

ITEM 158 : INFECTIONS GENITALES DE LA FEMME

INFECTION GENITALE HAUTE

IGH = regroupent les différentes formes d'infections utéro-annexielles compliquées ou non : endométrites, salpingites, abcès tubo-ovarien, pelvipéritonite d'origine génitale. Les endocervicites isolées sont exclues. Elles peuvent être graves et sources de séquelles.

Salpingite = infection bilatérale des trompes utérines (plus rarement unilatérale), généralement associée à une infection utérine (**endomérite**)

- **IST les plus fréquentes** : chlamydie, gonococcie, syphilis, trichomonase (OMS 2013)

- Monde : Plus d'un million de personnes contractent une IST/jour (500 M/ an contractent une des 4 IST les plus fréquentes)

- Le plus souvent 2^{aire} à une infection génitale basse sexuellement transmissible, par voie ascendante

- Agents en cause : **Chlamydia trachomatis**, **Gonocoque**, **Syphilis**, **Trichomonas vaginalis** (leucorrhées verdâtres malodorantes), **Streptocoque**, **E. Coli**, **Staphylocoque**, **Mycoplasma ureaplasma**, HPV, HSV (**IST + atteinte générale = penser VIH**)

- **FdR** : femme jeune ≤ 25 ans, précocité des 1ers rapports sexuels, partenaires multiples (≥ 2 dans l'année), le changement de partenaire récent ou partenaire diagnostiqué avec IST, rapports non protégés, les toxiques (tabac, drogue, alcool), prostitution, incarcération, ATCD d'IST

Physio	- Mécanismes à l'origine de l'infection tubaire : IST +++/ iatrogène (0,1%-0,2% après hystéroscopie ; 0,5-5,5% après IVG)
	- Infection ascendante : vagin et/ou col utérin ⇒ cervicite ⇒ endomérite ⇒ salpingite/abcès tubo-ovarien ⇒ péritonite
	- Transmission sexuelle (+++) : 2 principaux : Chlamydia trachomatis (+++ 50-60%), gonocoque ; mais aussi <i>Bacteroides fragilis</i> , entérobactérie (<i>E. coli</i> , <i>Proteus</i> , <i>Klebsiella</i>), <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , streptocoque, staphylocoque
	- Geste invasif endo-utérin : curetage, IVG, hystéroscopie, hystérosalpingographie, pose de DIU...
	- Transmission par contiguïté (appendicite, sigmoïdite) : exceptionnelle

Diagnostic d'IGH non compliquée	Diagnostic d'IGH	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur pelvienne spontanée évoluant depuis plus de 4 jours (le plus souvent) ± syndrome rectal évocateur d'une IGH compliquée d'un abcès du Douglas. - Critères majeurs (l'absence des critères tend à éliminer le diagnostic d'IGH) : <ul style="list-style-type: none"> → Douleur pelvienne spontanée (en l'absence d'autres pathologies) → ET : douleur annexielle provoquée et/ou douleur à la mobilisation utérine - Critères additifs (chaque critère présent augmente d'autant la probabilité d'IGH) : <ul style="list-style-type: none"> → Interrogatoire : ATCD IST, contexte post-partum, post-abortum, manœuvre endo-utérine récente, métrorragies, syndrome rectal (ténisme, empreinte) → Examen clinique : T° > 38°C, leucorrhées purulentes → Examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> . Elévation de la CRP . Présence de Chlamydiae trachomatis, gonocoque ou Mycoplasma genitalium à l'examen bactériologique . Histologie : endomérite à la biopsie endométriale (bonne sensibilité et spécificité), salpingite à la biopsie fimbriale . Présence de signes échographiques spécifiques : épaississement pariétal tubaire > 5 mm, OU signe de la roue dentée (franges tubaires épaissies donnant un aspect de septa incomplet), OU masse hétérogène latéro-utérine aux cloisons ± cloisonnés avec de fins échos - Absence d'autres pathologies : cf. diagnostics différentiels.
	SC	<ul style="list-style-type: none"> - Palpation abdominale : défense hypogastrique (30%), palpation de l'hypochondre droit - Examen au spéculum : leucorrhée, cervicite, glaire cervicale louche, métrorragie - TV : - Douleur à la mobilisation utérine (quasi-pathognomonique) <ul style="list-style-type: none"> - Douleur à la palpation des annexes et empâtement douloureux des culs-de-sac vaginaux - Complications : - Irritation péritonéale : abcès pelvien, pelvipéritonite <ul style="list-style-type: none"> - Douleur en HCD : périhépatite, syndrome de Fitz-Hugh-Curtis ?
	Bio	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome inflammatoire (NFS, CRP) : généralement normaux en cas d'IGH non compliquée mais si négatifs diagnostic n'est pas exclu. - Eliminer un diagnostic différentiel : β-hCG (GEU), BU/ECBU (infection urinaire) - Bactério : <ul style="list-style-type: none"> . Prélèvement d'endocol +++ : après pose de spéculum, 3 écouvillons ou 1 seul avec transport en milieu adapté, examen direct + PCR Chlamydia, gonocoque et Mycoplasma . Prélèvement vaginal : à défaut, si pose de spéculum impossible . Hémoculture si fièvre/frissons . En cas de contraception par DIU : PAS DE RETRAIT SYSTEMATIQUE, le retrait du DIU est discuté dans les formes compliquées ou en cas de mauvaise évolution dans les 3-5 jours suivant le début de l'antibiothérapie - Bilan IST : sérologie VIH (après accord), syphilis (TPHA ± VDRL), VHB, VHC
	DD	<ul style="list-style-type: none"> - TDM+++ ± IRM abdomino-pelvien avec IV si doute clinique et échographique : diagnostic différentiel (urinaire, digestif, gynécologique) - Appendicite aiguë pelvienne - Infection urinaire - GEU - Sigmoïdite diverticulaire - Cholécystite - Autres causes de douleurs pelviennes : torsion d'annexe ++, kyste ovarien compliqué (torsion, rupture)...

