

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

INTRODUCTION

page 2

I) Virus

page 2

a) VIH

page 2

b) Hépatite B

page 5

c) Hépatite C

page 6

d) Herpès génital

page 6

e) Papillomavirus

page 7

f) Cytomégalovirus

page 9

II) Bactéries

page 14

a) Syphilis

page 14

b) Gonocoque

page 16

c) Chlamydie

page 18

d) Lymphogranulomatose vénérienne

page 20

e) Candida albicans

page 21

III) Parasites

page 24

a) Trichomonase

page 24

b) Oxyurose vulvaire

page 25

c) Phtiriase

page 25

d) Gale

page 26

CONCLUSION

page 27

INTRODUCTION :

Définition OMS : L'Organisation Mondiale de la Santé recommande de remplacer l'expression maladies sexuellement transmissibles (MST) par celle d'infections sexuellement transmissibles (IST). L'expression infections sexuellement transmissibles a été adoptée en 1999, car elle tient mieux compte des infections asymptomatiques. En outre, l'expression est maintenant utilisée par de très nombreuses sociétés et publications scientifiques

Selon l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), les infections sexuellement transmissibles sont en augmentation. Le constat est alarmant et traduit un retour des comportements sexuels à risque.

Selon l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), les infections sexuellement transmissibles sont toutes en hausse : gonococcies, syphilis et infections dues aux chlamydiae connaissent un boom très inquiétant.

Elles concernent tout le monde même s'il existe des populations plus « à risque ». Les étudiants font partie de cette population dite à risque parce qu'ils multiplient les partenaires. Elles concernent tout le monde qui n'utilise pas de PRESERVATIF pour CHAQUE rapport. Que ce rapport soit vaginal, oral ou anal. Le contact avec des sécrétions ou des muqueuses porteuses d'une maladie peut être suffisant pour contracter cette maladie.

I) les virus

a) VIH

Statistique, épidémiologie nationale et nord pas de calais

Le nombre de personnes infectées par le VIH, vivant en France, a augmenté au cours du temps : il est estimé à environ 134 000 en 2005 (avec un intervalle de plausibilité compris entre 100 000 et 170 000). Parmi ces personnes, environ 27 000 ont développé une pathologie sida. En 2005, près de 7 000 personnes ont découvert leur séropositivité VIH et ce nombre est stable depuis 2003.

Situation des infections à VIH et du Sida en Nord - Pas-de-Calais au 30/12/2006*

*données 2005 et 2006 non redressées pour les délais de déclaration

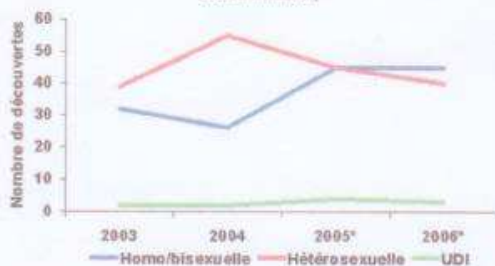
Critères de notification de l'infection à VIH

- adultes et enfants de plus de 13 ans : toute sérologie VIH confirmée positive pour la première fois pour le laboratoire hors CDAG
- enfants de moins de 18 mois nés de mère séropositive : 2 résultats positifs sur deux prélèvements différents pour un des examens suivants : culture virale, PCR, antigénémie p24
- 18 mois à 13 ans : sérologie positive confirmée

Infections à VIH

- Activité de dépistage du VIH (hors dons du sang) en NPdC en 2006 (source laboVIH, InVS) :
 - Taux de participation des laboratoires : 91%
 - Nombre de sérologies / 1000 habitants : 72
 - Nombre de sérologies positives / million d'habitants : 81
 - Nombre de sérologies positives / 1000 tests : 1,1
- Depuis février 2003, 382 découvertes de séropositivité à VIH notifiées dans le NPdC : 303 dans le Nord et 79 dans le PdC.
- 65% d'hommes
- Classe d'âge la plus représentée : 30-39 ans (10,3/10⁶).
- Nationalités des cas : Française (86%), Afrique subsaharienne (27%), autres nationalités (7%)
- Contaminations homo/bisexuelles en constante augmentation depuis 2004 et prédominantes en 2006 (51%). Contaminations hétérosexuelles en diminution depuis 2004 (45% en 2006*).

Découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination,



- Stade de découverte de la séropositivité VIH
 - 60% au stade asymptomatique
 - 17% au stade du Sida
 - 12% au moment de la primo-infection
- Tests virologiques de diagnostic d'infection récente (< 6 mois) réalisés chez 49% des cas :
 - 47% des contaminations homo/bisexuelles
 - 15% des contaminations hétérosexuelles

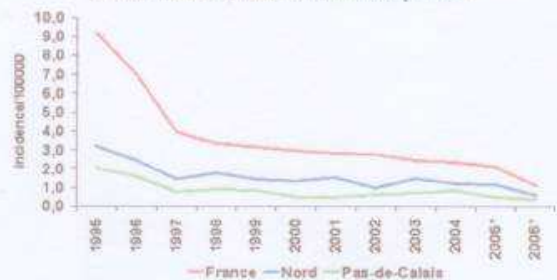
	NPdC	France entière
% testés	49%	75%
Contaminations récentes (< 6 mois)	28%	24%
Contaminations homosexuelles récentes	47%	44%
Contaminations hétérosexuelles récentes	15%	17%

- Dépistage plus fréquemment motivé par un risque d'exposition au VIH pour les contaminations homo/bisexuelles (34%) que pour les contaminations hétérosexuelles (15%) dont près des 2/3 découvertes fortuites : bilans systématiques (14%), grossesse (3%), autres motifs (42%).

Sida

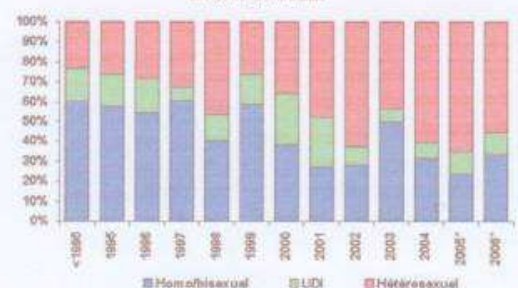
- 57 cas de Sida notifiés dans le NPdC en 2005* et 2006* : 45 dans le Nord et 12 dans le PdC.

Evolution de l'incidence du Sida en Nord-Pas de Calais et France métropolitaine



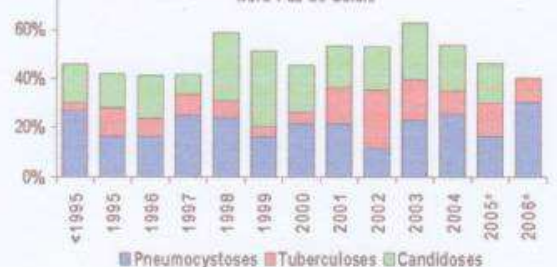
- Fémisation des cas depuis 2000 : sexe ratio hommes/femmes 2,1 versus 5,1 jusqu'en 1999.
- 30-39 ans = 41% des cas depuis le début de l'épidémie
- En 2005* et 2006*, contaminations hétérosexuelles 60% des nouveaux cas de sida, contaminations homo/bisexuelles (26%) et UDI (11%).

Evolution des principaux modes de contamination des nouveaux cas de Sida en Nord-Pas-de-Calais



- 70% des nouveaux cas de Sida notifiés en 2005* et 2006* connaissent leur séropositivité VIH et 53% bénéficiaient déjà d'un traitement anti-rétroviral.
- Principales pathologies inaugurales du Sida en 2005* et 2006* : pneumocystose et tuberculose.

