

Formation GRIVE I S T

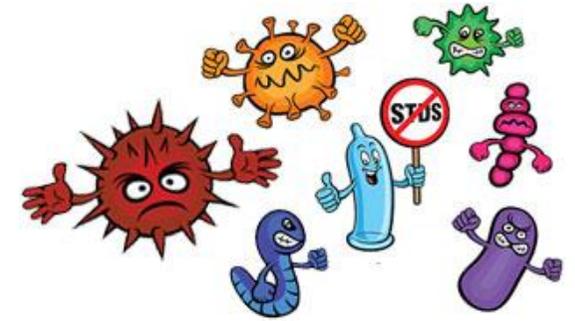


Formation Médicale Continue 34
Maison des Professions Libérales
285 rue Alfred Nobel - 34000 MONTPELLIER
Tél/fax: 04.67.70.86.62
FMC34@orange.fr - <http://www.fmc34.fr/>



Déroulement de la soirée

- 20h-20h30: Accueil et repas Bio
- 20h30-21h15: A vous de jouer! Vrai-Faux, Cas cliniques
- 21h15-21h35: Vos cas cliniques
- 21h35-40h: Take home message
- 21h40h-22h15: Synthèse GRIVE
- 22h15-22h30: Vidéo Groupe patient



VRAI OU FAUX



VRAI ou FAUX

- La gonococcie est l'une des IST la plus répandue dans le monde
- La durée d'incubation est de 28 jours
- L'urétrite antérieure aigue est la manifestation clinique la plus typique chez l'homme
- La gonococcie est dans 50% des cas asymptomatique chez la femme
- Le diagnostic se fait le matin avant émission d'urine ou toilette génito urinaire par prélèvement de l'écoulement chez l'homme ou des sécrétions cervicales chez la femme, ou par écouvillonnage endo urétral (en absence d'écoulement)



VRAI ou FAUX

- La gonococcie est l'une des IST la plus répandue dans le monde
- La durée d'incubation est de 28 jours

La durée d'incubation est de 2 à 7 jours

- L'urétrite antérieure aigue est la manifestation clinique la plus typique chez l'homme
- La gonococcie est dans 50% des cas asymptomatique chez la femme

(Si elle est symptomatique: cervicite avec pus provenant de l'orifice cervical, pesanteur pelvienne, urétrite)

- Le diagnostic se fait le matin avant émission d'urine ou toilette génito urinaire par prélèvement de l'écoulement chez l'homme ou des sécrétions cervicales chez la femme, ou par écouvillonnage endo urétral (en absence d'écoulement)



VRAI ou FAUX

- Le traitement d'une infection à gonocoque est une injection de CEFTRIAXONE 1g IM en dose unique (ou sous cutanée, ou IV)
- Le traitement anti Chlamydia n'est pas systématiquement associé
- Le patient doit être revu systématiquement à J7



VRAI ou FAUX

- Le traitement d'une infection à gonocoque est une injection de CEFTRIAXONE 1g IM en dose unique (ou sous cutanée, ou IV)

La posologie est de 500 mg

Si allergie: (en dose unique)

-AZITHROMYCINE PO 2g

- CIPROFLOXACINE PO 500mg

-GENTAMYCINE IM 240mg

- Le traitement anti Chlamydia n'est pas systématiquement associé

Il est systématiquement associé

- **Le patient doit être revu systématiquement à J7**



VRAI ou FAUX

- Le portage asymptomatique de Chlamydia trachomatis est élevé dans les 2 sexes
- L'incubation est de quelques jours à quelques mois
- Chez l'homme la complication la plus fréquente des urétrites à Chlamydia trachomatis est l'épididymite aiguë et chez la femme, la salpingite
- Le diagnostic chez un patient asymptomatique se fait par PCR sur urines du 1^{er} jet chez l'homme et la femme
- Le traitement repose sur:
 - DOXYCYCLINE 100mg 2 fois par jour 7 jours
 - OU -AZITHROMYCINE 1g en dose unique
- Rapports sexuels protégés 7 jours après AZITHROMYCINE et les 7 jours de DOXYCYCLINE



VRAI ou FAUX

- Le portage asymptomatique de Chlamydia trachomatis est élevé dans les 2 sexes (70%)
- L'incubation est de quelques jours à quelques mois
- Chez l'homme la complication la plus fréquente des urétrites à Chlamydia trachomatis est l'épididymite aigue et chez la femme, la salpingite
- Le diagnostic chez un patient asymptomatique se fait par PCR sur urines du 1^{er} jet chez l'homme **et la femme**

