à recontrôler à J7

+

<u>Traitement anti-chlamydia</u>

Doxycycline : 200 mg/j pendant 7 jours

Azithromycine : 4 cp à 250mg soit 1000 mg en dose unique PO

Donc toujours faire un traitement mixte chlamydia/gonocoque!

Et parce qu'une I.S.T. n'arrive jamais par hasard… On n'oublie pas de:

Proposer
le dépistage
et le traitement
systématique
du/de la/des
partenaires
< 6-8
semaines

Et pour la petite histoire:
incubation courte du gonocoque … mais portage asymptomatique +/- long du chlamydia

« et je guéris quand? » s'inquiète Charles

- Guérison clinique : amélioration dès J3 et contrôle avant J8 d'une urétrite à chlamydia et/ou à gonocoque (et vous pourrez lui remettre l'ensemble de ses résultats, lui parler de prévention, de vaccination VHB, voire VHA..)

- Guérison biologique (mais aussi absence de recontamination) contrôle à S6 par PCR (chlamydia +/_ gonocoque si PCR duplex)

« et je guéris quand? » s'inquiète Charles

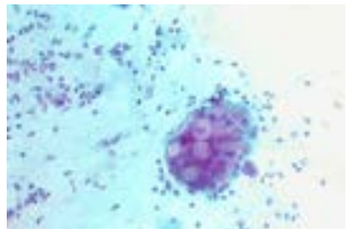
- Attention aux périodes de séronconversion!

- **Contrôle également à S6 de:**
- Sérologie VIH 1/2
- Sérologie syphilis
- +/_ Sérologie VHB (mais vous lui aurez déjà proposé de le vacciner! de même pour la vaccination contre le VHA en cas de rapport HSH! cf BEH)
- +_/ Sérologie VHC + Alat

Autres localisations et complications possibles des infections gonococciques

- Localisation pharyngée : fréquente, pratiquement toujours asymptomatique > PORTAGE et donc TRANSMISSION…
- Anorectite gonococcique: du stade asymptomatique au stade aigue et fébrile avec émission glaireuse
- Conjonctivite gonococcique: purulente (néonatalogie)
- Septicémie gonococcique avec fièvre, polyarthralgie, éruption cutanée…

Autres localisations et complications possibles des infections à chlamydia



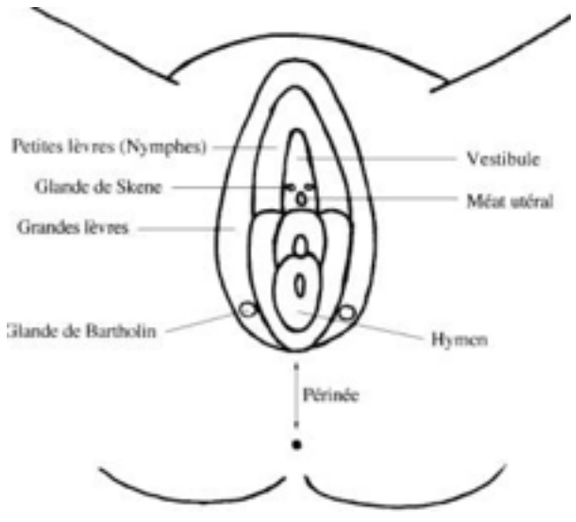
- Anorectite à Chlamydia: du stade asymptomatique au stade aigue et fébrile avec émission glaireuse
- Lymphogranulomatose vénérienne (LGV): infection à Chlamydia sérotype L avec anorectite souvent sévère et diarrhée glairo-sanglante (le plus souvent chez les HSH)
- Risque néonatale: avec risque de pneumopathie et kérato-conjonctivite
- Syndrome oculo-urétro-synovial: tableau d'oligoarthrite réactionnelle avec conjonctivite faisant suite à une infection à chlamydia trachomatis, le plus souvent chez la jeune femme

Chez la femme:

Leucorrhée physiologique

- Desquamation vaginale:
  - Ph acide 3,8
  - Leucorrhée laiteuse
  - sans polynucléaires

- Sécrétion des glandes de Skène et de Bartholin



- Glaire cervicale :Ph Alcalin
  - Translucide, acellulaire , cristallise en feuilles de fougère

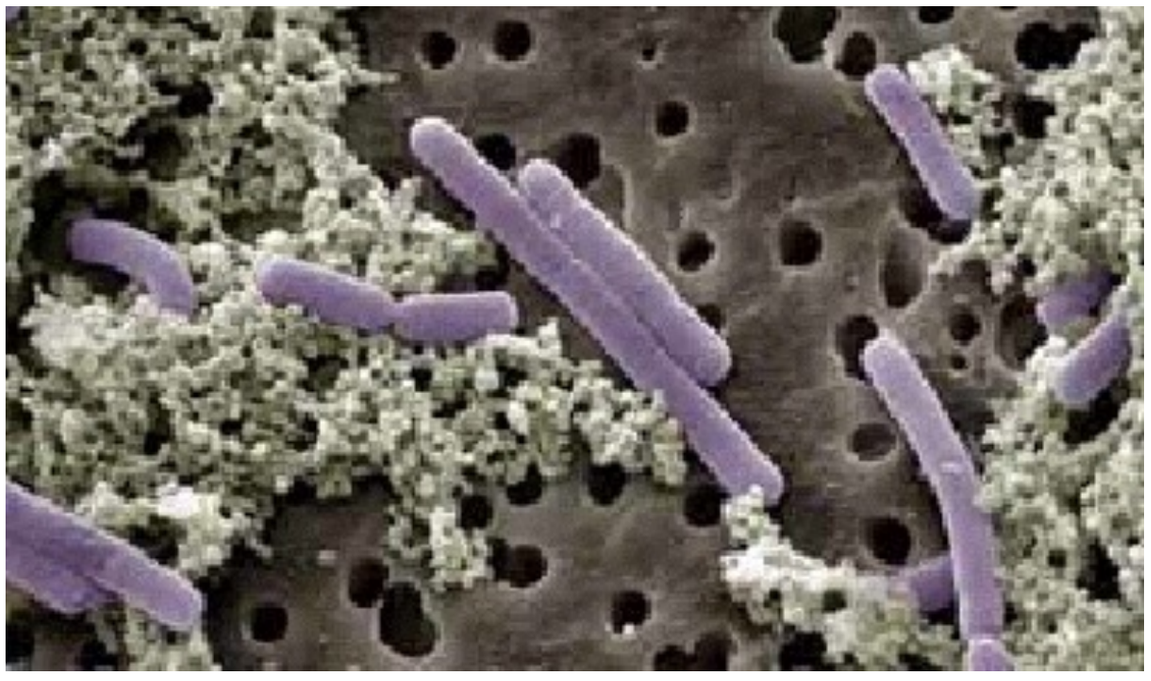
Flore du Normale du vagin

10^6 à 10^8 bactéries /ml - proche de l'anus et de la peau

Micro-organismes dominants	Micro-organismes fréquemment rencontrés	Micro-organismes occasionnels
Anaérobies de la flore digestive : • *Lactobacillus spp*, ***Lactobacillus acidophilus*** **(= bacille de Döderlein): bacilles à Gram positif** • *Prevotella spp*	• **Flore digestive** : *Streptococcus agalactiae, Clostridium*, entérocoques, *Proteus mirabilis*… • **Flore cutanée** : *Staphylococcus epidermidis*, corynébactéries	• *Gardnerella vaginalis* • *Candida albicans* • Mycoplasmes