Evolution des principales pathologies inaugurales du Sida Nord-Pas-de-Calais



Définition

Le **virus** de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus à ARN monocaténaire. L'infection par ce virus est responsable d'une immunodépression liée à la destruction progressive des lymphocytes CD4, évoluant inéluctablement vers le sida en l'absence de tri ou quadri-thérapie.

Clinique

La période d'incubation du VIH est longue. Chez certains individus, l'infection est suivie d'un syndrome aigu, avec adénopathies (inflammation d'un ou plusieurs ganglions lymphatiques), d'une durée de 3-4 jours, qui se traduit par une fièvre, des sueurs nocturnes, un malaise générale, mais aussi par des léthargies, des myalgies, et des arthralgies. Certains sujets peuvent aussi souffrir, pendant cette phase aiguë d'angines, d'anorexie, de nausées, de céphalée, de photophobie, de diarrhées, et d'un rash ressemblant à celui de la roséole.

Cette réaction aiguë à l'infection par le VIH, que l'on ne retrouve pas chez tous les sujets, peut précéder ou suivre le développement d'anticorps anti-VIH (séroconversion). Ces anticorps apparaissent généralement trois à six mois après l'infection.

Après la séroconversion, l'individu est séropositif et peut rester parfaitement asymptomatique pendant plusieurs années avant de manifester les signes cliniques du SIDA.

Un certain pourcentage de personnes infectées par le VIH souffre d'affections liées à la présence de ce virus, sans pour autant développer d'infections opportunistes majeures, ni de cancers secondaires.

Signes cliniques (présents depuis au moins 3 mois et inexpliqués) :

Signes cliniques multiples associés à des anomalies biologiques.

La plupart des sujets atteints évoluent vers un SIDA clinique : infections opportunistes majeures et cancers secondaires.

Les sujets atteints présentent souvent plusieurs infections coexistantes :

Le sarcome de Kaposi : tumeur vasculaire est l'affection opportuniste majeure.

Les malades atteints de SIDA oscillent entre infections opportunistes et période de rémission, mais progressent généralement vers la phase terminale de la maladie.

En phase terminale, les malades sont fréquemment aveugles, grabataires, incontinents, dénutris et atteints de démence

Examens de dépistage

Recherche d'anticorps anti-VIH

Un test positif et confirmé indique que le sujet est infecté.

Population à risque

Le principal facteur de risque associé à l'infection par le VH est le rapport sexuel non-protégé.

En effet, le risque augmente avec le nombre de partenaires différents.

Le coït anal représente un facteur de risque significatif, tout comme le contact avec le sang d'une personne infectée lors, par exemple, d'échanges de seringues entre toxicomanes.

Actuellement tout individu ayant de multiples partenaires risque d'être infecté par le VIH. Dans les groupes à risque, on peut ajouter les enfants dont la mère est séropositive.

Traitement

Il existe un traitement d'urgence si un risque important a été pris. Dans ce cas, il faut se rendre le plus vite possible dans une consultation de dépistage ou aux urgences d'un hôpital (48 heures au plus tard). Le médecin évaluera le risque pris et pourra prescrire un traitement préventif d'un mois, qui peut empêcher d'être infecté par le VIH.

Le traitement reste symptomatique :

- Candidose buccale : antifongiques
- Leucoplasie buccale : acyclovir (ZOVIRAX)
- Infection à VIH : le Zidovudine (RETROVIR AZT). Association ABACAVIR /LAMIVUDINE/ ZIDOVDINE + AZT = multi-thérapies antirétrovirales

SIDA CLINIQUE :

Le traitement du sarcome de Kaposi ne modifie pas l'espérance de vie, étant de ce fait essentiellement palliatif :

- radiothérapie locale
- chimiothérapie
- les immunostimulants

Moyen de prévention

Lors des relations sexuelles, l'utilisation du préservatif est le seul moyen de protection efficace contre le sida.

Pour les toxicomanes, il ne faut pas s'échanger les seringues souillées.

b Hépatite B

Définition : L'hépatite B est une maladie virale qui se transmet essentiellement par voie sanguine ou par contacts sexuels. En cas de blessure, une contamination par la salive est possible. Une fois dans le sang, le virus atteint le foie et peut provoquer une inflammation (hépatite) qui se manifeste par un ictère. La peau et les yeux prennent une coloration jaune, l'urine devient brune et les selles se décolorent.

Épidémiologie nationale : En France, il y aurait plus de 280 000 personnes porteuses du virus de l'hépatite B. Et environ 1300 meurent de l'hépatite B en France chaque année.

Clinique : De nombreuses personnes souffrant de l'hépatite B n'ont pas de symptômes ou n'en ont que de légers. Toutefois, certaines personnes présentent des symptômes semblables à ceux de la grippe ou ont l'ictère (jaunissement de la peau). Les symptômes de l'hépatite B incluent :

- la fatigue ;
- la nausée ou les vomissements ;
- la fièvre et les refroidissements ;
- des urines foncées ;
- des selles liquides ;
- le jaunissement des yeux et de la peau (ictère) ;
- une douleur au côté droit, pouvant irradier dans le dos.

Examens de dépistage : le dépistage s'effectue par une simple prise de sang, avec recherche de l'antigène HBs pour l'hépatite B. Ces examens sont remboursés par l'assurance maladie. Si l'antigène HBs est présent, il faudra par la suite rechercher la présence du virus de l'hépatite B dans le sang.

Traitement : En cas d'hépatite chronique active documentée (c'est-à-dire prouvée par des examens biologiques et ou biopsie), le traitement repose sur la prise d'interférons : interféron alpha 2a ou alpha 2b. Un antiviral est aussi associé : la lamivudine.

c) **Hépatite C**

VHC : 500 000 à 2 millions personnes seraient séropositives essentiellement par voie sanguine. La voie sexuelle n'a pas encore été formellement démontrée. La prévalence est supérieure chez les prostituées et les homosexuels (6 à 20%) par rapport à la population générale (0,5 à 1,4%).

d) **Herpès génital**

Définition : Il s'agit d'une infection sexuellement transmissible (IST) caractérisée par l'apparition de petites vésicules douloureuses sur les organes génitaux. L'herpès génital est provoqué par un virus nommé virus de l'herpès simplex (VHS), semblable à celui qui cause l'herpès labial.

Épidémiologie nationale : L'herpès génital est une IST fréquente. Elle toucherait 2 millions de personnes en France.

Clinique : Un épisode d'herpès génital peut durer d'une à quatre semaines.

* Des douleurs ou des démangeaisons dans la région génitale, qui apparaissent de deux à dix jours après l'exposition au virus.

* Ensuite, des petites vésicules transparentes apparaissent dans la région génitale. En s'ouvrant, elles forment de petits ulcères, qui prendront quelques jours à guérir.
(Localisation chez la femme : vagin, vulve, fesses, anus, col de l'utérus. Chez l'homme : pénis, scrotum, fesses, anus, cuisses, urètre).

* Une miction douloureuse, lorsque l'urine entre en contact avec les plaies.

* Des bosses sensibles à l'aïne.

* Le premier épisode d'herpès est parfois accompagné de fièvre, de fatigue, d'une perte d'appétit et de maux de tête.

Examens de dépistage : Le dépistage de l'herpès se fait au moyen de prélèvement de tissus ou d'une culture d'une vésicule active ou d'une ampoule. Un test sanguin peut également détecter les infections à VHS-1 ou à VHS-2.

Traitement : Il repose sur l'utilisation de substances antivirales par voie locale (crèmes ou gels) ou orale (comprimés ou solutions buvables). Lors des récurrences, l'application précoce de la crème (dès les signes annonciateurs) permettrait de raccourcir la durée de la crise. Comme dans toute maladie sexuellement transmissible, il faut penser à traiter le(s) partenaire(s). L'herpès est très contagieux. Les rapports sexuels doivent être protégés (préservatifs) pendant toute la durée du traitement. Attention, la contamination est possible de la bouche au sexe, et réciproquement.