Auto prélèvement par ecouvillonnage endo vaginale chez la femme

- Le traitement repose sur:
 - DOXYCYCLINE 100mg 2 fois par jour 7 jours
 - AZITHROMYCINE 1g en dose unique
- Rapports sexuels protégés 7 jours après AZITHROMYCINE et les 7 jours de DOXYCYCLINE



VRAI ou FAUX

- La syphilis précoce est définie par une évolution datant de moins d'2 an, regroupant syphilis primaire (chancre) et secondaire (manifestations cutanéomuqueuses). C'est la période la moins contagieuse)

(J0=1^{er} jour du chancre)

- Le chancre syphilitique est unique, indolore, propre, induré, bords nets, superficiel, il disparaît spontanément en 2 à 6 semaines
- Environ 1/3 des patients infectés, non traités développeront une syphilis secondaire, elle survient 6 semaines après le chancre (roséole), puis peuvent apparaître des syphilides papuleuses
- Le diagnostic se fait à partir d'un prélèvement de chancre ou lésions secondaires érosives, avec un microscope à fond noir / et par sérologie TPHA-VDRL
- Le TPHA se positive vers J7-J10 et le VDRL vers J10-J15
- Une sérologie négative élimine le diagnostic de syphilis primaire



VRAI ou FAUX

- La syphilis précoce est définie par une évolution datant de moins de 2 ans, regroupant syphilis primaire (chancre) et secondaire (manifestations cutanéomuqueuses) c'est la période la moins contagieuse

(J0=1^{er} jour du chancre)

Moins d'1 an / période la + contagieuse

- Le chancre syphilitique est unique, indolore, propre, induré, bords nets, superficiel, il disparaît spontanément en 2 à 6 semaines
- Environ 1/3 des patients infectés, non traités développeront une syphilis secondaire, elle survient 6 semaines après le chancre (roséole), puis peuvent apparaître des syphilides papuleuses
- Le diagnostic se fait à partir d'un prélèvement de chancre ou lésions secondaires érosives, avec un microscope à fond noir / et par sérologie TPHA-VDRL
- Le TPHA se positive vers J7-J10 et le VDRL vers J10-J15
- Une sérologie négative élimine le diagnostic de syphilis primaire

En cas de dépistage précoce, la sérologie peut revenir négative. (Intérêt de FTA)



VRAI ou FAUX

- Le traitement repose sur:
 - BENZATHINE PENICILLINE 1 injection IM de 2.4Millions d'UI ou 2 injections IM de 1.2Millions d'UI (avec xylocaïne 1% non adrenergique 1 cc) + garder le patient sous surveillance 30 min (réaction d'Herxheimer)
- Si allergie: DOXYCYCLINE 100mg 2 fois par jour 14 jours
- Le chancre et l'éruption secondaire disparaissent en 2 jours après TTT
- La surveillance sérologique se fait sur le TPHA à 3 mois 6 mois 1 an puis tous les ans jusqu'à négativation
- Si ré augmentation VDRL facteur >4 (2 dilutions) après TTT: recontamination, retraiter avec même schéma



VRAI ou FAUX

- Le traitement repose sur:
 - BENZATHINE PENICILLINE 1 injection IM de 2.4Millions d'UI ou 2 injections IM de 1.2Millions d'UI (avec xylocaïne 1% non adrenergique 1 cc) + garder le patient sous surveillance 30 min (réaction d'Herxheimer)
- Si allergie: DOXYCYCLINE 100mg 2 fois par jour 14 jours
- Le chancre et l'éruption secondaire disparaissent en 2 jours après TTT
En 3 à 15 jours
- La surveillance sérologique se fait sur le TPHA à 3 mois 6 mois 1 an puis tous les ans jusqu'à négativation

La surveillance sérologique se fait sur le VDRL à 3 mois 6 mois 1 an puis tous les ans jusqu'à négativation (divisé par 4 à 3-6 mois, négativé à 1 an (syph précoce) ou 2 ans (syph tardive)

- Si ré augmentation VDRL facteur >4 après TTT: recontamination, retraiter avec même schéma