	Coelioscopie diagnostique	<ul style="list-style-type: none"> - Examen pas seulement diagnostique, intérêt diagnostique, pronostique et thérapeutique = Indiquée si : - Doute diagnostique malgré imagerie complète - Signes de gravité infectieux - Absence d'amélioration > 48h d'antibiotiques - Collection pelvienne abcédée - Diagnostic coelioscopique : œdème tubaire, érythème tubaire et exsudat fimbrial au niveau du pavillon - Exploration de la cavité péritonéale et recherche d'un syndrome de Fitz-Hugh-Curtis - Prélèvements bactériologiques du cul-de-sac de Douglas et des trompes - Si aspect macroscopique normal en cas de suspicion d'IGH : prélèvement histologique, endométrial ou par biopsie fimbriale - Pronostic de la fertilité ultérieur : selon la sévérité des lésions tubaires et pelviennes (stérilité) - Thérapeutique : adhésiolyse péri-tubo-ovariennes, drainage de pyosalpinx, lavage péritonéal
Complication aiguë	Abcès pelvien	<ul style="list-style-type: none"> = Pyosalpinx (abcès de la trompe), abcès tubo-ovarien (ATO) ou abcès du Douglas : 10-35% des cas - Signes infectieux généraux (fièvre, AEG) avec syndrome inflammatoire biologique marqué - Douleurs pelviennes importantes, masse latéro-utérine fixée au TV - Diagnostic : échographie ± scanner/IRM, voire coelioscopie - TTT : drainage chirurgical ou radiologique si ATO de plus de 3-4 cm + antibiothérapie
	Pelvipéritonite aiguë	<ul style="list-style-type: none"> = Péritonite à point de départ tubaire : salpingite non ou insuffisamment traitée - Tableau de péritonite aspécifique : syndrome infectieux, iléus réflexe, défense abdominale sous-ombilicale voire contracture - TDM abdomino-pelvien avec IV : confirmation diagnostique, élimine une origine extra-génitale - TTT : prise en charge chirurgicale
	Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis	<ul style="list-style-type: none"> = Périhépatite (inflammation de la capsule de Glisson du foie) à <i>Chlamydia</i> (80%) ou gonocoque (20%) - Douleur de l'hypochondre droit, fièvre, syndrome inflammatoire biologique - Bilan hépatique et échographie hépatique : normaux - Diagnostic à la coelioscopie : adhérences inter-hépto-diaphragmatiques en corde de violon
Complication tardive	Séquelle tubaire	<ul style="list-style-type: none"> - Stérilité tubaire : 1^{ère} cause de stérilité tubaire - GEU : principal facteur de risque de GEU (RR = 10)
	Récidive	<ul style="list-style-type: none"> = 20% des cas : - Traitement mal suivi ou inadapté - Recontamination : absence du traitement du partenaire...
	Salpingite chronique	<ul style="list-style-type: none"> - Favorisée par traitement inadapté ou insuffisant = Lésions tubaires avec adhérences tubo-pelviennes : - Généralement asymptomatique, ou douleurs pelviennes chroniques, dyspareunie profonde, possible syndrome de Fitz-Hugh-Curtis - Diagnostic repose sur la coelioscopie
	Autres	<ul style="list-style-type: none"> - Algies pelviennes chroniques (15%) : mal expliquées (même après traitement), parfois invalidantes - Avortement spontané précoce : par inflammation de l'endomètre
TTT	⇒ Ambulatoire possible si : IGH simple ; les patientes doivent être revues à J3-J5 pour évolution clinique, tolérance, observance thérapeutique et résultats microbiologiques ⇒ Hospitalisation en service de gynécologie en cas d'IGH compliquées: VVP, mise à jeun en vue d'une coelioscopie	
	Antibiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> = Antibiothérapie probabiliste sans attendre les résultats, adaptée secondairement : - Par voie IV initialement si compliquée, ou par voie orale d'emblée en ambulatoire <u>IGH non compliquée</u> : - En première intention : triantibiothérapie <ul style="list-style-type: none"> → Ceftriaxone 1g IM en 1 prise → + Doxycycline 100 mg per os x2/j pendant 10 jours → + Métronidazole 500 mg per os x2/jour pendant 10 jours - Alternatives : <ul style="list-style-type: none"> → Ofloxacin 200 mg per os x2/j pendant 10 jours + métronidazole 500 mg per os x2/j pendant 10 jours ± ceftriaxone 1g IM en 1 prise → OU Lévofloxacin 500 mg 1/j per os pendant 10 jours + métronidazole 500 mg per os x2/j pendant 10 jours ± Ceftriaxone 1g IM en 1 prise → OU Moxifloxacin 400 mg per os 1/j pendant 10 jours ± ceftriaxone 1g IM en 1 prise <u>IGH non compliquées nécessitant une hospitalisation</u> : - En première intention : triantibiothérapie <ul style="list-style-type: none"> → Ceftriaxone 1 g en IV en 1 prise → Doxycycline 100 mg per os ou IV x2/j pendant 10 jours → Métronidazole 500 mg per os ou IV x2/j pendant 10 jours - Alternatives : <ul style="list-style-type: none"> → Doxycycline 100 mg per os ou IV x2/j + céfoxitine 2g x4/j IV puis relais par doxycycline 100 mg per os x2/j pendant 10 jours + métronidazole 500 mg per os x2 par jour pendant 10 jours → OU clindamycine 600 mg IV x3/j + gentamicine 5 mg/kg/j IV ≤ 3 jours puis relais par clindamycine 600 mg per os x3/j pendant 10 jours