En cas de récurrences graves et fréquentes, des traitements au long cours peuvent être prescrits. L'herpès pendant la grossesse et en particulier au moment de l'accouchement peut avoir des conséquences graves pour le bébé. Une poussée d'herpès au moment de l'accouchement peut conduire à pratiquer une césarienne.

•

e) **Papillomavirus HPV**

Epidémiologie

La prévalence du virus peut varier de 3 à 20 % dans la population générale. Elle varie en fonction de l'âge : 25 à 50 % chez les femmes de moins de 25 ans et 5 à 15 % chez celles de plus de 35 ans.

Ces infections sont transitoires, régressant dans 60 à 90 % des cas selon l'immunité naturelle des patientes, dans un délai de 8 à 14 mois. L'importance de la charge virale et la persistance du virus oncogène sont des facteurs d'évolution vers une lésion précancéreuse et cancéreuse du col de l'utérus.

Mais cela ne correspond qu'à 10 à 20 % des patientes.

Définition

Les papillomavirus humains (HPV) sont un groupe de petits virus à ADN qui infectent spécifiquement les épithélium de la peau ou des muqueuses. Ils induisent généralement des lésions hyperprolifératives bénignes telles que verrues, papillomes ou condylomes. Cependant, certains types de papillomavirus humains sont associés à des tumeurs malignes, notamment le cancer du col de l'utérus associé neuf fois sur dix à un papillomavirus. Il a une évolution favorable et peut être facilement guéri par un traitement local, mais certaines formes évoluent vers des lésions plus sévères et peuvent, après plusieurs années, dégénérer en cancer.

Clinique

Les femmes présentent au frottis des anomalies de bas grade : lésion hyperprolifératives (verrues, condylomes, papillomes) ou une lésion de haut grade (cancer ou tumeur).

Dépistage

Un test HPV existe, qui détecte la présence des types de papillomavirus à hauts risques avant même que les modifications des cellules cervicales ne soient visibles. Il permet ainsi d'identifier très précocement les femmes courant un risque de développer un cancer du col de l'utérus.

Si le dépistage du papillomavirus est positif, cela ne signifie pas pour autant que vous aurez forcément un jour un cancer du col de l'utérus. Ce résultat donne des informations précieuses sur les risques potentiels que vous pouvez courir et permet à votre médecin de mieux vous surveiller. Tout signe d'apparition de la maladie sera détecté plus rapidement et permettra la mise en place d'un traitement efficace. En revanche, si le dépistage du papillomavirus est négatif, vous êtes assurée que vous courez un risque négligeable de développer un cancer du col.

Population à risque

Les facteurs de risques de MST habituellement retrouvés sont entre autres :

- > Bas niveau socio-économique,
- > Jeune âge (86 % des cas incidents avant 30 ans) et précocité des rapports,
- > Multiplicité des partenaires,
- > Prostitution,
- > Population carcérale,
- > Tabac, drogue, alcool,
- > L'existence d'une première MST.

Traitement

Le principe de la démarche thérapeutique curative est le traitement des lésions visibles et le traitement des lésions du partenaire. On distingue des traitements topiques, médico-chirurgicaux et systémiques.

Moyen de prévention

Avoir une bonne hygiène intime, bien rincer et sécher correctement la région génitale.

Éviter l'utilisation de produits parfumés (savons, bains moussants, papier hygiénique, tampons ou protège-dessous).

Éviter d'utiliser les douches vaginales régulièrement, à des fins hygiéniques. Les douches vaginales modifient l'équilibre naturel de la flore vaginale.

Ne pas utiliser de déodorant vaginal.

Changer régulièrement les tampons et les serviettes hygiéniques.

Porter des sous-vêtements de coton (éviter le nylon).

Laver les sous-vêtements avec un peu d'eau de Javel dans l'eau chaude pour tuer les micro-organismes.

Dormir sans sous-vêtement pour laisser l'air circuler autour de la vulve.

Éviter de porter des pantalons trop serrés et des bas de nylon.

S'essuyer de l'avant vers l'arrière après les selles pour éviter la propagation de bactéries du rectum au vagin.

Éviter de garder un maillot de bain mouillé.

Si nécessaire, avoir des relations sexuelles protégées.

f) Le cytomégalovirus

Epidémiologie :

En France, 50% des adultes ont des anticorps anti-CMV. La prévalence de la séropositivité est très élevée chez les homosexuels et les hétérosexuels à partenaires multiples. Le virus est excrété dans les urines, les sécrétions génitales, le lait, la salive et les larmes. La contamination se fait par voie sexuelle, par le « baiser profond », par les transfusions sanguines, par transplantation d'organe et lors de la grossesse (par voie transplacentaire ou au moment de l'accouchement).

Définition

Virus de grande taille (environ 80 à 100 nanomètres), Cette famille de virus se caractérise par le fait qu'ils peuvent persister longtemps à l'état latent dans les ganglions nerveux.

L'infection par cytomégalovirus est répandue dans le monde entier.

L'infection du nouveau-né est relativement courante puisqu'on a recensé 1 cas pour 100

naissances. Il n'existe néanmoins des séquelles que pour environ 1 cas pour 1000 naissances.

Le cytomégalovirus a été trouvé chez des sujets atteints de tumeurs bénignes ou malignes et tout particulièrement de sarcome de Kaposi et du sida. En effet, ce virus possède un effet immunodépresseur (il diminue les capacités de défense de l'organisme) et induit une sensibilité supplémentaire aux infections appelées opportunistes.

Localisation

Les cytomégalovirus résident dans les glandes salivaires ainsi que dans les lymphocytes B. (variété de globules blancs) pour le virus Epstein-Barr.

Ce virus peut être mis en évidence dans le sperme, l'urine, la salive, les fèces, les sécrétions situées au niveau du col de l'utérus (surtout pendant la grossesse) et dans le lait maternel.

Facteurs déclenchants

Ces virus sont susceptibles de diminuer les défenses immunitaires de l'organisme suite à :

- Un traumatisme sévère
- Une émotion
- Un déséquilibre psycho-affectif important
- Une infection
- Toute raison susceptible d'être à l'origine d'une diminution des réserves énergétiques de l'organisme

Ces virus peuvent être réactivés à n'importe quel moment.

Pathologies

Cette famille de virus provoque des maladies plus ou moins graves suivant les individus. Ainsi, les nouveau-nés, les immunodéprimés (malades atteints du sida), les individus transplantés, les malades atteints de cancer du sang, les cancéreux, etc..., sont plus enclins que d'autres à avoir une infection.

Il semble également que certaines couches de la population développent plus facilement des infections à herpès virus que d'autres (raisons inexpliquées pour l'instant).

Transmission

Elle se fait entre autres par l'intermédiaire d'une transfusion sanguine massive, d'une

transplantation d'organe, par un rapport sexuel (notamment homosexuel).

D'après Martin S. Hirsch (dans le new England J Med), quand un enfant infecté introduit le cytomégalovirus dans un foyer, 50 % des membres réceptifs de la famille se contaminent dans les six mois suivants.

Syndrome mononucléosique

C'est le symptôme le plus habituel de l'infection à cytomégalovirus. La maladie peut durer jusqu'à 6 semaines et se caractérise par :

- une hyperthermie (fièvre élevée prolongée) avec frissons
- une asthénie (fatigue importante)
- des malaises de temps à autre
- des myalgies (douleurs musculaires)
- des céphalées (maux de tête)
- une augmentation de volume de la rate (splénomégalie).
- une éruption cutanées ressemblant à une scarlatine (5 % des patients)
- un ictère (5% des cas)
- une méningite

Infection congénitale (pendant la grossesse)

Elle touche le fœtus et prend soit des formes inapparentes, soit des formes sévères. Si la maman a eu une première infection pendant la grossesse, la maladie des inclusions cytomégaliennes peut se développer chez environ 5 % des fœtus infectés.