VRAI ou FAUX

- L'herpès génital représente la première cause d'ulcère génital
- La contamination par voie sexuelle se fait lors d'une récurrence symptomatique mais également lors d'une excrétion virale asymptomatique
- La primo infection est le plus souvent asymptomatique (50-90% des cas)
- L'incubation est de 7 jours en moyenne
- L'infection est plus sévère et plus fréquente chez la femme
(vulvite aigue oedémateuse, érosive, hyperalgique)
- La récurrence de l'herpès génital est définie par la réactivation de l'infection latente localisée dans les ganglions sensitifs sacrés, favorisée par épisodes fébriles, stress, menstruations (herpès cataménial), effet mécanique des rapports sexuels



VRAI ou FAUX

- L'herpès génital représente la première cause d'ulcère génital
- La contamination par voie sexuelle se fait lors d'une récurrence symptomatique mais également lors d'une excrétion virale asymptomatique
- La primo infection est le plus souvent asymptomatique (50-90% des cas)
- L'incubation est de 7 jours en moyenne
- L'infection est plus sévère et plus fréquente chez la femme
(vulvite aigue oedémateuse, érosive, hyperalgique)
- La récurrence de l'herpès génital est définie par la réactivation de l'infection latente localisée dans les ganglions sensitifs sacrés, favorisée par épisodes fébriles, stress, menstruations (herpès cataménial), effet mécanique des rapports sexuels



VRAI ou FAUX

- Le diagnostic se fait par culture cellulaire (résultats en 1 à 3 jours)
- L'efficacité de la culture dépend de la précocité et de la qualité du prélèvement, de la qualité du milieu de transport et du délai d'acheminement à 4 degrés des prélèvements jusqu'au laboratoire.
- Le traitement d'une primo infection herpétique repose sur:

VALACICLOVIR 500mg 2 fois par jour 5 jours

- Ce traitement prévient la survenue de récurrences ultérieures
- Le traitement d'une récurrence herpétique génitale repose sur:

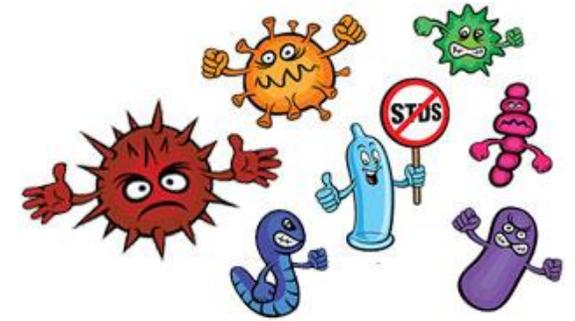
VALACICLOVIR 500mg 2 fois par jour 5 jours

- Le risque de transmission est surtout important dans l'année suivant la primo infection



VRAI ou FAUX

- Le diagnostic se fait par culture cellulaire (résultats en 1 à 3 jours)
- L'efficacité de la culture dépend de la précocité et de la qualité du prélèvement, de la qualité du milieu de transport et du délai d'acheminement à 4 degrés des prélèvements jusqu'au laboratoire.
- **Le traitement d'une primo infection herpétique repose sur:**
VALACICLOVIR 500mg 2 fois par jour 5 jours
10 jours
- **Ce traitement ne prévient pas la survenue de récurrences ultérieures**
- Le traitement d'une récurrence herpétique génitale repose sur:
VALACICLOVIR 500mg 2 fois par jour 5 jours
- Le risque de transmission est surtout important dans l'année suivant la primo infection



CAS CLINIQUES



Cas Clinique n° 1

Vous recevez en consultation Mr Gaf. Il vous dit avoir un écoulement urétral purulent depuis 1 semaine, associé à des signes d'urétrite.

- **Quel est votre attitude pratique ? (diagnostique et thérapeutique)**



Réponse

- Recherche Gonocoque: Prélèvement écoulement purulent, +/- prélèvement d'autres sites infectés: pharynx et anus.
- Bilan écoulement + IST:
- PCR sur urines du 1^{er} jet chez l'homme: recherche de Chlamydia trachomatis
- Recherche de T. Vaginalis: examen à l'état frais: goutte matinale, urètre, urines du 1^{er} jet
- Sérologie VIH, VHB, VHC (car rapports traumatiques), TPHA VDRL
- TTT anti Gonocoque et anti Chlamydia: CEFTRIAXONE 500mg IM + AZITHROMYCINE 2g en monodose
- Dépistage et TTT du partenaire
- Rapports sexuels protégés jusqu'à guérison clinique (au moins jusqu' à la consultation de J7)
- Nouvelle consultation à J7



Cas Clinique n° 2

Vous recevez en consultation Mme Sabrul. Elle est enceinte de 4 mois et présente pour la première fois des lésions à type d'ulcérations douloureuses.