TTT	Antibio- thérapie	<p><u>IGH compliquées nécessitant une hospitalisation</u> : durée totale du traitement = 14 jours pouvant être prolongée à 21 jours selon l'évolution</p> <p>- Traitement d'induction en hospitalisation en première intention :</p> <p>→ Ceftriaxone 1 à 2 g en IV</p> <p>→ + Métronidazole 500 mg IV ou per os x3/j</p> <p>→ + Doxycycline 100 mg IV ou per os x3/j</p> <p>→ + si signe de gravité Gentamicine 5 mg/kg/j IV ≤ 5 jours (adaptation fonction rénale) + avis réa</p> <p>- Traitement d'induction en hospitalisation, alternatives :</p> <p>→ Céfoxitine 2 g IV x4/j + doxycycline 100 mg IV ou per os x2/j</p> <p>→ OU Clindamycine 600 mg IV x4/j + gentamicine 5 mg/kg/j IV</p> <p>- Relais par voie orale :</p> <p>→ Doxycycline 100 mg per os x2/j + métronidazole 500 mg per os x3/j</p> <p>→ OU Clindamycine 600 mg per os x3/j</p> <p>→ OU Ofloxacin 200 mg per os x 3/j + métronidazole 500 mg per os x3/j</p> <p>→ OU Lévofloxacin 500 mg per os 1 fois par jour + métronidazole 500 mg per os x3/j</p> <p>→ OU Moxifloxacin 400 mg per os 1 fois par jour</p>
	Coelioscopie	<p>- D'emblée si complications : signe de gravité infectieux ou abcès pelvien</p> <p>- En l'absence d'amélioration après > 48h d'antibiothérapie</p>
	Abcès associé = IGH compliquée	<p>- Drainage systématique si > 3-4 cm</p> <p>- Radiologie interventionnelle :</p> <p>. Voie transvaginale à préférer échoguidée</p> <p>. Voie transrectale scannoguidée</p> <p>. Coelioscopie en 2^{de} intention</p>
	Mesures associées	<p>- Blocage de l'ovulation par contraception oestroprogestative (mise à repos des ovaires, prévention des complications ovariennes)</p> <p>- Eviter exposition solaire pendant le traitement par cyclines (photosensibilisation cutanée +++)</p> <p>- Dépistage des IST et TTT du/des partenaire(s) : azithromycine 1g en dose unique si <i>Chlamydia</i> ou ciblée selon le germe en cause</p> <p>- Rapports sexuelles protégés jusqu'à la fin du traitement</p> <p>- Ne pas oublier les traitements antalgiques (paliers 1 à 2 ++)</p>
	Surveillance	<p>- Disparition des symptômes en 4 jours : consultation si symptômes persistants à J4</p> <p>- Vérification clinique de la guérison systématique : cs à J7 ± prélèvements si toujours symptomatique</p> <p>- Dépistage de recontamination à Chlamydia à 3-6 mois</p>
Prévention	Prévention des IST	<p>- Utilisation systématique du préservatif</p> <p>- Dépistage régulier des IST, notamment à l'arrêt du préservatif ou après un comportement à risque</p>
	Dépistage d'infection à <i>Chlamydia</i>	<p>= Infection fréquente, souvent asymptomatique : dépistage par PCR sur 1^{er} jet urinaire</p> <p>- Femmes < 25 ans et hommes < 30 ans</p> <p>- Femmes > 25 ans et hommes > 30 ans multipartenaires ou ayant un nouveau partenaire</p>