Rev Obstet Gynecol. 2009;2(1):28-37

Bacilles de Döderlein



Oestrogènes

Glycogène

Acide lactique

Les principales affections qui provoquent des leucorrhées ne sont pas des IST:

1. La vaginose bactérienne NON IST
2. La candidose NON IST
3. La trichomonose = IST

Les cervicites gonococciques et chlamydiennes peuvent aussi s'accompagner de leucorrhées.

Mme M… 30 ans a des leucorrhées malodorantes…

- Grisâtres
- Majorées après les rapports
- Pas de prurit
- Pas de douleur

Examen

- Vulve à peine érythémateuse
- PV

…

Mme M… 30 ans a des leucorrhées malodorantes…

Résultat du prélèvement vaginal:

- PCR chlamydia gono négative
- Mycologie +, rares candida albicans en culture
- Recherche de *Trichomonas vaginalis*: négative
- Nombreux PNN altérés
- Déséquilibre de la flore au profit de germes anaérobies
- Qqs bacilles de Döderlein
- Culture:
  - E Coli, Enterobacter , staph epidermidis, strepto B

Vaginose bactérienne

- Déséquilibre de la flore vaginale
    - ⬇ lactobacilles
    - ⬆ bacilles gram - anaérobies : *mobilincus sp*, *gardenerella vaginalis*…..

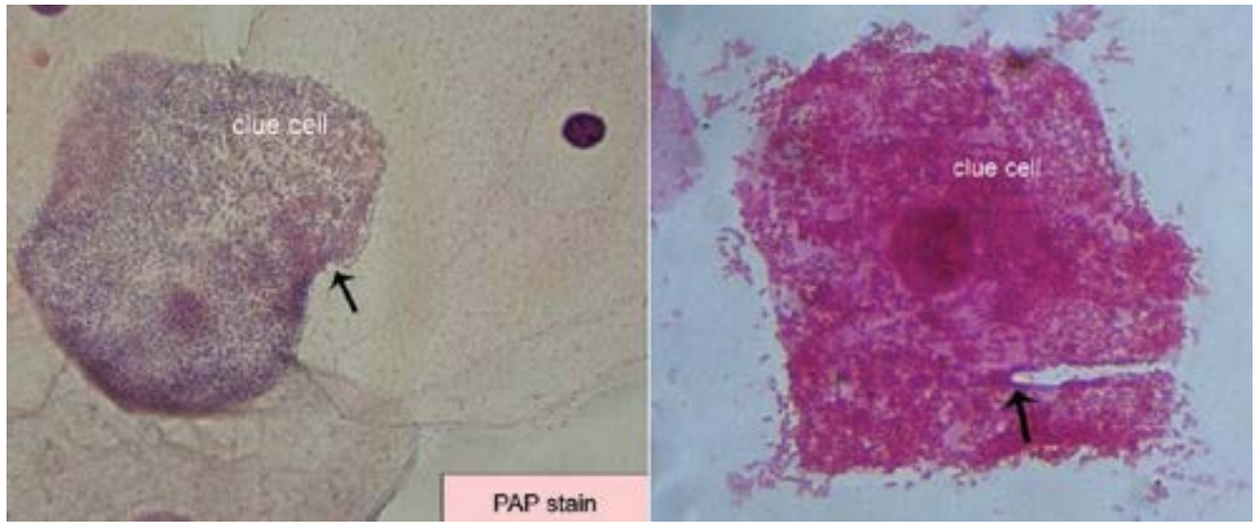
-> Leucorrhées malodorantes

Vaginose bactérienne
Comment l'affirmer ?

<u>Critères d'Amsel</u>
3 des 4 suivants sont nécessaires:

<u>1)leucorrhée homogène</u>

2)<u>clue cells</u>



3)<u>pH vaginal > 4.5</u>

J Cytol2016 Jul-Sep; 33(3): 135-140

.

<u>4) odeur de poisson avarié lors du test à la potasse à 10 %</u>

Vaginose bactérienne

Favorisées par:

- Toilettes intra-vaginales
- Nombre élevé de partenaires
- Homosexualité féminine

Peu inflammatoire : « … ose »

Partenaire rarement atteint

Vaginose bactérienne
Quels risques?

- Complications de la grossesse:
  - Rupture prématurée des membranes
  - Endométrite
  - Prématurité

- Transmission IST dont VIH

Comment la traitez-vous?

Comment la traitez-vous?

- Métronidazole : 500 mg x 2/jour per os pendant 7 jours

EI: effet antabuse **> PAS D'ALCOOL pendant 8 jours**

- TROPHIGIL® (OP)
- GELIOFIL® (Acide lactique, glycogène)
- Arrêter les toilettes intra-vaginales
- Traitez-vous son partenaire?

Comment la traitez-vous?

- Métronidazole : 500 mg x 2/jour per os pendant 7 jours

EI: effet antabuse **> PAS D'ALCOOL pendant 8 jours**

- TROPHYGYL® (OP): 3j/m
- GELIOFIL® (Acide lactique, glycogène): 3j/m

- Arrêter les toilettes intra-vaginales

- Traitez-vous son partenaire? **NON**

Non mais....

VB => bilan IST

- PCR chlamydia gono
- Sérologies VIH, TPHA VHB,
- Vérifier vaccination hépatite B
- +/- sérologie hépatite C

Mme M. est enceinte…et vraiment symptomatique

- On traite de la même façon

➢ Aucune tératogénicité n'a été démontrée pour le métronidazole

Métronidazole : 500 mg x 2/jour per os pendant 7 jours

➢ 2 bonnes raisons de ne pas boire d'alcool!!!