- **Quel est votre attitude pratique ? (diagnostique et thérapeutique)**



Réponse

- Prélèvement des lésions ulcérées-> culture + PCR: recherche HSV1, HSV2
- Bilan autres IST responsables d'ulcérations:
 - Syphilis: prélèvement ulcération-> examen au microscope à fond noir / sérologie TPHA VDRL
 - VIH: Sérologie
 - Haemophilus ducreyi, Donovanose: grattage des bords de l'ulcération à la curette: examen direct + culture
 - Chlamydia trachomatis: Autoprélèvement avec écouvillon endovaginal: PCR



Cas Clinique n° 2 suite

- **Culture + à HSV2**
- **CAT?**



Réponse

- VALACICLOVIR 500 mg 2 fois par jour 10 jours
- Arrêt des rapports sexuels tant que ulcération
- Risque d'herpès néonatal élevé en cas de primo infection herpétique : entre 31 à 70%,
 - Si récurrence clinique maternelle lors de l'accouchement: 4%
 - Si excrétion virale asymptomatique: 0.04%
- ACICLOVIR per os à partir de la 36^{ème} semaine d'aménorrhée (400 mg x 3/jour) chez les femmes ayant eu un 1^{er} épisode d'herpès génital pendant la grossesse



Cas Clinique n° 3

- Vous recevez Mme Champi Candice, elle présente une candidose vulvo vaginale.
- **Quelle est votre attitude thérapeutique?**



Réponse 3

- Crème imidazolé (ECONAZOLE) 1 à 2 fois par jour 10 jours
- + Ovule imidazolé (ECONAZOLE ovule) 1 ovule 7 jours ou dose unique
- Puis reconstitution de la flore de DODERLEÏN

Mesures d'hygiène: éviter toilette vaginale profonde, gel neutre type Saforelle,

Ex: GYNOPHILUS LP 1 cp vaginal tous les 4 jours à 2 reprises



Cas Clinique n° 3 suite

- Elle revient vous voir car elle présente une candidose récidivante après chaque cycle menstruel.
- **Quelle est votre attitude thérapeutique?**



Réponse

- FLUCONAZOLE 150mg après chaque cycle
- Mesures d'hygiène



Cas Clinique n° 4

- Vous recevez à présent Mme Saint Leu Coralie, qui présente des leucorrhées abondantes spumeuses
- **Quelle est votre attitude pratique?**



Réponse

- Prélèvement des leucorrhées:
- Examen à l'état frais (Trichomonas, Vaginose, Candidose)
- Test à la potasse à 10% (vaginose)
- Test de Nugent (divise la flore vaginale en 3 groupes: GROUPE 1: flore normale: lactobacilles+++ , GROUPE 2: LACTOBACILLES peu abondants, + bactéries, GROUPE 3: VAGINOSE
- Ph >4.5 (Trichomonose, vaginose)



Cas Clinique n° 4 suite

- Résultat + à *Trichomonas vaginalis*
- Quelle est votre attitude pratique?



Réponse

- METRONIDAZOLE 2g en dose unique
- Ou SECNIDAZOLE 2g en dose unique
- Ou METRONIDAZOLE 500mg matin et soir 7 jours



Cas Clinique n° 5

- Vous voyez maintenant Mr Ouille, 25 ans. Il présente un testicule inflammatoire douloureux depuis 2 jours.

Il vous dit changé souvent de partenaires, et avoir présenté des signes d'urétrite 1 semaine auparavant

- **Quels diagnostics évoquez vous?**



Réponse

- Torsion testicule
- Orchi epididymite
- Hydrocèle
- Rupture de Kyste hydatique
- Parotidite
- Cancer testicule



Réponse

- **Chlamydia trachomatis** (le + svt responsable chez l'homme jeune de moins de 35 ans)
- Signe de prehn
- +/-Echo testiculaire en urgence: éliminer torsion testiculaire
- PCR sur urines du 1^{er} jet:
- Ecouvillonnage endo urétral: recherche de Gonocoque (si pas d'écoulement)
- ECBU
- Bilan IST

- CEFTRIAXONE 500mg IM
- + DOXYCYCLINE 100mg 2 fois par jour 10 jours

- **Orchi épидидymites peuvent aussi être dues à E. Coli. Y penser en cas d'absence de facteur de risque d'IST.**