L'infection se traduit par :

- des pétéchies : petites taches de purpura de très petites dimension.
- une hépatosplénomégalie : augmentation de volume de la rate et du foie
- un ictère (jaunisse) dans environ 64 % des cas
- un retard de croissance intra-utérin (pendant la grossesse)
- une microcéphalie : taille du crâne inférieure à la norme
- des calcifications cérébrales (présence de dépôts minéraux dans le cerveau)
- une prématurité (l'enfant naît avant terme) dans environ 30 à 50 % des cas.

Infection périnatale (à la naissance)

Cette variété d'infection est due soit au contact du fœtus, au moment de l'accouchement, avec les parois de l'appareil vaginal de la mère infectée, soit par absorption de lait, soit par transfusion sanguine, soit par contact avec d'autres sécrétions de la mère.

Infection à cytomégalovirus chez les sujets immunodéprimés et transplantés.

Chez les patients atteints du sida, le cytomégalovirus est à l'origine d'une inflammation de la rétine (couche de cellules recouvrant le fond de l'œil) ou d'une infection disséminée à l'origine de décès. L'infection par ce virus chez les sujets immunodéprimés se caractérise par :

- une hyperthermie prolongée (fièvre)
- des malaises
- une perte de l'appétit
- une asthénie (fatigue intense)
- des douleurs dans les articulations (arthralgies)
- des sueurs nocturnes
- des douleurs dans les muscles (myalgies).

Quand il existe une pathologie pulmonaire concomitante, celle-ci se traduit par /

- une toux productive (ramenant des glaires)
- une hypoxie (diminution de la quantité d'oxygène qui est distribuée aux tissus par le sang).

Infections congénitales

- Augmentation de la quantité des immunoglobulines M dans le sang (> 0,20 grammes par litre)
- Lymphocytose (augmentation du nombre des lymphocytes, variété de globules blancs)
- Augmentation des transaminases hépatiques (enzymes libérées par le foie en cas de lésion).
- Thrombopénie (baisse du nombre de plaquettes)
- Hyperbilirubinémie (augmentation du taux de bilirubine dans le sang). La bilirubine est le principal colorant de la bile.

Infection à cytomégalovirus chez les sujets immunodéprimés et transplantés.

- Leucopénie (baisse du taux de globules blancs dans le sang),

- Thrombopénie (baisse des plaquettes dans le sang)
- Lymphocytose (augmentation des lymphocytes) dans quelques cas seulement
- Perturbation de la fonction hépatique (du foie)
- Insuffisance de fonctionnement des glandes surrénales

Evolution de la maladie

- Environ 10 à 20 % des enfants infectés ne présentent pas de signe à la naissance mais développent par la suite des troubles auditifs, une atteinte oculaire, dentaire et psychomotrice lors des premières années de leur vie.

L'évolution des enfants présentant la forme sévère d'infection à cytomégalovirus est mauvaise et s'accompagne d'une mortalité de 20 à 30 %. Les enfants survivants présentent un retard intellectuel associé à une surdité.

Diagnostic différentiel

Il ne faut pas confondre cette maladie avec :

- la rubéole
- la toxoplasmose
- la syphilis
- une atteinte par herpès simplex
- une septicémie due à une bactérie

Traitement

Ganciclovir (dihydroxypropoxyméthyle guanine ou DHPG)

Foscarnet (phosphonoformate de sodium) dans les formes sévères, en cas d'immunodépression. Le foscarnet est toxique pour les reins, et entraîne une hypomagnésémie (chute du taux de magnésium dans le sang), une hypokaliémie (chute du taux de potassium dans le sang), une hypocalcémie (chute du taux de calcium dans le sang), des convulsions, des éruption de boutons entre autres. Son administration se fait par l'intermédiaire d'une pompe à perfusion et nécessite une surveillance médicale stricte.

Les globulines anti-cytomégalovirus semblent pouvoir diminuer les surinfections dues à des champignons (fongiques) ou dues à des parasites chez les greffés rénaux.

II) Bactéries

a) Syphilis

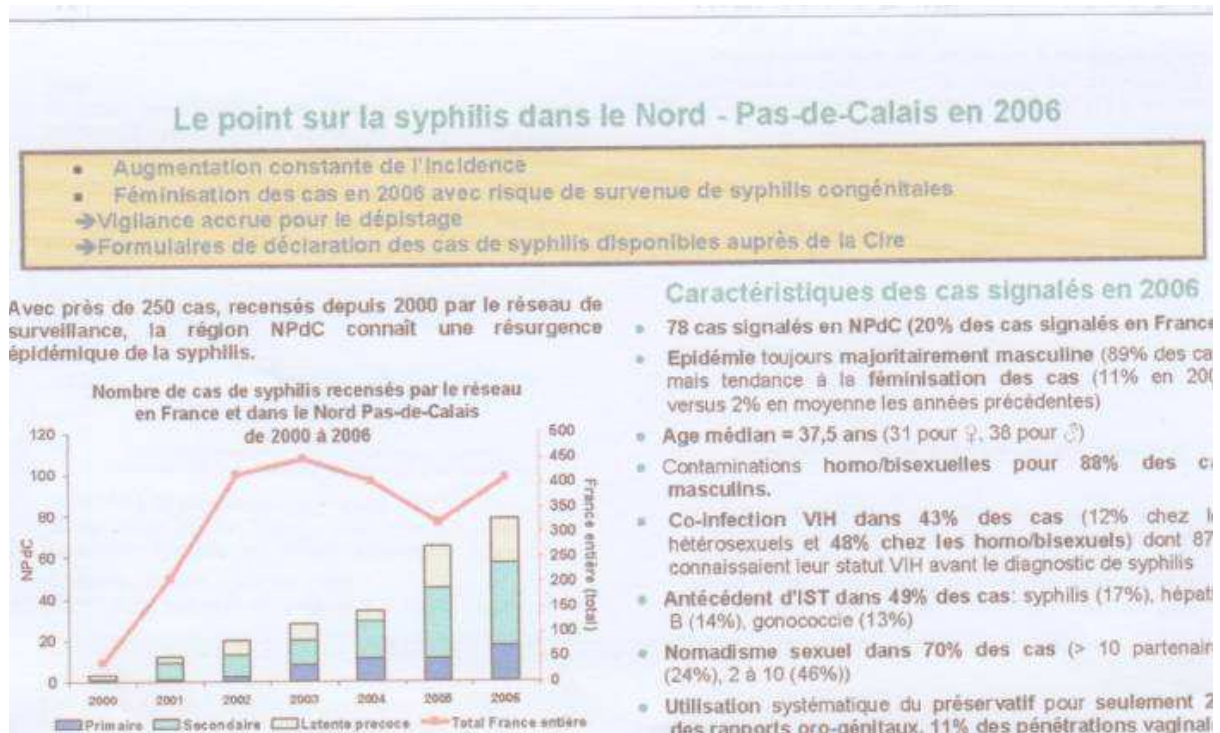
LA SYPHILIS

Statistique, épidémiologie nationale et nord pas de calais

Réapparu en 2000, l'épidémie de syphilis n'a pas disparu malgré la mise en place d'un système de surveillance et de lutte. Entre 2000 et 2006, 2 306 cas ont été recensés. Après une diminution en 2005, le nombre de cas augmente à nouveau en 2006 ; il est supérieur à celui des années antérieures, en particulier en Ile-de-France et dans la région Nord-Pas-de-Calais. Les personnes atteintes sont majoritairement (83 %) des hommes bisexuels ou gays mais le nombre de cas chez les hétérosexuels augmente chaque année. Dans ce contexte, les experts de l'InVS recommandent le renforcement de campagnes de prévention et de dépistage de la syphilis.