LEUCORRHEE

Leucorrhée = écoulement non sanglant provenant de l'appareil génital féminin, pouvant être **physiologique** (par sécrétion de la glaire cervicale et la desquamation vaginale) ou **pathologique** (témoin d'une infection)

- Flore habituelle protectrice : **bacille de Döderlein** (= **lactobacille**), à l'origine du pH acide (3,8 à 4,5)

Diagnostic	SF	<ul style="list-style-type: none">- Caractéristiques de la leucorrhée : abondance, aspect, odeur, variations au cours du cycle- Contexte : changement récent de partenaire, signes cliniques chez le partenaire, traitement médical (ATB, COP, favorisent la mycose), geste invasif endo-utérin (IVG, aspiration endo-utérine, hystérectomie, hystérosalpingographie...), terrain favorisant (diabète, immunodépression), grossesse,...- Signes associés : fièvre, prurit vulvaire, douleurs pelviennes, dyspareunie, signes fonctionnels urinaires- Signes éventuels chez le partenaire : rougeur, brûlure, écoulement, irritation		
	SC	<ul style="list-style-type: none">- Prise de la température- Inspection de la vulve : inflammation locale (vulvite), lésion- Spéculum : visualisation de leucorrhée, de la muqueuse vaginale (recherche de signes inflammatoires (vaginite), de lésions vaginales), du col (cervicite) et prélèvements- TV : douleur à la palpation ou à la mobilisation de l'utérus et des annexes cf. IGH		
	DD	Leucorrhées physiologiques	<ul style="list-style-type: none">= Parfois abondante, mais non irritante, inodore, sans polynucléaires- Glaire cervicale (sécrétée par l'endocol) : translucide, cristallise en fougère, ☐ de J8 à J15- Desquamation vaginale : laiteuse, peu abondante, opalescente, ☐ en fin de cycle	
	PC	Examen direct en consultation	<ul style="list-style-type: none">- Examen extemporané sur lame : polynucléaire, <i>Trichomonas</i>, filaments mycéliens- Test à la potasse 10% («sniff test») : odeur de poisson pourri ⇒ <i>Gardnerella</i>, anaérobie	
		Examen de laboratoire	<ul style="list-style-type: none">= Non systématique, indiqué si :- Clinique atypique- Leucocytes à l'examen direct sans agent identifié- Signes d'IGH- Urétrite chez le partenaire- Echec d'un 1^{er} traitement médical ou récidue- Prélèvement vaginal standard : recherche de candidose, vaginose ou vaginite- Recherche d'IST : PCR Chlamydia, gonocoque (± mycoplasme en 2nd intention)- Prélèvement endocervical (avec transport sur milieu Portagerm®) si suspicion d'IGH	
Leucorrhée physiologique : blanche/transparente, indolore, ☐ en phase pré-ovulatoire				
- Prélèvement vaginal : polynucléaires rares, flore de Döderlein abondante, sans germe pathogène				
Leucorrhée pathologique : aspect anormal, SF associé (et parfois chez le partenaire : urétrite, balanite...)				
- Prélèvement vaginal : polynucléaires nombreux et altéré, flore de Döderlein rare/absente, germe pathogène				
Vulvo-vaginite	Non IST	Mycose à Candida albicans		= Saprophyte humain (≠ IST) : infection endogène, favorisée par l'hyperacidité vaginale
			FdR	<ul style="list-style-type: none">- Modifications hormonales : grossesse, ménopause- Pathologie générale : diabète, immunodépression- TTT : antibiotique ++, oestroprogestatif, corticoïdes, anticholinergique, progestatif- Hygiène locale inadaptée : toilettes excessives, antiseptiques locaux- Causes locales favorisant la macération : pantalons trop serrés, sous-vêtements synthétiques, piscine...
			Dg	<ul style="list-style-type: none">- Leucorrhée blanchâtre, grumeleuse (lait caillé), inodore avec prurit et brûlure vulvaire, dyspareunie ± dysurie, lésions de grattage- Vulve inflammatoire, œdémateuse ± extension au périnée postérieur fréquente- Examen direct +++ : filaments mycéliens⇒ Diagnostic clinique : prélèvement vaginal (avec mise en culture sur milieu de Sabouraud et antifongigramme) seulement si doute diagnostique ou mycose récidivante
			TTT	<ul style="list-style-type: none">- Antifongique local (sertaconazole, fenticonazole) : ovule (en 1 fois) ± crème si atteinte vulvaire (7-10 jours)- Savon alcalin ou neutre pour la toilette intime (PAS DE TOILETTE VAGINALE)- TTT du partenaire si balanite ou mycose récidivante : pommade antifongique (10 jours)
		Mycose récidivante		
		Vaginose bactérienne	<ul style="list-style-type: none">= Déséquilibre de la flore vaginale : prolifération bactérienne anormale, notamment de bactéries anaérobies type <i>Gardnerella vaginalis</i> ou <i>Mycoplasma hominis</i>- Leucorrhée grisâtre, peu abondante, malodorante- Diagnostic : - Test à la potasse positif/sniff-test (odeur poisson pourri), pH vaginal alcalin<ul style="list-style-type: none">- Présence de clue cells à l'examen extemporané (pathognomonique)- Disparition de la flore bactérienne normale : score de Nugent- TTT : métronidazole oral = 2 g en monodose ou 500 mg x2/jour pendant 7 jours	

