

ITEM 158 : INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE

GONOCOQUE

Neisseria gonorrhoeae = **diplocoque Gram négatif**, non capsulé, cytochrome oxydase positif, immobile et asporulé, notamment retrouvé dans les **PNN, intracellulaire** ou **extracellulaire**, de transmission presque toujours sexuelle

- Incidence en ↗, prédominance masculine, âge moyen = 30 ans (homme), 20 ans (femme), plus fréquente en Ile-de-France
- Principaux sites d'infection : **urètre** chez l'homme, **col** et **vagin** chez la femme, possiblement **oropharyngé** (notamment chez le patient homo- ou bisexuel avec rapports oro-génitaux non protégés)

Diagnostic	C	- Période d'incubation courte = 2 à 7 jours	
		Infection non compliquée chez l'homme	Urérite antérieure aiguë = 10% des urétrites : tableau clinique le plus souvent bruyant - Ecoulement urétral purulent (90% des cas) - Dysurie, douleurs urétrales à types de brûlures permanentes ou mictionnelles - Prurit urétral - Méatite , voire balanite - Bio : > 5 PNN au frottis urétral ou > 10 PNN à l' examen du 1^{er} jet urinaire
			Anorectite = Prédominante chez l'homme, asymptomatique dans 2/3 des cas, ou : prurit anal, anite, écoulement rectal permanent, diarrhée, saignement anorectal, syndrome rectal (ténosme, épreinte), sensation de défécation incomplète
			Oro-pharyngite - Le plus souvent asymptomatique - Portage souvent persistant après antibiothérapie (mauvaise diffusion)
		Infection non compliquée chez la femme	- Asymptomatique dans 70% des cas - Cervicite : • Leucorrhées purulentes, pesanteur pelvienne et/ou signes d'urétrites associés • A l'examen : col non ou peu inflammatoire, écoulement purulent à l'orifice cervical
Bio	Bio	Complication	- Chez l'homme : prostatite, orchi-épididymite - Chez la femme : • Endométrite, salpingite (rare) • 2^{ndr} (rare) : algies pelviennes inflammatoires, stérilité tubaire, GEU - Septicémie : • Cutanée : purpura pétéchial, papules/papulopustules acrales/périarticulaires • Articulaire : mono ou oligoarthritis septique, ténosynovite • Plus rarement : conjonctivite, endocardite, méningite
		Urérite : - Prélèvement bactériologique d'un écoulement urétral spontané (majorité) - Sans écoulement : • Sur 1^{er} jet d'urine (> 2h après dernière miction) • Prélèvement endo-urétral à l'écouvillon (jusqu'à 4 cm dans l'urètre), rarement fait Prélèvement pharyngé, anal et cervicovaginal : systématique chez la femme ou l'homosexuel masculin	
		Examen direct	= Diplocoque Gram négatif en « grains de café », intracellulaires - Bonne Se/Sp (95%) sur prélèvement d'écoulement urétral dans l'urérite masculine symptomatique - Sensibilité plus faible sur prélèvement pharyngé, anorectal et cervicovaginal : PCR possible
		Culture	= Sur gélose au sang cuit (« chocolat ») = systématique : confirmation diagnostique, antibiogramme
		→ Pas de sérologie gonococcique	
TTT	- Identification du/des partenaire(s) : dépistage, diagnostic ou traitement probabiliste - Recherche d'autres IST : sérologie VIH, VHB, TPHA-VDRL - Eviter les relations sexuelles pendant > 7 jours , et jusqu'à ce que le traitement soit pris et le(s) partenaire(s) traité(s) - Contrôle clinique à J7 : tolérance, efficacité, adaptation de l'antibiothérapie à l'antibiogramme - Contrôle bactériologique à J7 : si infection pharyngée non traitée par ceftriaxone ou apparition de signes cliniques		

TTT	Antibio- thérapie	Traitement probabiliste	1 ^{ère} intention	- Chez les patients symptomatiques - Association systématique : . Ceftriaxone IM en dose unique pour le gonocoque . Doxycycline pendant 7 jours (pour Chlamydiae)
			2 nd intention	Moins efficaces : - Gentamicine : 1 inj IM si allergie au C3G - Fluoroquinolones (ciprofloxacine) : ne pas utiliser en probabiliste (résistance élevée > 40%)
			Dans tous les cas	Traitement des partenaires après recherche d'une infection symptomatique
		Infection génitale		Traitement par voie IM et oral d'emblée dans les formes ambulatoires : - Ceftriaxone IM monodose + doxycycline per os 10 jours+ métronidazole per os 10 jours Traitement par voie IV dans les formes aiguës hospitalisées : Ceftriaxone IM monodose + doxycycline IV ou per os 10 jours + métronidazole IV ou per os 10 jours * le traitement doit être débuté IV puis relais per os après 24h d'amélioration.
		Septicémie		- Ceftriaxone IV 1 à 2 g/j pendant 7 à 10 jours (septicémie) ou 10 à 14 jours (méningite) ou 4 semaines (endocardite)

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Chlamydia trachomatis = germe intracellulaire obligatoire, immobile

- Plusieurs sérotypes : - **Sérotypes D à K** (transmissibles par contact direct) : **infections urogénitales**
- **Sérotypes L1-L2-L3** : **lymphogranulomatose vénérienne**, ou maladie de Nicolas-Favre

Infection en augmentation avec deux situations :

- **Les cervicites et urétrites, génotypes D à K sont en augmentation dans la population générale, en particuliers les cervicites des femmes de moins de 25 ans**
- **La lymphogranulomatose vénérienne, génotype L, est également en augmentation, essentiellement chez les HSH (rectite très symptomatique)**