INVS (Institut National de Veille Sanitaire) :

Entre le 1er janvier 2000 et le 31 mai 2001, 78 cas (dont 77 hommes) de syphilis ont été déclarés (32 en 2000 et 46 au 31 mai 2001) à l'InVS par des cliniciens. Près de 87% des cas recensés ont été diagnostiqués à Paris. L'âge moyen était de 36,4 ans. Parmi les cas répertoriés chez des hommes, 75% concernaient des homosexuels. Pour l'ensemble des cas, 27% n'avaient aucun antécédent de MST et 53% étaient infectés par le VIH. 7 personnes ont découvert leur statut vis-à-vis du VIH au décours du diagnostic de syphilis. Le stade de syphilis secondaire a été établi chez 49 personnes (63%).



Définition

La syphilis est une **infection bactérienne** qui se traduit par un chancre au niveau des muqueuses génitales, anales ou buccales. La maladie est extrêmement contagieuse : 30 à 40 % des partenaires d'une personne infectée risquent de développer à leur tour l'infection dans les 30 jours qui suivent le rapport sexuel.

Dans sa forme primaire, elle disparaît d'elle-même au bout de 3 à 6 semaines. Sans traitement elle évolue en syphilis secondaire et dure 6 à 24 semaines, s'accompagnant d'éruptions cutanées sur le torse, les paumes ou les plantes de pied et/ou les muqueuses. La syphilis latente est le troisième stade. Elle peut provoquer des complications neurologiques, oculaires, des atteintes cardiovasculaires ou ostéo-articulaires. La maladie est cependant facilement traitable à l'aide d'une seule injection de pénicilline, mais difficile à repérer lorsque ses symptômes ne sont pas apparents.

Clinique

La syphilis peut mimer grand nombre d'affections cutanées ; c'est à juste titre que l'on peut la qualifier de grande simulatrice

Le premier symptôme est une irritation indolore apparaissant sur le pénis, le vagin, la bouche, l'anus ou les mains. L'état peut évoluer en fièvre, maux de gorge, éruptions sur le corps, les mains ou les pieds. Sans traitement, la syphilis peut entraîner de graves complications cardiaques, cervicales ou autres. Un bébé né d'une mère syphilitique peut décéder à la naissance ou souffrir de malformations.

La période primaire est marquée par le chancre : au niveau du gland, c'est une érosion plane, lisse, indolore, rose jambonné, reposant bientôt sur une base indurée. L'adénopathie inguinale apparaît au bout d'une semaine, elle est unique ou multiple.

La période secondaire peut s'étendre du 2^{ème} mois à la 4^{ème} année. La première floraison est marquée de quelques signes généraux (fièvre, céphalées, douleurs osseuses) et comprend des polyadénopathies et une éruption difficile à voir : la roséole. Elle est faite de macules rose pâle, disparaissant en 6 à 8 semaines sans séquelle (sauf parfois au niveau du cou ; collier de Venus). Des érosions muqueuses (également contagieuses) se voient au niveau de la bouche et des muqueuses génitales. Une alopecie en clairière est possible. La syphilis de 2^{ème} floraison comporte des syphilides (ensemble des manifestations cutanées de la syphilis en dehors du chancre) papulosquameuses cuivrées, à base indurée, prédominant aux orifices, aux paumes des mains et plantes des pieds.

La période tertiaire, après 2 à 3 ans, comprend des lésions localisées et destructrices (gomes) ou de sclérose, les leucoplasies siègent sur les muqueuses. Des atteintes viscérales sont possibles : aortite, tabès (affection consécutive à la syphilis : atteinte de la moelle épinière, troubles de la motricité et violentes douleurs), paralysie générale, névrite optique rétro-bulbaire.

Examens de dépistage

Le tréponème se recherche (à partir d'un grattage du chancre, d'une ponction ganglionnaire, d'une lésion cutanée ou muqueuse de la période secondaire)

Sérologie réaction de Bordet-Wassermann

Population a risque

Cette pathologie est intimement liée aux conduites à risque de maladie sexuellement transmissible, en particulier avec l'épidémie de sida et dans les milieux où sévit la toxicomanie.

L'épidémie touche principalement des hommes homosexuels ou bisexuels avec 88 % des cas déclarés, près de la moitié étant également porteur du virus du Sida. Le risque de transmission du VIH est de 2 à 5 fois plus important en cas de co-infection.

Traitement

Le traitement repose sur la Pénicilline

En cas d'allergie, l'alternative repose sur les céphalosporines (attention à l'allergie croisée) ou l'érythromycine (efficacité moindre nécessitant souvent un traitement complémentaire du nouveau-né à la naissance).

Le traitement comporte aussi une surveillance maternelle (sérologique et clinique), une évaluation néonatale précoce et tardive du nouveau-né (sérologique et clinique) mais aussi un traitement du ou des partenaires.

La déclaration est obligatoire.

Moyen de prévention

Le dépistage de la syphilis est obligatoire (sérologie VDRL et TPHA) lors de l'examen prénuptial, et lors du premier examen de grossesse s'appuyant sur le fait que la transmission (maternofoetale transplacentaire exclusive) ne se fait qu'exceptionnellement avant 16 semaines d'aménorrhée.

La prévention de l'infection foetale repose sur : la prévention primaire de la syphilis (information vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles, usage du préservatif...) ; le diagnostic et le traitement précoce de l'infection maternelle, une syphilis récente et traitée de façon adaptée avant 20 semaines d'aménorrhée s'accompagnent d'un risque quasiment nul d'infection congénitale

b) Gonocoque

Statistique, épidémiologie nationale et nord pas de calais

L'infection par le gonocoque semble en augmentation en France. Son incidence maximale se situe vers 18-24ans, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. En 2004/2005, 1 215 souches de gonocoques ont été isolées dont une majorité chez les hommes.

Définition

La blennorragie ou gonorrhée (appelée aussi familièrement chaude-pisse) est une infection bactérienne grave si elle n'est pas traitée promptement.

Elle se transmet par contact direct, généralement sexuel, avec les sécrétions génitales, anales et orales d'une personne infectée.

Le gonocoque ou *Neisseria gonorrhoeae* est un diplocoque à Gram négatif.

Clinique

Chez l'homme : Urétrite symptomatique, épидидymite et prostatite. Les signes rencontrés sont les brûlures urinaires, les dysuries, hématuries, des écoulements purulents au niveau du méat, douleurs éjaculatoires, douleurs scrotales et ténesme rectal. Le toucher rectal note une prostate augmentée de volume et douloureuse. La palpation scrotale trouve un cordon épидidymaire douloureux.

Chez la femme souvent asymptomatique on doit l'évoquer et rechercher le gonocoque devant des leucorrhées jaunes, verdâtres, purulentes surtout si elles sont associées à une urétrite ou une bartholinite. Le gonocoque représente encore 10 % des salpingites aiguës.

Dépistage

Le dépistage de la gonorrhée tant chez l'homme que chez la femme nécessite un écouvillonnage de la zone infectée ou un échantillon d'urine.

Population a risque

Les facteurs de risques de MST habituellement retrouvés sont entre autres :

- > Bas niveau socio-économique,
- > Jeune âge (86 % des cas incidents avant 30 ans) et précocité des rapports,
- > Multiplicité des partenaires,
- > Prostitution,
- > Population carcérale,
- > Tabac, drogue, alcool,
- > L'existence d'une première MST.

Traitement

Le traitement de première intention utilise une céphalosporine ou une fluoroquinolone.

Moyen de prévention

Avoir une bonne hygiène intime, bien rincer et sécher correctement la région génitale.