- Au cours de la grossesse, le traitement systématique n'est pas consensuel à réserver en cas de prématurité antérieure

➢ Dans les formes asymptomatiques, il n'est pas démontré que le traitement diminue le risque de prématurité

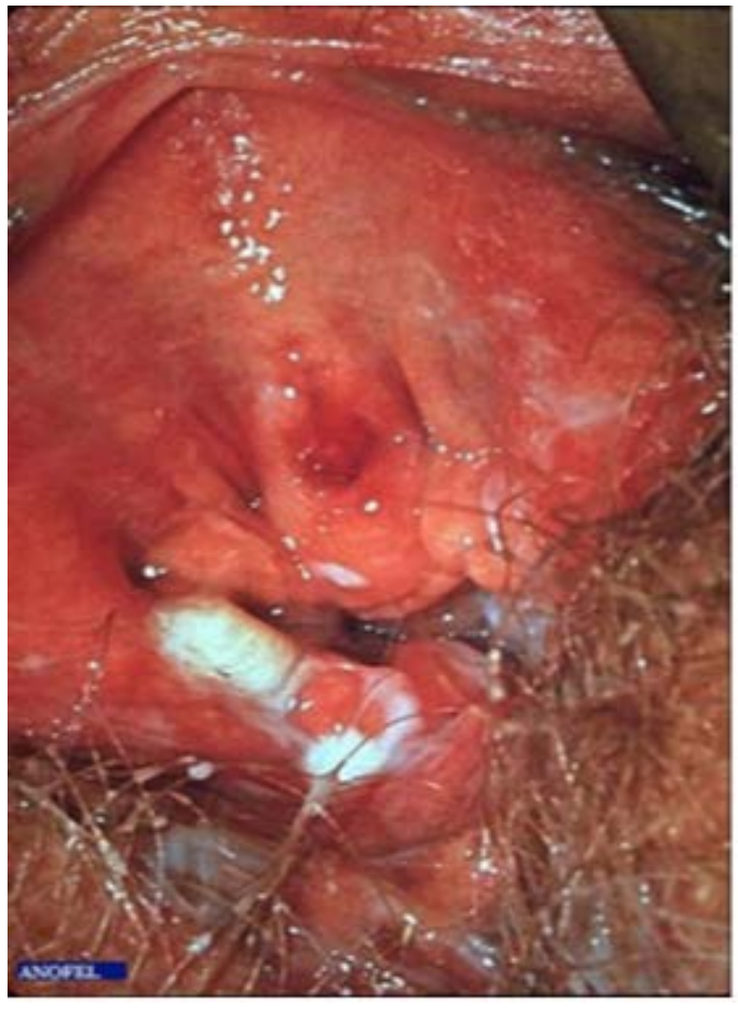
Melle V. a 25 ans…

- … et beaucoup de démangeaisons
- Les pertes sont abondantes
- Blanches

- CO par Triafemi
- Célibataire, pas de relation récente

=> Que faire ?

- Leucorrhées caillebotées
- Eryhtème vulvaire +++
- Prurit intense
- Odeur ?? RAS



Candidoses vulvo-vaginales

- Candida: commensal tube digestif et voies naturelles

- Colonisation vagin :
  - 20%
  - 30% si grossesse, immunodépression

- 29 à 49 % des femmes (1)

- 9 % de ces femmes plus de 4 épisodes de candidose sur 1 année = candidose récidivante

1. *Foxman B, et al. Prevalence of recurrent vulvovaginal candidiasis in 5 European countries and the United States: results from an internet panel survey. J Low Genit Tract Dis.2013;17:340-345*

Candidoses vulvo-vaginales

- *Candida albicans* dans 85 à 90 % [1] (> *C glabrata)*

- Symptomatologie classique :
  - Le plus souvent en pré-menstruel
  - Prurit et/ou brûlures vulvo-vaginales
  - Érythème vulvaire
  - Leucorrhées non-malodorantes

1. *Martin Lopez JE. Candidiasis (vulvovaginal).BMJ Clin Evid. 2015 Mar 16;2015. pii: 0815*

Candidoses vulvo-vaginales

- Signe d'appel: **le prurit ?**
  - Valeur prédictive positive : 35 à 40 %[1]
  - Plus de 70 % des patientes se traitent seules (2)

1. *Mendling W, Brasch J, Cornely OA, et al. Guideline: vulvovaginal candidosis (AWMF 015/072). S2k (excluding chronic mucocutaneous candidosis) Mycoses. 2015;58:1-15. doi: 10.1111/myc.12292*
2. *Angotti L.B., Lambert L.C., Soper D.E. Vaginitis: Making sense of over-the-counter treatment options. Infect. Dis. Obstet. Gynecol. 2007;2007:97424. doi: 10.1155/2007/97424*

Candidoses vulvo-vaginales
Méfiez-vous du prurit…

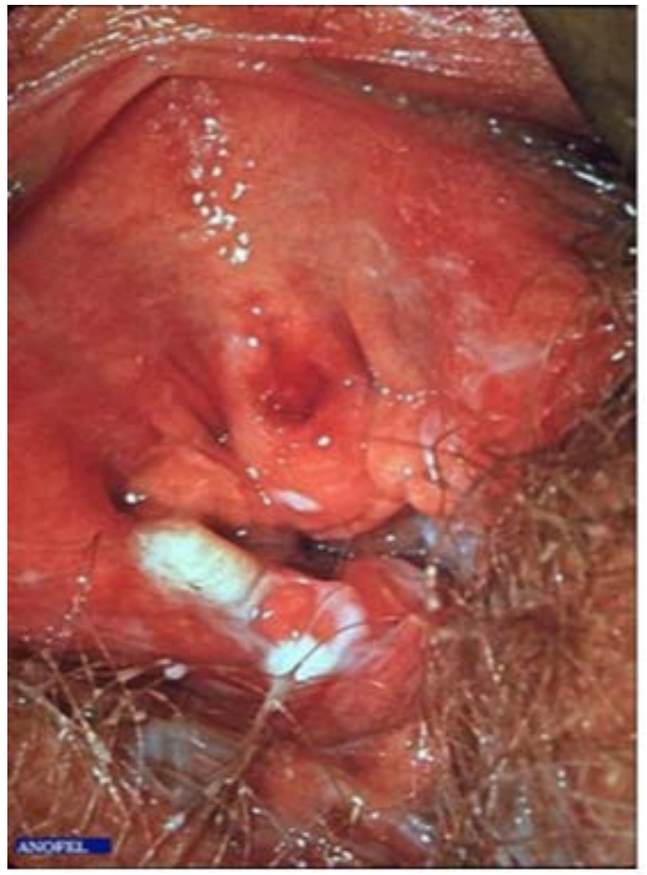
- Parmi les patientes s'étant auto-diagnostiquées une candidose génitale:

  - 33,7 % ont réellement une candidose vulvo-vaginale
  - 18,9 % ont une vaginose bactérienne
  - 21,1 % ont une infection mixte
  - 10,5 % ont une affection autre /dermatose…
    - Eczéma +/- impétiginisé
    - Psoriasis, lichen…
  - 2,1 % ont une infection à *Trichomonas vaginalis*
  - 13,7 % ont un examen clinico-biologique normal

L'interrogatoire des patientes ne suffit pas +++

Ferris G D, Nyirjesy P, Sobel J D. et al. Over-the-counter antifungal drug misuse associated with patient-diagnosed vulvovaginal candidiasis. Obstet Gynecol. 2002;99:419-425.