Cas Clinique n° 5 suite

- Mr Ouille est guéri mais se plaint maintenant de prurit au niveau du pubis.
- A l'examen: vous ne constatez que des lésions de grattage.
- **Quels diagnostic évoquez vous?**



Réponse

- Morpions / parasite responsable: *Phtirius inguinalis*
- Rasage des poils
- MALATHION 12h





Cas Clinique n° 6

- Vous rencontrez la semaine suivante le compagnon de Mr Ouille, il est contrarié d'avoir hérité des morpions et d'une infection à *Chlamydia trachomatis*...
- Il vous dit avoir remarqué une éruption cutanée au niveau du tronc et de l'abdomen sous forme d'exanthème maculeux.
- Il vous confie avoir plusieurs partenaires sexuels
- **Quel diagnostic évoquez vous?**



Réponse

- Roséole syphilitique (Syphilis précoce)
- SIGMACILLINE 1.2M UI 2 injections IM avec Xylocaïne 1% 1cc + PARACETAMOL
- + Surveillance clinique / prévenir de la réaction d'Herxheimer
- Bilan IST: VIH, VHB, Chlamydia trachomatis, Gonocoque

- Traiter Mr Ouille car contact date de moins de 6 semaines

- Rapports sexuels protégés jusqu'à guérison clinique (en 3 à 15 jours)
- Surveillance bio avec VDRL à M3 M6 M12



Cas Clinique n° 7

- La consultation suivante, vous voyez un vacancier du Cap d'Agde arrivant affolé, la veille il a eu une relation extra conjugale avec un voisin de tente. Il est marié, .. et paniqué. Il ne connaissait pas la personne, et ne sait plus où il est.
- **Comment le prenez vous en charge?**



Réponse

- Evaluer type de rapport sexuel / ATCD d'IST / Vaccin anti VHB
- Patient source?: statut VIH, VHB, VHC?
- Envisager TTT post exposition VIH 28 jours (délivré aux urgences hors heures ouvrables du MIT ou au MIT à Gui de Chauliac)
- Bilan IST: VIH, VHB, VHC, TPHA-VDRL, recherche GONOCOQUE et Chlamydia

- Surveillance clinique et biologique J0-J15-M1-M2-M4
- Rapports sexuels protégés jusqu'à l'afin de la surveillance biologique



VOS CAS CLINIQUES



Cas Clinique n° 1

Une jeune femme de 20 ans vient vous consulter pour une pose de DIU.

Le bilan d'IST retrouve la présence de chlamydia par PCR. Elle est asymptomatique. Elle n'a eu qu'un seul partenaire et est en couple avec lui depuis 5 ans.

Catastrophée elle vous demande :

- Depuis quand a t-elle la maladie ?
- Son compagnon doit il être traité systématiquement ?
- Doit il être prélevé et comment ? Ne doit il être traité qu'en cas de positivité ?
- Nécessité de rapports protégés et pour quelle durée ?
- Nécessite d'un contrôle biologique et si oui quand et comment, chez l'un et/ou l'autre

Pourra-t-on lui poser le DIU et si oui quand ? Après 1 mois si négatif



- Depuis quand a t-elle la maladie ?

Portage asymptomatique élevé et chronique 70%

Durée d'incubation longue difficile à préciser de quelques jours à quelques mois

- Son compagnon doit il être traité systématiquement ? Doit il être prélevé et comment ?

PCR sur urines du 1^{er} jet matinal : meilleur méthode chez l'homme asymptomatique

- Ne doit il être traité qu'en cas de positivité ? **Traiter si positif**
- Nécessité de rapports protégés et pour quelle durée ?

Rapports sexuels protégés jusqu'à 7 jours après TTT en dose unique par AZITHROMYCINE ou après le TTT par DOXYCYCLINE 7 jours

- Nécessite d'un contrôle biologique et si oui quand et comment, chez l'un et/ou l'autre
Pourra-t-on lui poser le DIU et si oui quand ?