Éviter l'utilisation de produits parfumés (savons, bains moussants, papier hygiénique, tampons ou protège-dessous).

Éviter d'utiliser les douches vaginales régulièrement, à des fins hygiéniques. Les douches vaginales modifient l'équilibre naturel de la flore vaginale.

Ne pas utiliser de déodorant vaginal.

Changer régulièrement les tampons et les serviettes hygiéniques.

Porter des sous-vêtements de coton (éviter le nylon).

Laver les sous-vêtements avec un peu d'eau de Javel dans l'eau chaude pour tuer les micro-organismes.

Dormir sans sous-vêtement pour laisser l'air circuler autour de la vulve.

Éviter de porter des pantalons trop serrés et des bas de nylon.

S'essuyer de l'avant vers l'arrière après les selles pour éviter la propagation de bactéries du rectum au vagin.

Éviter de garder un maillot de bain mouillé.

Si nécessaire, avoir des relations sexuelles protégées.

c) Chlamydirose

Statistique, épidémiologie nationale et nord pas de calais

C. trachomatis, transmis de façon sexuelle, a comme le gonocoque un tropisme pour les cellules du col utérin. L'infection est le plus souvent latente ou donnant lieu à une cervicite modérée avec prédominance de lymphocytes. Elle se répand lors des changements de partenaire, dans les années qui suivent les premiers rapports sexuels, c'est donc chez les jeunes de moins de 25 ans qu'elle est la plus fréquente.

Des recherches systématiques faites dans les voies génitales basses par des Centres de Planification Familiale ont montré en France une fréquence de près de 20 % chez les moins de 20 ans, 10 % de 20 à 25 ans, 5 % au delà. Dans 70% des cas il n'y a pas de signes fonctionnel ou clinique. Ces chiffres ont évolué sur les dix dernières années avec une diminution sur les dernières années du siècle du fait de l'effet « préservatif » et une reprise depuis 2 ans.

Définition

Nom d'une bactérie responsable d'infections de l'urètre chez l'homme et d'une vaginite chez la femme. Deux circonstances en font une MST redoutable : une fois sur dix elle ne se manifeste par aucun signe alarmant, et sa détection dans les écoulements de la verge ou les pertes vaginales est extrêmement difficile. Sa fréquence est considérable et chez la jeune femme elle est la première cause de stérilité et de grossesse extra-utérine.

Clinique

L'exclusion du dépistage systématique des infections à chlamydia dans l'ensemble de la population de l'examen médical périodique, mais qu'il ne disposait pas de suffisamment de données pour recommander l'inclusion ou l'exclusion du dépistage dans les groupes à haut risque, alors que dans le cas du dépistage chez les femmes enceintes, les données étaient acceptables. Plusieurs parties : Ampleur du problème, l'infection chez les femmes,

l'infection chez les hommes, interventions, épreuve de dépistage, traitement, efficacité du dépistage, ...

Dépistage

Le dépistage systématique des M.S.T. et en particulier des chlamydioses est un des éléments majeurs de la prévention de la pathologie tubaire féminine. De nombreuses études ont montré que l'infection se répand dans la population jeune dans les cinq années qui suivent les premiers rapports.

Un dépistage systématique par les Centres de Planification Familiale est l'objectif en France de la loi Calmat, du 23 Janvier 1990. L'introduction récente dans l'arsenal de dépistage des techniques de multiplication du génome permet de le faire commodément, sur premier jet d'urine ou sur auto-frottis vulvo-vaginal.

Les pays scandinaves et certaines régions des Etats-Unis qui ont utilisé ces méthodes de dépistage depuis plus de dix ans ont vu disparaître ou diminuer fortement les infections à Chlamydia de leur population. Il est souhaitable que ce dépistage, prévu par la loi mais non obligatoire, se généralise dans notre pays.

Population a risque

Les facteurs de risques de MST habituellement retrouvés sont entre autres :

- > Bas niveau socio-économique,
- > Jeune âge (86 % des cas incidents avant 30 ans) et précocité des rapports,
- > Multiplicité des partenaires,
- > Prostitution,
- > Population carcérale,
- > Tabac, drogue, alcool,
- > L'existence d'une première MST.

Traitement

Les chlamydioses nécessitent des antibiotiques à diffusion intracellulaire : tétracyclines de synthèse, fluoroquinolones ou macrolides.

La durée du traitement est fonction du site et de l'ancienneté de l'infection : les infections cervicales basses isolées guérissent en 8 jours dans 80 % des cas : à ce stade de contagion maximum il est indispensable de traiter les différents partenaires.

La mauvaise compliance habituelle des jeunes et des sujets à M.S.T. amène à préférer les traitements en une prise avec effet retard sur huit jours, comme l'Azithromycine

Les salpingites aiguës demandent trois à six semaines d'un traitement qui associe à l'antichlamydien au moins dix jours d'un antibiotique à large spectre, en raison des fréquentes associations avec des germes aéro-anaérobies, l'association Augmentin®-Oflocet® est depuis quelques années en France le traitement de référence.

Les salpingites chroniques, on l'a vu, peuvent persister après deux mois de traitement ; une association de plusieurs antichlamydiens nous semble indiquée : deux mois d'une Tétracycline de synthèse associée à une quinolone le premier mois et à un macrolide

Moyen de prévention

Avoir une bonne hygiène intime, bien rincer et sécher correctement la région génitale.

Éviter l'utilisation de produits parfumés (savons, bains moussants, papier hygiénique, tampons ou protège-dessous).

Éviter d'utiliser les douches vaginales régulièrement, à des fins hygiéniques. Les douches vaginales modifient l'équilibre naturel de la flore vaginale.

Ne pas utiliser de déodorant vaginal.

Changer régulièrement les tampons et les serviettes hygiéniques.

Porter des sous-vêtements de coton (éviter le nylon).

Laver les sous-vêtements avec un peu d'eau de Javel dans l'eau chaude pour tuer les micro-organismes.

Dormir sans sous-vêtement pour laisser l'air circuler autour de la vulve.

Éviter de porter des pantalons trop serrés et des bas de nylon.

S'essuyer de l'avant vers l'arrière après les selles pour éviter la propagation de bactéries du rectum au vagin.

Éviter de garder un maillot de bain mouillé.

Si nécessaire, avoir des relations sexuelles protégées.

d) Lymphogranulomatose vénérienne

Statistique épidémiologie nationale :

Le nombre de diagnostics de lymphogranulomatose vénérienne (LGV), qui a augmenté en 2006 de 11 % au niveau nationale.

Définition :

La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est une infection due aux bactéries *Chlamydia trachomatis* (CT). La transmission de la LGV est le plus souvent observée lors de pénétrations anales, vaginales ou buccales non protégées.

Clinique :

Après l'exposition à l'infection, les symptômes peuvent commencer à apparaître dans les 3 à 30 jours qui suivent. Une plaie ou une enflure indolore peuvent apparaître à l'endroit où les bactéries ont pénétré dans l'organisme : le vagin, le pénis, le rectum, le col de l'utérus ou la bouche. Comme cette lésion n'est pas douloureuse, et qu'elle peut être interne ou se résorber sans traitement, il arrive que la personne infectée ignore son état. Vous pouvez alors avoir une fièvre légère ou des frissons, ou éprouver de la fatigue ainsi que des douleurs musculaires et articulaires. À ce stade, les ganglions lymphatiques de la région infectée (aine, anus, cou) enflent et deviennent douloureux. Si l'infection a été acquise lors de rapports sexuels anaux, vous pourriez avoir des pertes sanguinolentes ou purulentes à l'an.