Si :
- clinique très parlante
- 1er épisode ou épisodes très espacés



- **L’examen clinique suffit**, il reste indispensable

Comment la traitez-vous?

Un épisode aigu: traitement local

- Ovule ou capsule imidazolé (Gyno-pévaryl LP , Lomexin, Gyno-daktarin/ 3j…)
- **+ crème imidazolée** 2 à 4 semaines[1]
- Savon doux , alcalin

L'automédication n'est pas recommandée

Nb: Clotrimazole [2]cp vaginal 200mg: 1/ j - 3j ou cp à 500mg DU

1 - Beikert FC And al Recurrent vulvovaginal candidosis: focus on the vulva. Mycoses 2011;54(6):e807-10

2 - The Efficacy and safety of clotrimazole vainal tablets vs oral fluconazole in treating severe vulvovaginal candidiasis Mycoses 2016 Jul; 59(7): 419-28

Elle est enceinte…

On préférera :

- ou le miconazole (Gyno-Daktarin®)
  - Capsule 400mg /j 3 j

- le clotrimazole (Mycohydralin®) **NR**
  - cp vaginal 200mg/j 3j ou 500mg 1j

= antifongiques vaginaux mieux connus en cours de grossesse.

Elle allaite…

- Pas de données publiées au cours de l'allaitement

- Passage systémique très faible

- *A priori* pas de problème (CRAT): idem grossesse

Elle n'est plus enceinte, elle n'allaite plus…
mais elle est revient pour
la quatrième fois cette année…

- Conseils renouvelés du pharmacien…
- De ses amies, des blogs….

- Vous l'examinez: vulvite érythémateuse, quelques leucorrhées

Des récidives, un doute:

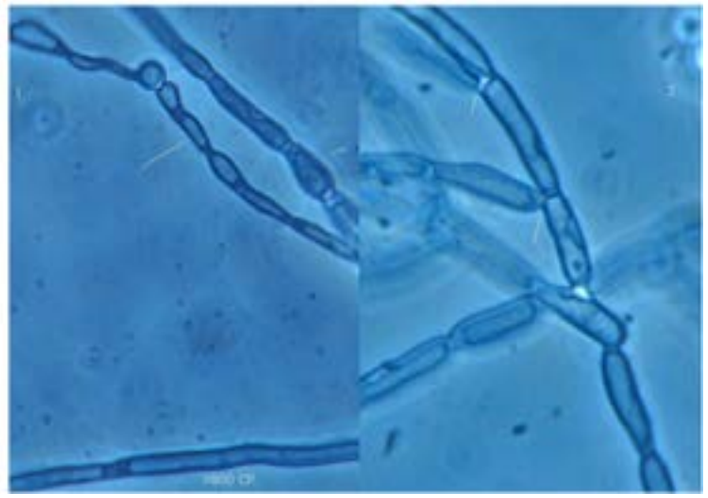
Examen mycologique:

- Direct
- + Culture

Pour **affirmer la pathogénicité** et écarter une simple colonisation:

> recherche de

- mycélium : (pseudo/) **filaments**
- **Colonies nombreuses**



Rechercher **herpès (culture), Chlamydia (PCR) , BV…**

AU MOINS 4 ÉPISODES AVEC CULTURE POSITIVE:

VULVOVAGINITE CANDIDOSIQUE RÉCIDIVANTE = RVVC

Les causes d’échec et/ou de récidives

1. **Erreurs diagnostiques cliniques**

   Vulvite d’autre origine : psoriasis, dermite caustique, eczéma +/- impétiginisé, lichen, vaginose…

Candidose vulvo-vaginale

- Érythème cutanéo-muqueux émietté

Psoriasis

- Erythème strictement cutané, bien limité
- Desquamation+++
- Extension pubienne **et pli interfessier très fréquente**

Les causes d'échec et/ou de récidives

1. **Erreurs diagnostiques cliniques**

   Vulvite d'autre origine : psoriasis, dermite caustique, eczéma +/- impétiginisé, lichen, vaginose…

2. ***Candida* non-albicans**
   1. Les *Candida non-albicans* sensibilité très variable aux azolés (résistance fréquente au fluconazole)
   2. Immunodépression
   3. Postménopause[1], diabetique:+ de *C. glabrata*
   4. Candidose génitale récurrente

1- Vermitsky JP, Self MJ, Chadwick SG et al., Survey of vaginal flora- Candida species isolates from women of different age groups by use of species-specific PCR detection. J Clin Microbiol 2008; 46:1501-3

Les causes d'échec et/ou de récidives

1. **Erreurs diagnostiques cliniques**

   Vulvite d'autre origine : psoriasis, dermite caustique, eczéma +/- impétiginisé, lichen, vaginose…

2. ***Candida* non-albicans**
   1. Les *Candida non-albicans* sensibilité très variable aux azolés (résistance fréquente au fluconazole)
   2. Immunodépression
   3. Postménopause[1], diabetique:+ de *C. glabrata*
   4. Candidose génitale récurrente

3. **Terrain, facteurs favorisants…**

1- Vermitsky JP, Self MJ, Chadwick SG et al., Survey of vaginal flora- Candida species isolates from women of different age groups by use of species-specific PCR detection. J Clin Microbiol 2008; 46:1501-3

Épisode aigu ou récidive ?

Vulvovaginite aigüe candidosique

- Antibiotique
- grossesse
- Piscine, maillot humide…?

Vulvovaginite candidosique récidivante (RVVC)

- Diabète ?
- Immunodépression , VIH?
- Douches vaginales
- …

Autres causes de récidives

- Contraceptifs oraux fortement dosés en œstrogènes
- DIU , dont qqs cas de DIU progrestatif (1)
- corticoïdes
- Stress
- Rapports oro-génitaux
- Foyer digestif

- … Rien de particulier

1 - Australas J Dermatol 2016 Chronic vulvovaginal candidiasis in patients using a levonorgestrel-containing intruterine Yvonne Nguyen and Gayle Fischer

Candidoses vulvo-vaginales récidivantes
Que fait-on?