PCR chez femme jeune 1 à 6 mois plus tard

DIU après vérification par PCR 1 à 6 mois après TTT



Cas Clinique n° 2

- Homme de 68 ans, en couple hétéro depuis 35 ans, sans antécédent notable, consulte pendant les vacances de Noël mon remplaçant pour une rhinopharyngite et une petite adnp cervicale apparue depuis le matin.
- Inquiet, car il a vu que les ganglions pouvaient être cancéreux, il demande une biologie qu'il n'a pas eu depuis longtemps selon lui (mai 2015 et mars 2016)
- L'examen clinique conclue à une rhinopharyngite avec adnp satellite, on inquiétante.
- La biologie est tout de même prescrite:



Hématies *3,91 M/mm³ 4.6 à 6.2 4,64
Hémoglobine *11,9 g/dL 13 à 18 14,3
Hématocrite 36,8 % 37 à 50 43,3
V.G.M. 94 fL 79 à 97 93
T.C.M.H 30,4 picog 27 à 32 30,8
C.C.M.H. 32 g/dL 31 à 36 33
Leucocytes 8 400 /mm³ 4000 à 11000 5 700
Polynucléaires 55,0 % 47,3
neutrophiles
4 620 /mm³ 1500 à 7500 2 696
Polynucléaires 18,0 % 0,9
éosinophiles
*****1 512 /mm³ 0 à 600 51**
Polynucléaires 0,0 % 0,4
basophiles
0 /mm³ 0 à 200 23
Lymphocytes 20,0 % 33,2
1 680 /mm³ 1100 à 4400 1 892
Monocytes 7,0 % 18,2
588 /mm³ 200 à 800 1 037

Plaquettes 350 G/L 150 à 400 287
V.P.M. 7,9 fL 7.5 à 11.2 8,8

- **Vitesse de sédimentation**
30/04/15
Vs 1ère heure..... 91 mm inf. à 20
47
Technique EDTA corrélé Westergren

FERRITINE..... *779 ng/mL 22 à 275**
175

➤ **hyperéosinophilie majeure découverte à la biologie : 1512/mm³ + hb 11,9 + vs augmentée et hyperferritinémie dans contexte ADP = éliminer processus malin**



- Donc ALLO hémato qui dit: ok pour rdv semaine suivante.
- Faire bio de contrôle + crp+vs + fg+epp et sérologies VIH, hépatite B et C

– Résultat VIH+ (cd4=100)

**– Prévention infection opportuniste par Bactrim forte 1/j
pdt 1 mois avant de débiter antiviraux**

rq: finalement, adp a disparu rapidement avec la rhinopharyngite...



Cas Clinique n° 3

- Femme de 70 ans, en couple, qui en toute fin de consultation se plaint de vaginite avec leucorrhée.
 - Traitement par éconazole
- Revient qqes jours après car persistance des leucorrhées
 - Prélèvement vaginal de leucorrhées jaunâtres épaisses
 - Pvt= Nombreuses colonies de *Neisseria gonorrhoeae* / chlamydia ininterprétable
 - **CAT?**



- **Traitement Gonocoque + chlamydiae : Rocéphine 500mg+ Azithromycine 1g po**
- **Interrogatoire conduites à risque et Sérologies IST + dépistage +- traitement partenaire**
- **Consultation à J7 pour vérifier guérison, résultats sérologies et prévention**
(En fait, cette patiente a confié se prostituer depuis ses 45 ans)



A RETENIR



- Penser au bilan systématique de dépistage IST
- TTT systématique anti Chlamydia et anti Gonocoque
- Ne pas se fier aux apparences, penser IST!



VOS CAS CLINIQUES URO



Cas Clinique n° 1 - URO

- Patient de 50 ans, sans ATCD particulier sauf tabagisme, vient en urgence pour hématurie macroscopique avec caillots, depuis le matin, sans brûlures mictionnelles ni fièvre, mais petite « gêne » urinaire depuis 3 jours.
- Il a déjà fait une infection urinaire à E.Coli il y a 2 mois, traité par oflocet 7 jours, avec bilan sanguin à ce moment là: pas d'hyperleucocytose, CRP 10
- . ECBU decembre 2016 :
Références
Leucocytes..... 39 000 /mL <10 000 Leucocytes / mL
Hématies.....4 000 /mL <10 000 Hématies / mL
Absence de cellules épithéliales
Absence de cristaux
Absence de cylindres pathologiques
-Cultures POSITIVES :
Escherichia coli : 10 000 000 /mL Multi sensible



- Premier épisode en 2012, symptomatologie idem avec hématurie et gêne mictionnelle, E.Coli à ECBU, pas d'hyperleucocytose, CRP 20, traité par oflocet 10jrs, écho voies urinaires ras sauf petite hypertrophie prostatique (17g)

URINES origine..... Prélèvement effectué au laboratoire

Aspect..... Très trouble

Couleur..... Jaune orangé

15/12/11

Leucocytes..... 360 000 /mL 4 000

15/12/11

Hématies..... < 1 000 /mL < 1 000

< <

Cel. épithéliales..... Absence de cellules épithéliales

Cristaux..... Absence de cristaux

Cylindres..... Absence de cylindres

Levures..... Absence de levures

Recherche de germes.... Présence de germes

Culture..... Cultures POSITIVES :

1er germe..... Escherichia coli MULTI SE

Numération 1er germe... 10 000 /mL



Ce jour à examen :

Pas de fièvre, TA 13,5/7,5, pls 71, palpation abdo ras, pas de giordano, OGE ras, TR non fait

> que faites vous ?