Examens de dépistage :

Pour faire un test de dépistage, le médecin peut prélever des échantillons du vagin, de l'anus, du pénis ou de la bouche, selon le siège de vos symptômes et le type de rapports sexuels que vous avez eus récemment. Il se peut aussi qu'une prise de sang soit demandée.

Traitements :

On peut traiter et guérir le LGV par une antibiothérapie de trois semaines. Si la personne infectée a eu des relations sexuelles dans les 60 jours précédents, ses partenaires devraient être informés de la situation, passer des tests et être traités au besoin.

Le traitement est simple mais plus long que celui des infections à Chlamydia dues à d'autres sérotypes.

e) Candida albicans

Statistique, épidémiologie nationale et nord pas de calais

Les candidoses systémiques sont associées à une forte mortalité malgré la disponibilité de traitements. Il est donc nécessaire de mieux comprendre l'épidémiologie des candidoses et la physio-pathologie de ces infections et de définir de nouvelles cibles thérapeutiques si l'on veut à terme être en mesure de réduire l'incidence et les conséquences de ces infections. Les projets que nous développons s'inscrivent donc à la fois dans une recherche en épidémiologie et dans une étude de processus liés aux infections à l'aide d'outils de génomique.

Définition

Candida albicans est l'espèce de levure la plus importante et la plus connue du genre Candida. Elle provoque des infections fongiques (candidiase ou candidose) essentiellement au niveau des muqueuses digestive et gynécologique. Les candidoses sont une cause importante de morbidité chez les patients immunodéprimés comme les patients atteints du sida, les patients cancéreux sous chimiothérapie ou après transplantation de moelle osseuse. Les candidoses orale et œsophagienne sont fréquentes chez le patient atteint du sida. Lorsque Candida s'infiltré dans le flux sanguin, l'infection devient systémique et on parle alors de candidémie. Les candidémies sont caractérisées par une mortalité de l'ordre de 40%. C. albicans peut donner également une multitude d'autre infections car il s'agit d'un pathogène opportuniste très polyvalent, il peut être responsable d'infection superficielle cutanée, causer un érythème fessier chez les nouveau-née, une bronchopneumonie et/ou une pneumonie, une vaginite, une balanite ou être responsable d'infections profondes.

C. albicans est un organisme vivant à l'état naturel dans la bouche et le tube digestif de l'être humain. On le retrouve chez 80% de la population, et il n'entraîne habituellement aucune maladie ou symptôme en particulier. C'est un organisme commensal saprophyte.

Au laboratoire médical, la culture en boîte de Petri des *Candida* donne des colonies qui sont grandes, rondes, de couleur blanche ou crème (*albicans* signifie 'blanchâtre').

Clinique

Les candidoses cutanées se traduisent avant tout par des intertrigos des grands plis (plis inguinaux, abdominaux, sous-mammaires, axillaires, interfessiers) et des petits plis (commissure labiale, anus, espaces interdigitaux, rarement interorteils).

* Les symptômes sont identiques: la lésion débute au fond du pli et s'étend de part et d'autre sur les surfaces cutanées adjacentes:

- habituellement, la peau est érythémateuse, d'aspect vernissé et suintant, fissurée au fond du pli qui est recouvert d'un enduit blanchâtre.

- parfois, les lésions cutanées sont sèches et desquamatives.

Examens de dépistage

Pour identifier *C. albicans*, certains milieux peuvent être utilisés dès l'isolement et grâce à un substrat chromogène ou fluorescent, ils distinguent cette espèce des autres levures en détectant des enzymes. L'intérêt réside dans la rapidité du diagnostic et dans le dépistage des associations de levures.

Population à risque

Les facteurs de risques de MST habituellement retrouvés sont entre autres :

- > Bas niveau socio-économique,
- > Jeune âge (86 % des cas incidents avant 30 ans) et précocité des rapports,
- > Multiplicité des partenaires,
- > Prostitution,
- > Population carcérale,
- > Tabac, drogue, alcool,
- > L'existence d'une première MST.

Traitement

Les antifongiques utilisés actuellement ont de nombreuses cibles: la paroi cellulaire, la membrane plasmique, la synthèse de l'ergostérol, l'ADN, l'ARN,... Ces antifongiques sont soit fongistatiques, soit fongicides.

Moyen de prévention

Avoir une bonne hygiène intime, bien rincer et sécher correctement la région génitale.

Éviter l'utilisation de produits parfumés (savons, bains moussants, papier hygiénique, tampons ou protège-dessous).

Éviter d'utiliser les douches vaginales régulièrement, à des fins hygiéniques. Les douches vaginales modifient l'équilibre naturel de la flore vaginale.

Ne pas utiliser de déodorant vaginal.

Changer régulièrement les tampons et les serviettes hygiéniques.

Porter des sous-vêtements de coton (éviter le nylon).

Laver les sous-vêtements avec un peu d'eau de Javel dans l'eau chaude pour tuer les micro-organismes.

Dormir sans sous-vêtement pour laisser l'air circuler autour de la vulve.

Éviter de porter des pantalons trop serrés et des bas de nylon.

S'essuyer de l'avant vers l'arrière après les selles pour éviter la propagation de bactéries du rectum au vagin.

Éviter de garder un maillot de bain mouillé.

Si nécessaire, avoir des relations sexuelles protégées.

III) Parasites

a) Trichomonas :

Statistique :

En France, les statistiques démontrent que près de 15% des hommes ayant une urétrite non gonococcique et 20% des femmes atteintes de vulvo-vaginite sont porteurs de Trichomonas.

Définition :

Elles sont dues à un parasite (le trichomonas) qui entraîne chez la femme des pertes malodorantes, verdâtres. C'est la moins grave des et elle entraîne une démarche de soins rapide. Les rapports sexuels doivent être impérativement protégés pendant toute la durée du traitement.

Clinique :

Chez la femme :

- Ecoulement vaginal abondant de coloration verte tirant sur le jaune et de consistance mousseuse et généralement malodorante à l'origine de rougeur et de vif prurit (démangeaison)
- Douleurs du périnée, dans les cuisses.
- Dyspareunie qui est une douleur au moment du rapport sexuel chez la femme sans qu'il existe une contracture de la vulve, cette douleur pouvant être persistante, permanente ou intermittente.
- Dysurie associée à des brûlures pendant les mictions qui sont trop fréquentes

Chez l'homme, les infections par trichomonas sont le plus souvent très discrètes mais peuvent néanmoins s'accompagner :

- D'un écoulement urétral de nature mousseuse s'accompagnant quelquefois de pus
- De rougeurs et de gonflement autour de l'orifice urétral au niveau de la verge
- De dysurie
- De pollakiuries modérées
- De douleurs du bassin quelquefois plus ou moins importantes.

Examen de dépistage :

Le diagnostic se fait en examinant un prélèvement frais (prélèvement vaginal ou goutte urétrale) au [microscope](#). Les trichomonas sont reconnus à leurs mouvements et à leur morphologie. Chez l'homme, le dépistage pourra être fait par recueil de la première goutte du méat le matin avant toute miction, ou encore par massage prostatique.

Traitements :

Antibiotique imidazolés (métronidazole) pendant une semaine. Le traitement guérit habituellement jusqu'à 95 % des femmes. L'utilisation de ce médicament ne doit pas se faire pendant le premier trimestre de la grossesse. Les partenaires sexuels sont

généralement traités en même temps (même s'il n'existe pas de signe d'infection par trichomonas), ceci pour éviter toute récurrence.

b) Oxyurose Vulvaire :

Statistique :

Au niveau national, L'oxyurose est la parasitose la plus répandue en France.

Définition :

Les oxyures sont des petits vers contaminant la vulve depuis le tube digestif. Ils peuvent être transmis au partenaire au cours des relations sexuelles. Néanmoins, la contamination se fait aussi par l'ingestion d'aliments souillés par des œufs d'oxyures.