- **Prélèvement** vaginal mycologique et bactériologique : pour confirmer le diagnostic, identifier la souche de *Candida*, éliminer une infection associée

- Rechercher une **cause générale** (prise d'antibiotiques, diabète…)

Candidoses vulvo-vaginales récidivantes
Comment traiter ?

1 -Prendre en charge le terrain

2 -Traiter: Nombreux schémas proposés!!!!

- Ovules imidazolés LP: 1 tous les 3 j X 4 + crème imidazolée 14 j +/ - **Fluconazole**: 150 (200mg)/j , J1, J4, 7 j

- <u>Puis pour prévenir les récidives:</u>
  - 1ovule + Fluconazole 150 mg à 200mg DU
    - 1 fois / cycle , 3 à 6 mois
    - Si très récidivante: 1 fois / semaine pendant 3 à 6 mois[1]

1 - Rosa MI, Silva BR, Pires PS, et al Weekly fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis a systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013 Apr;167(2):132-6

Les traitements prolongés par fluconazole induisent-ils une résistance ?

- Fluconazole < 6 mois: « pas démontré » *a priori*

Clin Microbiol Infect 2005 Dec; 11(12): 1005-11. Vulvovaginal candidiasis in a Flemish patient population De Vos MM, Nelis HU

- Quelques cas rapportés pour utilisation > 6 mois

Diagn Microbiol Infec dis 2009 Jul; 64(3): 354-6 Reduced fluconazole susceptibility of Candida albicans isolates in women with recurrent vulvovaginal candidiasis: effects of long-term fluconazole therapy Shahid Z, Sobel JD

Tolérance de fluconazole ?

- Assez bonne: rares maux de tête, troubles digestifs…

  Management of chronic vulvovaginal candidiasis: a long term retrospective study. Y Nguyen Australasian Journal of Dermatology (2016)

- Alternative p os: Itraconazole: 50 à 100mg

- Interactions médicamenteuses: anticoagulants, potentialise allongement QT…

Elle est enceinte ou elle allaite…

Elle est enceinte ou elle allaite…

- CI de FLUCONAZOLE en cours de **grossesse**

  Exposure to fluconazole and risk of congenital malformations in the offspring: a systematic review and meta-analysis. Reprod Toxicol 2015 Apr 52:78-82 . Alsaad

- Rassurer la patiente en cas d'exposition de courte durée au fluconazole à faible posologie.

- **Allaitement**: passage dans le lait : précautions mais pas de CI formelle (durée courte)

Candidoses vulvo-vaginales récidivantes
Que faire de plus?

- L'association avec des **probiotiques** locaux a montré une certaine efficacité préventive [1-2]

- Probiotiques oraux (lactobacilles et bifidobactéries)?

*1 - Is it possible to prevent recurrent vulvovaginitis? The role of Lactobacillus plantarum I1001 (CECT7504). S. Palacios1 & J. Espadaler2 & J. M. Fernández-Moya3 & C. Prieto4 & N. Salas. Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2016) 35:1701-**1708***

2 - Hanson L, VandeVusse L, Jermé M, et al.Probiotics for Treatment and Prevention of Urogenital Infections in Women: A Systematic Review. J Midwifery Womens Health. 2016 May;61(3):339-55.

Candidoses vulvo-génitales récidivantes

Perspectives

- Traiter le biofilm
- Vaccins thérapeutiques…

Inserm, U799, Lille

Traiter le partenaire?

Traiter le partenaire ?
Non

- **Ce n'est pas une IST**

- Possibilité de réaction après les rapports :
  - Régresse spontanément
  - Si persiste > rechercher terrain diabétique, ID chez le partenaire

---

Si chez M. : irritations récurrentes après les rapports

➢ Rechercher un foyer (asymptomatique) chez la partenaire

Au total pour les candidoses vulvo-génitales

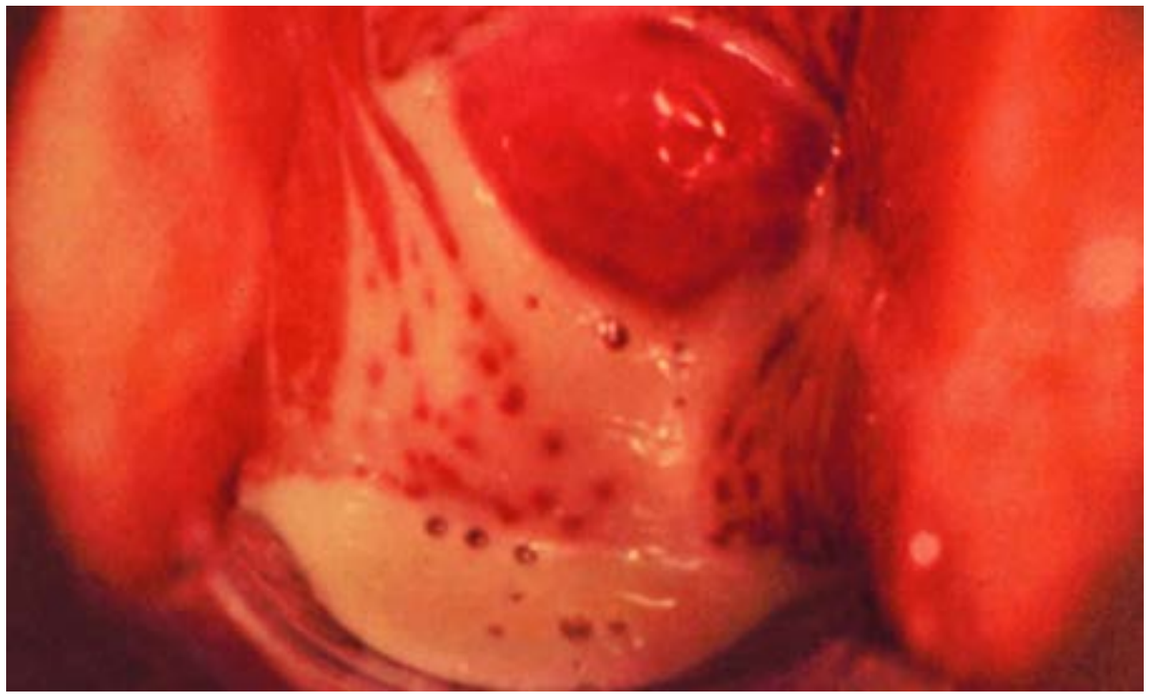
- Priorité à **l'interrogatoire et à l'examen clinique+++**
- Traitement local ovules + **crème**
- En cas de récidives rapprochées :
  - Mycologie + bactério
  - **Rechercher cause générale, traiter le terrain**
  - Traitement préventif d'abord local
  - +/- FLUCONAZOLE per os
  - +/- probiotiques
- Traitement « systématique » du partenaire inutile

Melle X. rentre de vacances…

- Dyspareunies
- Prurit discret
- leucorrhées, « un peu vertes », quelques bulles..