> bilan sanguin avec NFS, CRP et PSA en urgences + ECBU, débuter Rocephine 3jrs et revoir avec résultats, écho voies urinaires à faire

3 jours plus tard :

apyrétique, pas de SFU

Bio : leuco 15000, PNN 119985 mais CRP 2,9, PSA normal

ECBU :

Références

Leucocytes..... >1000000 /mL <10 000 Leucocytes / mL

Hématies.....517 000 /mL <10 000 Hématies / mL

Absence de cellules épithéliales

Absence de cristaux

Absence de cylindres pathologiques

-Cultures POSITIVES :

Escherichia coli : 1 000 /mL MUTLI SE

Echo : ras sauf hypertrophie prostatique 30gr



- **3 jours plus tard :
apyrétique, pas de SFU**

-

Bio : leuco 15000, PNN 119985 mais CRP 2,9, PSA normal

ECBU :

Références

Leucocytes..... >1000000 /mL <10 000 Leucocytes / mL

Hématies.....517 000 /mL <10 000 Hématies / mL

Absence de cellules épithéliales

Absence de cristaux

Absence de cylindres pathologiques

-Cultures POSITIVES :

Escherichia coli : 1 000 /mL MUTLI SE

Echo : ras sauf hypertrophie prostatique 30gr

- Que faites vous?
- **relai par Bactrim 11 jours, adressé chez urologue sans urgence pour avis.**



Cas Clinique n° 2 - PNEUMO

Mme G. 74 ans

- **ATCD :**
 - DNID
 - HTA
 - Dyslipidémie
 - Bronchopneumopathie en 2013, tendance depuis aux surinfections bronchiques selon ses dires
- **Mode de vie :**
 - Pas de tabagisme actif
 - Pas d'allergie connue
- **Traitement de fond :**
 - Non suivie au cabinet pour RO
- **Histoire de la maladie Interrogatoire :**
- Très inquiète
- A 38° depuis 3 jours
- Avec toux sèche
- Quintes la nuit



- **Examen Clinique :**

- Sat 96%AA
- Toux légèrement spastique
- Auscultation pulmonaire claire bilatérale et symétrique
- Non polypnéique

- **Conclusion :**

- **Début bronchite aïgue asthmatiforme**

- Essai traitement sympto
- Compte tenu ATCDs de surinfection bronchique, ordo ATB prescrite au cas où aggravation.
 - **BRICANYL TURBUHALER 500 µg/dose Pdr inh FI/100 doses**
 - **SOLUPRED 20 mg Cpr orodisp Plq/20cpr**
 - **DOLIPRANE 1000 mg Cpr Plq/8**
 - **AUGMENTIN 1 g/125 mg Pdr susp buv 12Sach**
 - Prendre 1 sach-dose le matin, le midi et le soir, pendant 7 jours A partir du 04/03/2017 si aggravation



- **Sur antibioticlic : si bronchite aïgue, quelque soit âge ou terrain, préconise de ne pas donner d'antibiotique en première intention.**
- **Quid en pratique ?**
Devant l'âge, le diabète et l'ATCD de bronchopneumopathie ?

Il faut réussir à s'y tenir !!!

Cas Clinique n° 3 - DERMATO

Dermatite survenue chez 1 enfant de 3 ans ds la semaine après prise d 1 antibio (lequel ?) pdt 3 jours pr 1 virose (hé oui visiblement ca se fait encore ;)).C est 1 éruption vésiculeuse avec 1 liquide opalescent mais non purulent . Pas de prurit.
L éruption est apparue rapidement en 24h.
Alors ? Mycose post antibio ou bien impetigo ?





