

fect° genital et MST

Dr. Belarbi

I) fect° Geni Basse

- il ya plus de 20 ans, fect°_{sex} Trisidle aiguë était prépondérante
actuellement ce sont succédés les infections subaiguës sournoises (abus Bruits)
nous avons essentiellement celles dues au Chlamydia Trachomatis et aussi
HAV

- l'absence de symptomatologie est une cause de la fréquence et
de la gravité des Complicat° telle : Les Salpingites, infect° utéro annexielle
la dysplasie cervicale, Cependant l'améliorat° des Techniques, tel
l'amplification génomique par Ex : et la simplifict° des protocoles
Thérapeutiq doivent permettre une meilleure prise en charge, de dépistage
et de TRT adéquat des fect°

1) Les mycoses vulvovaginales aigües

Elles sont frpt et favorisé par gross, diabète, préménopause
le genre causal Candida Albicans.

a) clp Associe prurit vulvovaginal + Eryth^{me} vulvaire
leucorrhée coagulable.

b) ex copli : il n'est pas syst^é si clp est excatuelle.
l'ex direct au microscope met en évidence des filaments mycéliens
Les Prélèvements vaginaux etudé Bactériolo.

c) TRT Toilette avec un savon Alcalin
TRT local : éconazol (Gynopervaryl LP150) ^{1 prise} → le soir au coucher
^{1 prise} → une semaine plus tard
on peut ajouter une emulsion : Péranyl (2 Applicat° par jour)
Il du partenaire est indiqué si il présente une sympto spécifique

2) Mycoses Récurrentes

a) clp définit par la récurrence de 6 ou plus épisodes par an
avant et après rep^l après avoir éliminé les autres
pathologies vulvovaginales et générale.

b) ex copli prélèvements vaginaux avec etudé Partners réalisés
par écouvillonnage

3) II Amphotéric B (FUNGIZONE)

Gesclulur/jr pd 15^{re} anou a un TRT local.
c'est le gynoconyl LP 150 (lovul au couche
sav/pau mois pd 6 mois)

II du partenaire est systématique

3) Infection a Trichomonas

a) Jclp pose a perti verdâtre nausées Abou
local est framboise

b) ex Copl prelevet vaginal a l'aide d'un écouvillet
qui permet de confirmer Dg

c) II Flagyl 500mg 4cp ^{orale} en seule prise
anou II local (lovul par jr pd 1 semaine)

NB: TRT du partenaire est systématique et idé.

4) Infection a Gardnerella Vaginalis

a) Jclp la Presence de pertes gritres avec Odeur de poisson
pourri

b) ex Copl prelevet vaginal

c) II Flagyl 500mg 4cp en une seule prise par J
anou au II local

NB: le TRT partenaire n'est pas systématique

5) Portage du chlamydia Trachomatis

a) Jclp leucorrhée Banale parfois jaunâtre +/- endocervicit

b) ex Copl le prelevet doit se faire l'endocol avec un KIT
Spécial (avec tres propils) le conservat° est obligatoire de
un Refrigerateur p le deplacement car le dehydrat° est rapide
du gene

c) II Zi II est a Base de Cyclines ZITRONAX 250^{cp}mg
4cp en prise unique

Zi II partenaire est systématique +++

NB: ds un contexte de NLR pelvée avec un sd inflammatoire et la
possibilité d'une fect° genitale haute → (II) → Cloroxycycline 2cp/jr pd 14j

CPL

- adhérences
- aspect rougeâtre pelvis avec ^{faux} kystes de grenouille
- Hydrosalpinx, Pyosalpinx, Abscès Tubo-ovarien

6) Infection à Gonocoque

a) JdP leucorrhéjaux jaunes verdâtre purulents +/- uretrite
 + endocervicite purulente
 b) ex copul prélevé endocervical de m au niv de l'urètre à la
 recherche du gène en cause

c) ITT Rocephin 1000mg en IT7 en IT minute!
 c36 ou Bien Oken 400mg scp en p/a u/pu per Os

7) Infect à Herpès Simplex

a) JdP présence vésicules qui évolue sur un fond
 érythémateux puis apparaît d'une ulcération d'ulcère avec fièvre
 et AOP bilatérale frontale

b) ex copul la présence du virus après prélèvement
 vésiculaire sur un milieu spécifique cependant
 l'intérêt d'un Dg biologique de certitude (Serologie)

c) TRT

a) Primo infect° → Aciclovir
 200mg^{x5}/jR per Os pd 10jR

NB: ds les formes sévères Aciclovir
 5mg/Kg H 2x 8h scp en IV pd 8-10jR

p) la récurrence Aciclovir 200x5/jR pd 7jR

8) form sévères se font en milieu hospitalier

8) Zéche ou Nou

a) JdP la symptomatologie est bruyante et évolutive
 est Dramatique

b) Bacterio c'est la mise en évidence Bacille Ducrey

c) Zo. Cotaminatio après qhp JA d'un Rapport Suspect des lésions papuleuses au niv Organes génitaux parfois ulcère et profonde, très dlrse, Bords irrégulier et déchiré avec ADP

d) II: Penicilline - Azithromycine (~~247R011X~~)
2g/jr en dose unique

Syphilis:

c'est l'acte de l'impure, et elle est plurifocale

a) primaire 3 semaines après un contact suspect, appant d'un

Chancr ulcér dlrse + ADP

la cicohisat° se fait 3 à 6 semaines.