Examen:

- vulve très érythémateuse
- spéculum douloureux
- piqueté hémorragique
- leucorrhées spumeuses



Que faites-vous?

- Prélèvement vaginal
  - Etat frais + culture : trichomonas ?

- PCR chlamydia gonocoque

- Sérologies VIH, TPHA VDRL, hépatites B, C

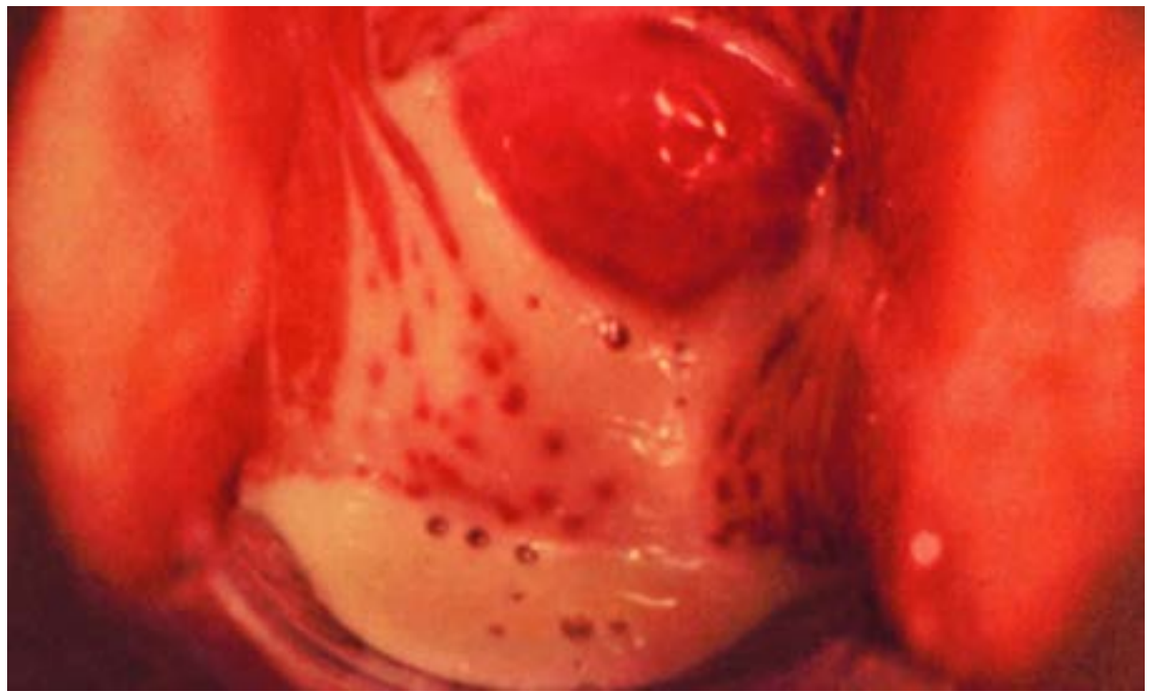
Trichomonas vaginalis

Transmission strictement humaine

- Survit 1 à 2 heures en milieu humide
- 24H dans le sang ou les urines

Examen:

- vulve très érythémateuse
- spéculum douloureux
- piqueté hémorragique



Trichomonas vaginalis

- Protozoaire flagellé, mobile, extracellulaire, anaérobie strictement humain

- Déséquilibre en œstrogène, **rôle protecteur des OP**

- Incubation 4 à 28 jours

- Le plus souvent asymptomatique:
  - 80% chez la femme
  - > 90% chez l'homme

Trichomonas vaginalis

- **<u>Formes subaiguës +++</u>**

➢ Leucorrhées +/- spumeuses , urétrite, prurit

➢ +/- atteinte du col focale mais pas de l'endocol

- **Forme aigues**

➢ Leucorrhées très abondantes, mousseuses et aérées, jaunâtres, blanchâtres ou verdâtres, avec une odeur de plâtre frais

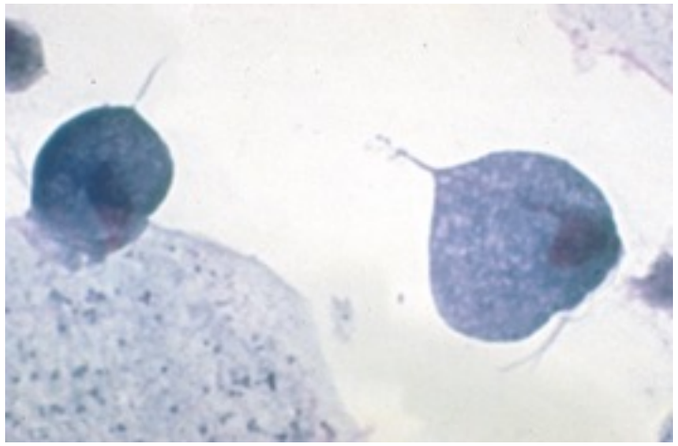
➢ Prurit intense, dyspareunie, troubles urinaires

Trichomonas vaginalis

Diagnostic sur:

- 1er jet d'urine , goutte matinale chez l'homme
- Leucorrhées, cul de sac postérieur, urètre, urines

➢ Etat frais



trophozoïtes
(MGG ; 15-20 µm)

➢ Culture

➢ Arrivée de la PCR, +/- triplex (pas à la nomenclature)

Quel traitement pour Mme X.?

Trichomonas vaginalis

Traitement

- métronidazole per os : 2g dose unique
- ou secnidazole (sachet à 2g) per os: 2g dose unique

En cas :

- de signes urétraux
- d'échecs (sensibilité diminuée au métronidazole).

➢ métronidazole 500 mg x 2/ j x 7 jours (!!! Effet antabuse)

Si elle avait été enceinte???

Femme enceinte

➢ Risque d'accouchement prématuré

On ne traite que si symptomatique

- Métronidazole : un ovule matin et soir, 14 jours
- Si échec: métronidazole per os dose unique 2g. (1er /CDC)

Allaitement

- Métronidazole per os dose unique 2 g
- arrêt de l'allaitement 24 h

Mais encore…

- Traitement systématique du partenaire

Vous revoyez Melle X avec ses résultats

- Tout va mieux
- PCR gonocoque et chlamydia positive:
  - traitez-vous? Les deux?
  - Sérologie chlamydia ?

Vous revoyez Melle X avec ses résultats

- Pas de sérologie chlamydia!!!!