BONUS

VRAI OU FAUX





VRAI ou FAUX

- Trichomonas vaginalis est associé aux vaginoses bactériennes
- L'incubation dure entre 4 et 28 jours
- L'infection est asymptomatique dans 15 à 20% des cas chez la femme
- Dans 90% des cas elle est asymptomatique chez l'homme
- Le tableau clinique regroupe: leucorrhées, urétrite, prurit
- Le diagnostic se fait sur prélèvement de leucorrhées / résultats de culture en 3 à 7 jours
- Le traitement repose sur:
METRONIDAZOLE 2g
ou SECNOL 2g (sachet)



VRAI ou FAUX

- Mycoplasma genitalium est le 2^{ème} germe en cause dans les UNG aigues après CT. Il est aussi responsable d'urétrite persistante ou récurrente.
- Un écoulement urétral est présent dans 60% des cas
- Les mycoplasmes génitaux n'ont pas de rôle pathogène chez la femme. Il n'est donc pas recommandé de les rechercher.
- Le diagnostic se fait par PCR sur écoulement
- Le traitement repose sur:
 - AZITHROMYCINE 500mg le 1^{er} jour puis 250mg les 4 jours suivants (cycle de croissance lent)



VRAI ou FAUX

- Haemophilus ducreyi est responsable d'ulcération génitale, plus particulièrement dans certaines régions tropicales (Afrique noire, Amérique latine)
- La période d'incubation est de 3 à 7 jours
- La lésion est une papule qui se transforme rapidement en ulcération au niveau du fourreau de la verge du scrotum ou de la vulve, indurée, profonde, sale, purulente, et douloureuse unique ou multiple + bubon inguinale 8 à 10 jours après l'ulcération
- Le diagnostic se fait par prélèvement des berges de l'ulcération ou de l'aspiration du pu du bubon par culture ou PCR
- Le traitement repose sur: (dose unique)
 - AZITHROMYCINE 1g
 - CEFTRIAXONE 250mg IM
- Si le traitement est efficace, l'ulcération s'améliore dans les trois jours et une re-épithélisation apparaît dans les 7 jours suivant le début du traitement.
- Traitement du partenaire si contact dans les 10 jours avant l'apparition du chancre mou



Les questions à Marc Gervais, biologiste

- 1- Est ce qu'au Labo, vous faites signer un consentement éclairé pour le VIH? Doit-on nous, le noter dans le dossier qd on prescrit un dépistage?
 - **pas de signature du patient; de plus Marisol TOURAINE (ministre) a autorisé le dépistage dans les officines.**
- 2- Pour la recherche de gonocoque, les recos disent que le prélèvement de l'écoulement chez l'homme ou des sécrétions cervicales chez la femme ou l'écouvillonnage endo urétral se fait le matin avant émission d'urine ou toilette génito urinaire. En pratique, on dit aux gens d'aller au labo en sortant de la consultation, est qu'il y a une meilleure rentabilité le matin?
 - **'idéal pour gono ou chlam c'est recherche par PCR sur 1er jet urinaire LE MATIN; Sinon sur un écoulement , c'est plus pertinent le matin sauf si tableau clinique évident (écoulement abondant chez l'homme surtout avec la notion de rapport récent) Si tableau un peu complexe (suspicion de Chlamydie chronique ou ancienne), mieux le matin AVANT TOILETTE bien sûr et coupler avec une sérologie.**
- 3- Quand on prescrit une PCR gonocoque pour le diagnc étio d'un écoulement urétral, est-ce que la PCR mycoplasme, chlamydiae est faite conjointement systématiquement? ou doit-on le préciser?
 - **chez nous(et labosud je pense aussi mais à vérifier) PCR gono + chlam systématiques en même temps. Mais pas pour Mycoplasmes.**



- 4- Pour la recherche d'herpes, est ce que la culture est meilleure que la PCR? Quels sont les délais d'obtention des résultats selon le type de prélèvement?
 - **Herpès : Culture : Isolement facile, diagnostic de certitude, +- tester les anti viraux selon le contexte et analyses remboursées, délais résultats environ 10 jours.**
- **PCR: plutôt indiquée dans atteinte neuro(LCR) mais possible dans herpès génital .Délai 3 jours mais 62€ Hors Nomenclature.**
- 5- Quel test est le plus rentable pour le diagnostic de vaginose bactérienne? Score de nugent? (faut-il le préciser sur la prescription?) ou potasse? . Doit-on préciser la recherche de trichomonas ou cela est fait systématiquement?
 - **vaginose bactérienne : Score de Nugent systématiquement comme la recherche de Trichomonas sachant que plus le prélèvement est "frais" plus la chance de trouver des tricho sera élevée; donc avec la délocalisation**