Zoie au niv Col, vagin, vulve, anal

b) secondaire PolyADP + éruption cutané variable 2-12jr après Chancr

c) Période de latence Azithro Dg est sérologique.
TPHA / VDRL !

d) Période tertiaire

manifest neurologique, osseux et cardiovx

NB: des Zoies ont des Cutan régulières, uniques ou multiples parfois géantes, Agent causal est le Treponema pallidum.

apparaît sur chancr ou Zoie ulcéreuse, mais à compléter par ex sérologique.

(II) => Extraculi 2,47 en ~~11~~!
en IN en dose unique

- si présente un co-fect° avec VIH donner une inject° à 2 semaines pd 3 fois + corticothérapie

- Cas d'Allergi -> dose azithromycine 2g/jr pd 15jr

- dépistage systématique du VIH, répétité B, C, et dilués

- Zo. Surveillance doit se faire le VDRL à 3, 6, 12, 24 mois

- la déclarat° est obligatoire

II) partenaire syst 9
2,47 / 52 IN en don unique

FTA test

II) infect° genital Route

de developpement, pour un probl. Social Carri partiel
leur sepulture a leur tem: sterilite faut et la gravite, d'autant plus
pu'elle Toucher les femmes jeunes multipar

- Les germes responsables sont surtout le Chlamydia, Gonococque
- le Dg doit être Rapide + positif
- la dep peut être Trop élevée
- la Gécie permet d'individualiser les lésions, de faire les prélèvements et de (II)
- la Prévent° est le meilleur remède

1) Epidémiologie

ajfrepreneur - en France 200,000 m/cas par an
• en USA 1/2 est atteinte d'une infect° genit Route avant
l'âge de la maternité

2) Zusammenhang

Chlamydia 40-60% Entérobactérien 20-30%

Streptococque 10-30% mais fréq => anaérobie, Mycoplasma, Staph

Cependant les infect° sont généralement polymicrobiennes

3) Exploration @ prélevement vaginal, prélevement de l'endocervix (pr le gonococque et chlamydia), au niveau urétra

@ autres Bactéries : FNS, CRP, Serologie hépatite B, C, VIH
Syphilis, test occulte, test de pic Therap
ECBU, FCV ~~minimale~~, PHCG !

@ échographie : pr diagnoser un Pyosalpinx ou Abscès ovarien et Douglas

~~le plus sur des ydria~~ (noté)
 Abscès

CPL civo!

Tableau de
 prélèvements Bactériologie
 échographie

- Jeune
- pas de désir gross
- pas de réaction péritonéale

Hospitalisation

(II) Médical

Thérapie parentérale au per Os
 possible du II en Ambulatoire

- Jeune
- désir de gross
- réaction Péritonéale
- Dg incertain
- CPL: Abscès pelvien
- unodeprie: Co-infect°

- Hospitalisation
- Abscès II pd 48h - 72h
- Colioscopie

- Prise Abdomino pelvienne clair
 (ut, ovaire, douglos, péritoine) (COGII) (Brubot)

- prélèvement Bactériologie
- lavage péritonéal
- II des Co-flicties

(Aspirat° Abscès, annexectomie
 II local, Kystectomie)

(II) Biantibiobiothérapie parentérale puis ORALE

+ Co-traitement normodose + Adopurine Ovaire (stériliser)

+ AINS et pause gestip

4 (II) Si ABR parentérale jusqu'à 48h

après Apyrexie

Augmentin 1g 3F/12h en IV + Ofloxac 200mg 2F/12h IV

(II) 2e det° sera adapté au genre et à l'antibiogramme

• Doxycycline 1g 3F/12h pd 12h + Ofloxac 200mg pd 21h

et l'absence Augmentin 3F/8 pd 12h

gonococq oroken 200mg ou Rocephin 500mg

amoxicillin flepyl 500mg 3F/12h

⑤ Surveillance

Clp \neq DLR \downarrow
Température \downarrow

Biologie - FNS, CRP à J3

- 2^e consultat^o 3^e semaine après début (II)

avec contrôle Bactériologie, Serologie et frotte

NB: PEC du porte-air : ECB à la recherche d'abonyd
Si $\oplus \Rightarrow$ Zithromax.

Conclusion : seule l'observat^o du II permet
la guérison avec des Sep-mal.
à minima, et par conséquent éviter
le passage à la chronicité