- PCR gonocoque positive:
  - Nouveau prélèvement pour culture +ATB

- Traitement gono + chlamydia sans délai:
  - Rocéphine 500mg IM (ou IVL) + Doxycycline 200mg/j 7 j

Infections basses à *Neisseria gonorrhoeae*

Le plus souvent asymptomatique

- Cervicite discrète…
- +/- Leucorrhées purulentes
- Signes urétraux (brûlures, dysurie…), méatite…

Complications: idem chlamydia

Infections génitales basses à *Chlamydia trachomatis*

Le plus fréquent: Cervicite

- Leucorrhées jaunes ou blanches
- Parfois peu abondantes, peu différentes des sécrétions physiologiques
- Cystalgies
- Syndrome urétral
- Dyspareunie
- Spotting
- 50 à 90% des cas: asymptomatique

Infections génitales basses à *Chlamydia trachomatis*

Complications:

Salpingite

- le plus souvent subaigue
- Vagues douleurs abdominales, recrudescence au moment des règles

Stérilité tubaire, douleurs pelviennes chroniques, GEU…

Mme V. a 70 ans…des leucorrhées, un prurit modéré

- Examen:

- Erythème vulvaire
- Effacement des reliefs
- Sécrétions blanches, un peu sales…

Leucorrhées chez une femme ménopausée

- 50% des femmes présentent des manifestations

- Atrophie par carence hormonale

➢ modification de la flore

➢ vaginite sénile, candidose non albicans

- +/- Prolapsus, incontinence associés

Ne pas passer à côté de:

- Néoplasique cervicale, endométriale ou tubaire ???
- Lichen..

Menopause. 2016 Apr;23(4):368-75[1]

Leucorrhées chez une femme ménopausée
Que faire?

- Traiter un prolapsus, une incontinence…
- Prélèvement vaginal

- Traitement hormonal ?
  - Oestrogènes naturels?
  - Efficacité du traitement local?[1]

1 - *Cochrane Database Syst Rev. 2016 Aug 31;(8)*

Noémie a 10 ans et a des pertes et se gratte…

Leucorrhées en période pré-pubertaire

- Hygiène défectueuse ?
- Oxyurose > anus ?
- Corps étranger > signes inflammatoires +++

➢ Peu de mycose

➢ Bactério + Flore digestive et cutanée: (E Coli, Staph blanc ou doré, strepto pyogènes, Enterococcus faecalis….)

Postgrad Med J. 2014 Jan;90(1059):8-12: 115 enfants[1]
Eur J Pediatr. 2012 Aug;171(8):1203-8: 500 enfants[2]
Arch Dis Child 2003; 88:324-326

Leucorrhées en période pré-pubertaire

- Comment est faite la toilette?
- Anus? Prurit ++++? Traitement antiparasitaire d'épreuve
- Corps étranger ?
- Bactério?
- AB?
  - Pathogène?
  - Polynucléaires +++?
  - Symptomatique ?

- Puberté précoce ? (Examen? Âge osseux? Echo ovarienne? Dosages hormonaux ?)

Monsieur D…

- Consulte au CeGIDD
- Brulure urinaire et écoulement génital depuis 4 jours peu après son dernier rapport sexuel avec elle
- traitée comme une urétrite par Cefixime 2 cp + Azithromycine monodose il y a 2j
- Mais ça s'empire , ça brûle au niveau du gland de plus en plus là où il s'est blessé …

Là où il s’est blessé???

Alors on s’oriente vers une urétrite ou ….?

et en faisant le reste de l'examen cutanée-muqueux…

Ulcérations génitales et buccales à traiter comme…?

HSV : 1ère cause d'ulcération génitale infectieuse

Mais toute ulcération génitale sans notion de récurrence… est à traiter comme une syphilis primaire
(possibles complications graves!)

Traitement HSV :
valaciclovir : 500mg X2/j pendant 10 j (primomanifestation)
antalgiques +++

Traitement syphilis:
Benzathine benzylpénicilline : 2,4 MUI en IM

Traitement de la balanite:
Soins locaux doux - savon de marseille ..

Dépistage et suivi des autres IST +++++

2 semaines après …

Primomanifestation herpétique
HSV1 « bipolaire »

Prescrit par Dr HULEUX THOMAS

BIOLOGIE MOLECULAIRE

Prélèvement du: 20.02.2017 Prél. biologique

Recherche d'ADN d'Herpès simplex virus par PCR

(Biomérieux, HSV1 HSV2R-gene Argene, Technique de PCR en temps réel)

Nature du prélèvement : buccal
Résultat : Positif (HSV-1)

Seuil de sensibilité : - HSV-1 : 280 copies/ml (2,44 log 10)
- HSV-2 : 70 copies/ml (1,84 log 10)

Recherche d'inhibiteurs : Négative

* Changement de technique à compter du 24 février 2016

Les autres dépistages étaient négatifs

Recherche d'ADN d'Herpès simplex virus par PCR

(Biomérieux, HSV1 HSV2R-gene Argene, Technique de PCR en temps réel)

Nature du prélèvement : Génital
Résultat : Positif (HSV-1)

Seuil de sensibilité : - HSV-1 : 280 copies/ml (2,44 log 10)
- HSV-2 : 70 copies/ml (1,84 log 10)