Vulvo-vaginite	IST	<i>Trichomonas vaginalis</i>	= Contamination vénérienne par un parasite (protozoaire flagellé) - FdR : alcalinisation du milieu (savon de Marseille), hypo-œstrogénie
			Dg - Leucorrhée verdâtre, nauséabonde (odeur de plâtre frais), mousseuse, avec brûlure - Vulvo-vaginite et cervicite avec piqueté hémorragique, col rouge framboisé - Examen direct : protozoaire flagellé visible , polynucléaires
			TTT - Métronidazole : oral (2 g en prise unique) ou ovule (1/j pendant 10 jours) - En 2 nd intention : métronidazole 500 mg x 2/j pendant 10 jours → Traitement systématique du partenaire
Cervicite infectieuse	IST	<i>Chlamydia trachomatis</i>	- Portage asymptomatique fréquent - Mise en évidence par PCR sur 1^{er} jet urinaire ou sur l' endocol - Traitement : . Urétrite : Azithromycine 1g PO en prise unique ou doxycycline (200 mg/j en 2 prises pendant 7 jours ; de plus en plus de cas de résistances à l'azithromycine) . LGV et prostatite : Doxycycline 3 semaines . Salpingite : C3G + métronidazole + doxycycline
		Gonocoque	- Fréquemment asymptomatique (portage simple) - Leucorrhées purulentes (jaunes ou verdâtres) ± signes d'urétrite ou de skénite - Examen au spéculum : cervicite avec glaire purulente, parois rouges, saignant au contact - Diagnostic par PCR sur prélèvements vaginaux
		<i>Mycoplasme</i>	- Leucorrhées inconstante mais endocervicite fréquente parfois discrète - Mycoplasma genitalium (IST des 15-25 ans souvent) : à rechercher en cas de PCR <i>Chlamydia</i> et gonocoque négative - Mycoplasma hominis , Ureaplasma (non-IST) : rôle pathogène discuté, mais rôle dans les pathologies obstétricales (prématurité, RPM) - PCR Mycoplasma + - TTT : cycline pendant 7 jours ou azithromycine 1 g en prise unique
Cervicite non infectieuse	Non IST	Causes variées	- Cause néoplasique : à évoquer devant des leucorrhées persistante ou des hydorrhées - Femme ménopausée : . Toujours penser au cancer du col . Vaginite sénile : traitement hormonal - Jeune fille : . Vulvovaginite fréquente sur germes banals (streptococcus pyogenes) ou mycose (oxyurose) . Ne pas méconnaître le corps étranger ++
Autres	Infection bactérienne		= Streptocoque, E. coli, S. aureus... - Symptomatologie variable - Diagnostic par le prélèvement vaginal
	Infection génitale haute		= Inflammation de la muqueuse utérine, généralement 2 ^{ndr} à un geste invasif endo-utérin - Tableau clinique : douleurs pelviennes, leucorrhées, fièvre
Cas particuliers	Cause néoplasique		- Cancer du col de l'utérus : leucorrhée ± associées à des métrorragies provoquée ⇒ FCU après traitement de l'infection - Pathologie utérine ou tubaire : hydorrhée
	Femme ménopausée		- Vaginite sénile : atrophie et modification de la flore vaginale par carence hormonale ⇒ TTT hormonal - Origine néoplasique cervicale, endométriale ou tubaire
	Jeune fille		- Germe généralement banal : Streptococcus pyogenes, oxyurose, mycose ⇒ Rechercher un corps étranger intravaginal

VULVO-VAGINITE	IST	Signes	Examen	Traitement