Clinique :

Les larves femelles pondent leurs œufs à la marge de l'anus entraînant un prurit anal le soir au moment de la fixation des vers. Cela cause des troubles du sommeil et de l'humeur chez l'enfant.

Cette infection peut aussi causer des douleurs abdominales, des troubles du transit ainsi que des vulvo-vaginites chez la fillette.

Examen de dépistage :

Le diagnostic se fait par l'observation de petits vers fins et mobiles à la surface des selles ou par Scotch-test le matin avant la toilette.

Population à risque :

Cette infection est très fréquente et touche essentiellement les enfants. C'est l'helminthiase la plus répandue en France.

Traitement :

Le traitement associe en général toute la famille autour de l'enfant infecté (le plus souvent) étant donné la contamination immédiate des œufs nouvellement émis. La molécule utilisée classiquement est le flubendazole, dont il faut renouveler la prise après 21 jours. La prophylaxie passe par une meilleure hygiène, notamment un bon lavage des mains pour réduire le péril fécal.

c) Phtiriase

Définition

La phtiriase (ou phthiriase) est une maladie infectieuse de la peau, due à *Phtirius inguinalis*, pou du pubis ou morpion. On l'appelle aussi pédiculose inguinale. C'est une parasitose gênante mais peu grave.

L'affection est très contagieuse. Dans la plupart des cas, la transmission se fait par voie directe, lors d'un contact sexuel notamment. Elle est par se fait considérée comme une infection sexuellement transmissible.

Clinique

Prurit localisé au niveau de la région pubienne et des régions génitales.

Lésions de grattage

Papules roses excoriées aux points de piqûres.

Le diagnostic se fait par la mise en évidence, à l'oeil nu, des lentes.

Traitement

Les poudrages avec une poudre à 4% de lindane dans le talc sont efficaces mais peu

pratiques. A noter que le lindane utilisé en grande quantité peut être cancérigène. La

valeur sûre et la simplicité pour le traitement est le "Spray Pax", vendu en pharmacie.

Il est obligatoire de laver le linge de bain, les draps et tout tissu susceptible d'avoir été en

contact avec la zone infestée. Pour éviter la persistance des lentes, le linge et en particulier

les sous-vêtements doivent être lavés à un minimum de 60°C. L'utilisation de spray textile

anti-parasitaire est un moyen complémentaire de désinfestation.

Il est également important de traiter les éventuels partenaires sexuels.

Moyens de prévention

La fidélité, le rasage pubien

d) Gale épidémiologie

La gale est essentiellement transmise par contact humain direct, elle est également sexuellement transmissible. Sarcopte scabiei parasite des millions d'individus dans le monde sur tous les continents, de tous niveaux sociaux et de tout âge. La gale survient par épidémies cycliques, notamment dans les foyers de personnes âgées. Depuis 1999, cette parasitose est inscrite sur la liste des maladies professionnelles contractées en milieu d'hospitalisation.

Définition

La gale est une infection due à un parasite appelé sarcopte. Cette affection est très fréquente et cosmopolite. Le nombre de nouveaux cas est en diminution depuis 1985.

La femelle sarcopte creuse un tunnel dans la couche la plus superficielle de la peau (la couche cornée) et y pond ses oeufs. La salive du parasite provoque une réaction à type d'urticaire très prurigineuse (démangeaisons intenses).

Clinique

L'incubation (entre la contamination et les premiers symptômes) est variable : de quelques jours à plusieurs semaines.

Les démangeaisons dominent le tableau clinique et motivent le plus souvent le patient à consulter son médecin traitant. Elles sont d'intensité variable mais présentent des caractères spécifiques devant faire penser au diagnostic : l'entourage du patient (collectivité, famille) se gratte aussi, les démangeaisons sont accentuées le soir et se

localisent à certains endroits caractéristiques : entre les doigts, poignets, face antérieure de l'avant-bras, plis du coude, aisselles, aréoles des seins, ombilic, ceinture, triangle des fesses, verge et face interne des fesses. Le dos et le visage sont épargnés.

Traitement

Il devra concerner le sujet atteint et son entourage, même en l'absence de symptômes.

En cas de gale survenant chez l'adulte :

Antiparasitaires externes.

Désinfecter le linge en le faisant bouillir ou mettre dans un sac vêtements et chaussures avec poudre antiparasitaire pendant 24 heures. Saupoudrer sur la literie.

En cas de surinfection bactérienne des lésions de grattage, des antibiotiques par voie orale et une désinfection locale sont indispensables.

Examens de dépistage :

Le diagnostic de la gale commune est en général clinique devant des signes cutanés et un prurit caractéristiques. Il est confirmé par un examen parasitologique direct par la mise en évidence des parasites ou de leurs oeufs ou déjections, sur un prélèvement effectué de préférence par le biologiste au laboratoire.

Populations à risques

Toutes personnes surtout de 15 à 35 ans.

Moyens de prévention

Avoir une bonne hygiène, ne pas avoir de partenaires multiples.

CONCLUSION :

COMMENT RECONNAÎTRE LA PRÉSENCE D'UNE MALADIE SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE ?

Différents symptômes sont la manifestation d'une contamination par une IST. Ces symptômes peuvent être discrets, mais il ne faut jamais les négliger.

Chez la femme :

des pertes vaginales blanches (leucorrhées)

des démangeaisons vulvo-vaginales ou urétrales

des sensations de brûlure lors des rapports sexuels
des boutons, des verrues, une plaie indolore ou de petites lésions douloureuses sur les organes génitaux, l'anus, la bouche
des douleurs au bas ventre
des saignements en dehors des règles

Chez l'homme :

des écoulements à l'extrémité de la verge (urètre)
des démangeaisons génitales
des sensations de brûlure en urinant
des boutons, des verrues, une plaie indolore ou de petites lésions douloureuses sur les organes génitaux, l'anus, la bouche
des douleurs aux testicules

COMMENT INTERROMPRE LA CHAÎNE DE LA TRANSMISSION ?

En cas d'infection, prévenir le, la ou les partenaires pour qu'ils se fassent examiner et éventuellement traiter le plus tôt possible. La chaîne de la transmission est ainsi interrompue.

Suivre intégralement le traitement prescrit par le médecin.

En cas de rapports sexuels pendant le traitement, toujours utiliser le préservatif.

Une personne qui a été atteinte par une IST n'est cependant pas immunisée contre cette maladie.

On peut être atteint(e) plusieurs fois de suite par une même maladie sexuellement transmissible, surtout si son, sa ou ses partenaires n'ont pas été examinés ni traités.

SOURCES

SIDA et soins infirmiers
Robert J. PRATT
Editions LAMARRE

Dictionnaire médical de l'infirmière
J. QUEVAUVILLIERS L. PERLEMUTER
3^{ième} édition
MASSON

<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/sida2/9131.htm>
<http://www.chu-rouen.fr/ssf/pathol/maladiessexuellementtransmissibles.html>
http://robertdebeparis.aphp.fr/fr/dossier_page_public.php?doss_id=153&doss_type_id=3&page=question&public=1&theme=5
<http://www.medix.free.fr/sim/syphilis.php>
<http://www.invs.sante.fr/>
<http://www.medix.free.fr/sim/vih.php>
<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/sida2/index.htm>
<http://www.sida-info-service.org/informer/protger/transmission.php4>
<http://medecinotropicale.free.fr/cours/sexe.htm>
<http://doctissimo.com>
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nicolas_favre/sommaire.htm
<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/lgv-fra.php>
<http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/trichomonas-4641.html>
<http://www.medisite.fr/medisite/Blenorragie-Chlamydia-Mycoplasmes.html>
<http://fr.wikipedia.org/wiki/Trichomonose>
<http://www.informationhospitaliere.com/dico-612-oxuyrose.html>