Recherche d'inhibiteurs : Négative

* Changement de technique à compter du 24 février 2016

En conclusion, les écoulements génitaux

Chez les hommes : le + souvent une IST
Chez les femmes : le - souvent une IST

Mais ne pas rater une occasion de dépister une IST

IST : très souvent Asymptomatiques et associées

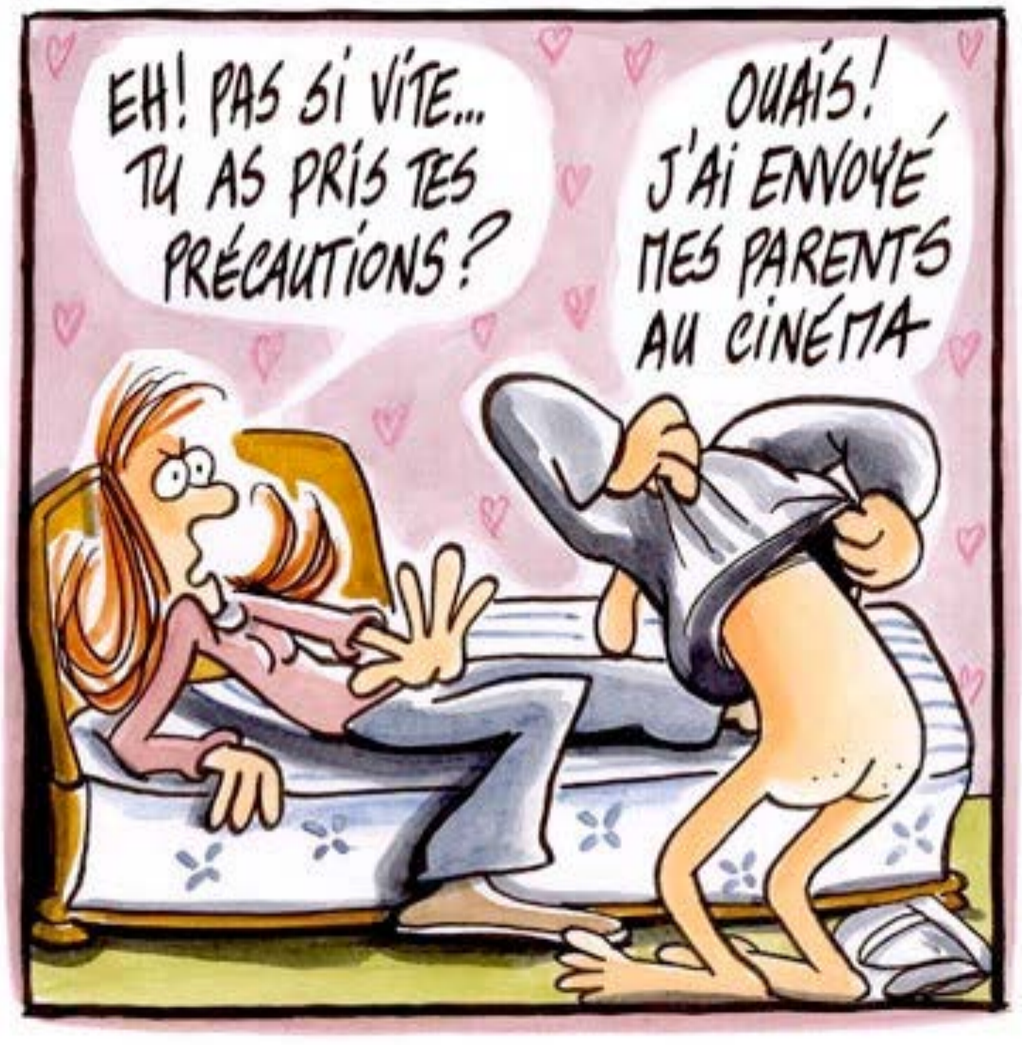
DONC:

- **Sans dépistage: <u>on peut transmettre</u> sans le savoir!**

- **<u>Possibles complications graves à long terme</u> : GEU et/ou stérilité pour l'infection à chlamydia; cirrhose & cancer du foie pour l'hépatite B; atteintes neurologiques irréversibles pour la syphilis**

- **<u>Transmission materno-foetale</u> possible et grave pour le nouveau-né!**

Le plus vieux moyens de prévention est toujours d'actualité!



Société Française de Dermatologie
et de Pathologie Sexuellement Transmissible

RECOMMANDATIONS SCORES ET ÉCHELLES : RECOMMANDATIONS

ACNÉ, PATHOLOGIES DU FOLLICULE PILOSÉBACÉ

ALLERGOLOGIE, ATOPIE, TOXIDERMIES

ANGIODERMATOLOGIE, PLAIES, BRULURES ET CICATRISATION

DERMATOLOGIE ESTHETIQUE, COSMETOLOGIE, LASERS

DERMATOLOGIE PEDIATRIQUE - GENODERMATOSES

MALADIES BULLEUSES

MALADIES SYSTÉMIQUES

ONCODERMATOLOGIE

PATHOLOGIES INFECTIEUSES

PHOTODERMATOLOGIE, PHOTOTHÉRAPIE

PSORIASIS

Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement transmissibles

Société Française de Dermatologie

MST sida société française de dermatologie

Section MST/SIDA de la Société Française de Dermatologie

Février 2016

http://www.sfdermato.org/recommandations-scores-et-echelles/recommandations.html

CDC Centers for Disease Control and Prevention
CDC 24/7: Saving Lives, Protecting People™

2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines

- ***Vulvovaginal candidosis : contemporary challenges and the future of prophylactic and therapeutic approchaes . Chew*** *SY, Than LT.**Mycoses**. 2016 May;59(5):262-73.*

- *Guideline: Vulvovaginal candidosis (AWMF 015/072). S2k . Wermer Mendling Mycoses* 2015 Mar;58 Suppl 1:1-15.

- *https://www.cdc.gov/std/tg2015/*

Centre Hospitalier de Tourcoing

Un hôpital de proximité, au service de votre santé

Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur

Un Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur Référent. http://www.infectio-lille.com

Centre de référence inter-régional des Infections Ostéo-Articulaires complexes : **Libre Appel réservé aux médecins, pharmaciens et biologistes : 0 805 400 910 (Numéro gratuit) 24H/ 24 heures.**

COREVIH Nord Pas de Calais : 03 20 69 48 48
Siège de la Coordination Régionale VIH du Nord Pas de Calais (COREVIH) http://www.corevih-5962.fr

Centre de Vaccinations Internationales :
Médecin responsable : Dr Ajana
secrétariat : 03.20.69.41.11 ou 03.20.69.41.14 entre 9 et 12 h et entre 14 h et 16 h du lundi au vendredi.

En dehors de ces horaires, le week-end et les jours fériés, utiliser l'adresse mail suivante : vaccinations@ch-tourcoing.fr

Consultation Pied Diabétique : 03 20 69 41 14 - 03 20 69 46 64

CIFASSIH (Centre d'Information et de Formation des Acteurs Sanitaires et Sociaux pour l'Infection et l'Hygiène) :
03.20.69.49.02

Consultations sur les Infections Sexuellement Transmissibles (I.S.T.) : 03 20 69 46.04

VIH : 03 20 69 46 05

Coordonnées téléphniques :
secrétariat médical : 03.20.69.45.91/03.20.69.45.88
secrétariat du Professeur Eric Senneville : 03.20.69.48.48
secrétariat Recherche : 03 20 69 46 17
secrétariat Universitaire : 03 20 69 46 16

Maladies infectieuses aile Ouest : 03 20 69 45 95
Maladies infectieuses aile Est : 03 20 69 45 85

http://www.ch-tourcoing.fr/services/services_soignants02/sumiv_.html

Merci à vous!

LE SIDA SE TRANSMET
PAR LE SPERME ET PAR LE SANG
LA PRÉVENTION SE TRANSMET
PAR LA BOUCHE, LES YEUX ET LES OREILLES
LA SOLIDARITÉ SE TRANSMET
PAR LE COEUR