Mycose à <i>Candida albicans</i>	Non	Leucorrhée : - Blanchâtre - Grumeleuse (lait caillé) - Inodore Prurit vulvaire ± dysurie	Filaments mycéliens	Antifongique local : sertaconazole, fenticonazole Savon alcalin ou neutre pour la toilette intime
Vaginose bactérienne = anaérobies type <i>Gardnerella vaginalis</i>	Non	Leucorrhée - Grisâtre - Peu abondante - Malodorante	Test à la potasse positif pH vaginal alcalin Présence de <i>clue cells</i> Disparition de la flore bactérienne normale : score de Nugent	Métronidazole = 2 g en monodose ou 1g/jour pendant 7 jours
Parasitaire = <i>Trichomonas vaginalis</i>	Oui	Leucorrhée - Verdâtre - Nauséabonde (odeur de plâtre frais) - Mousseuse Brûlure	Protozoaire flagellé visible Polynucléaires	Métronidazole - Oral 2 g prise unique) - Ovule pendant 10 jours ⇒ Traitement systématique du partenaire
SYPHILIS	<ul style="list-style-type: none"> - Germe : <i>Treponema pallidum</i> - Germe fragile, difficile à mettre en évidence - Incubation 3 à 4 semaines - Réactions croisées avec d'autres tréponèmes (problèmes de faux positif) 			
	Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Syphilis primaire : <ul style="list-style-type: none"> . Ulcération superficielle indolore, de 5 à 15 mm à fond propre, limites nettes et bien indurée . Adénopathie inguinale récente, ferme, indolore et souvent bilatérale - Syphilis secondaire : <ul style="list-style-type: none"> . Eruption cutanéomuqueuse ± fièvre, arthralgies, ADP... . 6S à 6M après l'apparition du chancre - Syphilis tertiaire : atteinte cutanée (gommès), neurologique, cardiovasculaire. Plusieurs années après le contage (rare) - Syphilis latente : pas de signes cliniques, précoce si évolue depuis < 1 an, tardive dans le cas contraire 		
	Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en évidence du tréponème au MO à fond noir : seul diagnostic de certitude (néanmoins ne se fait que sur des sérosités du chancre primaire) - Sérologies : TPHA-VDRL ± FTA (apparaît 5 à 8 jours après le chancre) <p>Attention : si le contage est récent le TPHA-VDRL peut être négatif ; un test au FTA ou une 2^e sérologie seront préconisés</p> <ul style="list-style-type: none"> - ELISA détectant les IgM (rarement faite) - Seule le VDRL est nécessaire pour le suivi de l'efficacité du traitement 		
	Traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Syphilis récente (primaire, secondaire et latente précoce) : benzathine benzylpénicilline 2.4MUI (IM) - Syphilis tardive (latente tardive, ou tertiaire) : 3 IM de benzathine benzylpénicilline - En cas d'allergie à la pénicilline → doxycycline 200mg/j 14 jours - Grossesse : <ul style="list-style-type: none"> . Syphilis primaire, secondaire ou latente depuis moins d'un an : traitement minute, Extencilline 2,4MU IM 1 injections . Co-injection VIH : discuter CISH pour éventuel renforcement du traitement : 3 injections à 1 semaine d'intervalle . Syphilis latente tardive ou d'ancienneté inconnue ou tertiaire : extencilline 2,4 MU/j IM 3 injections à 1 semaine d'intervalle . Prévention du phénomène d'Herxheimer : prednisone 0,25-0,5 mg/kg/j pendant 48h . Si allergie à la pénicilline : érythromycine 2g/j 15j ou désensibilisation 		

INFECTION A GONOCOQUE	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Neisseria gonorrhoeae</i> : diplocoque gram négatif très fragile - Diagnostic fait souvent de manière indirecte (sur des BM chez les partenaires) - IST à DO 	
	Clinique	Femme : asymptomatique dans 40 à 60% des cas ++ <ul style="list-style-type: none"> - Cervicite : leucorrhées jaunes verdâtres purulentes ± urétrite ou skénite, aspect au speculum retrouvant une endocervicite purulente - IGH : endométrite ou salpingite souvent aiguë Homme : <ul style="list-style-type: none"> - Urétrite symptomatique : écoulement purulent, dysuries, hématuries - Epididymite, prostatite : douleurs éjaculatoires, douleurs scrotales, ténésme rectal...
	Diagnostic	- Prélèvement urétral ou endocervical OU 1 ^{er} jet urinaire : ED au MO retrouvant un diplocoque gram négatif + culture néanmoins la PCR remplace de nos jours la culture
	Traitement	- Traitement minute par C3G (ceftriaxone 500mg) ou FQ (ofloxacin 400 mg)
INFECTION A CHLAMYDIA TRACHOMATIS	<ul style="list-style-type: none"> - Transmission sexuelle - germe intracellulaire, mis en évidence par culture - Trois espèces : <ul style="list-style-type: none"> • <i>C. trachomatis</i> : seule responsable d'IST, 15 sérovars ; les sérovars D-K donnent des infections sexuelles, périhépatiques, rhumatismes, infections néonatales. La femme est contaminante sur une courte durée (contrairement à l'homme en cas d'atteinte prostatique) • <i>C. pneumoniae</i> : donne des pneumopathies dites « non bactériennes » • <i>C. psittaci</i> : zoonoses 	
	Clinique	Femme : <ul style="list-style-type: none"> - Cervicite : leucorrhées claires voire asymptomatique - IGH : <ul style="list-style-type: none"> • Endométrite : métrorragies minimales et intermittentes • Salpingite aiguë : Douleurs pelviennes + sd infectieux inconstant • Salpingite silencieuse Homme : <ul style="list-style-type: none"> - IG basse : <ul style="list-style-type: none"> • Urétrite subaiguë +++ • Urétrite aiguë purulente possible IGH : orchite, prostatite subaiguë ou chronique découverte souvent sur un bilan de stérilité (néanmoins le rôle de <i>C. trachomatis</i> dans la stérilité de l'homme semble faible)
	Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - PCR ++ (gold standard) sur prélèvement d'endocol urétral ou vaginal ou sur le 1^{er} jet d'urines - Sérologie : aucun intérêt en pratique (en cas d'IgH : IgG toujours positive, IgA très souvent, IgM rarement)
	Traitement	<ul style="list-style-type: none"> - En cas d'IGB (PCR + et sérologie -) : azithromycine 1 g en prise unique - Sérologie de contrôle à 3S : <ul style="list-style-type: none"> • Négative : RAS • Positive : traiter comme une IGH - En cas d'IGH (PCR et sérologie +) : ofloxacin pendant 14 à 21 jours