- 1^{ère} maladie bactérienne sexuellement transmissible dans les pays industrialisés (2-10% des adultes jeunes) : plus fréquente chez les femmes de classes sociales défavorisées, jeune, avec de nombreux partenaires

- Reco HAS 2018 : **Dépistage systématique** par **auto-prélèvement vaginal** chez les femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans inclus, y compris les femmes enceintes
- En cas de test négatif et de rapports sexuels non-protégés avec un nouveau partenaire, le dépistage est répété chaque année. Si le test est positif, un traitement est défini et le dépistage est répété à 3-6 mois

De plus, un dépistage opportuniste ciblé doit être proposé aux populations suivantes :

- Les hommes sexuellement actifs, présentant des facteurs de risque, quel que soit l'âge
- Les femmes sexuellement actives de plus de 25 ans, présentant des facteurs de risque
- Les femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge

Les facteurs de risque évoqués ici sont :

- Multipartenariat (au moins deux partenaires dans l'année)
- Changement de partenaire récent
- Individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST (*Neisseria gonorrhoeae*, syphilis, VIH, *Mycoplasma genitalium*)
- Antécédents d'IST
- Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)
- Personnes en situation de prostitution
- Après un viol

Diagnostic	C		- Portage asymptomatique très fréquent = 50% des cas chez l'homme et 50 à 90% des cas chez la femme : maintien de la transmission (surtout chez l'homme), survenue de complications tardives (surtout chez la femme) - Incubation longue : plusieurs semaines
		Infection non compliquée	- Urétrite subaiguë (manifestation la plus fréquente chez l'homme) : écoulement urétral (50%), généralement clair, modéré et intermittent - Cervicite (manifestation la plus fréquente chez la femme) : généralement asymptomatique, ou leucorrhées blanchâtres/jaunâtres, cystalgies, syndrome urétral, dyspareunie, avec à l'examen une fragilité du col utérin, des sécrétions muco-purulentes, un ectropion friable hémorragique - Pharyngite et anorectite : rarement symptomatique
		Complication	- Homme : prostatite, épididymite aiguë - Femme : - Endométrite, salpingite : le plus souvent subaiguë ou chronique - 2^{ndr} : algies pelviennes inflammatoires, stérilité tubaire (1^{ère} cause), GEU - Rarement périhépatite = syndrome de Fitz-Hugh-Curtis - Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter : polyarthrite aiguë/subaiguë réactionnelle, urétrite, conjonctivite bilatérale, balanite circinée, kératodermie palmoplantaire psoriasiforme - Autres : kérato-conjonctivite, arthrite - Nouveau-né (infection urogénitale maternelle) : kérato-conjonctivite, pneumopathie
	Bio		Prélèvements bactériologiques : - Homme symptomatique ou non : 1^{er} jet urinaire (10-20 mL) au moins 2h après la dernière miction - Femme symptomatique : écouvillonnage d'endocol et péri-urétral, avec raclage de la muqueuse - Femme asymptomatique : auto-prélèvement sur écouvillonnage vulvo-vaginal
		PCR	= Examen clé du diagnostic : plus sensible que la culture

		Culture	= Sur milieu cellulaire : faible sensibilité, réservée aux laboratoires spécialisés, non réalisé en routine		
		Sérologie	- Peu d'intérêt : ne distingue pas une infection active ou ancienne, négative en cas d'infection basse		
TTT	- Identification du/des partenaire(s) : dépistage, diagnostic ou traitement probabiliste - Rechercher d'autres IST : sérologie VIH, VHB, THPA-VDRL - Dépistage par auto-prélèvement (chez la femme) ou 1^{er} jet d'urine (dans les 2 sexes) : essentiel chez tous les partenaires, même asymptomatiques - Eviter les rapports sexuels non protégés pendant la période du traitement - Surveillance : PCR systématique à 3-6 mois chez la femme jeune (ou à 1 mois si enceinte)				
	Antibio- thérapie	Infection non compliquée	1 ^{ère} intention	- Azithromycine : 1 g par voie orale en dose unique - Doxycycline : 100 mg/12h par voie orale pendant 7 jours	
			2 nd intention	- Erythromycine : 500 mg/6h par voie orale pendant 7 jours - Ofloxacin : 300 mg/12h par voie orale pendant 7 jours	
TTT	Antibio- thérapie	Infection génitale haute	Traitement par voie IM et oral d'emblée dans les formes ambulatoires : - Ceftriaxone IM monodose + doxycycline per os 10 jours+ métronidazole per os 10 jours Traitement par voie IV dans les formes aiguës hospitalisées : - Ceftriaxone IM monodose + doxycycline IV ou per os 10 jours + métronidazole IV ou per os 10 jours * le traitement doit être débuté IV puis relais per os après 24h d'amélioration.		
		Nouveau-né	- Pneumopathie, ophtalmie : érythromycine (12,5 mg/kg/6h) <i>po</i> ou IV pendant 14 jours		

SYPHILIS

Due à ***Treponema pallidum*** = **spirochète** (bactérie hélicoïdale Gram négatif) : IST non immunisante, très contagieuse
 - Contagiosité des lésions muqueuses uniquement (chancre et syphilide érosive) : transmission surtout **sexuelle** (après rapport non protégé, dont oro-génital), rarement **maternofoetale** (4-5 mois de grossesse), **post-transfusionnelle** ou **greffe d'organe**

- En recrudescence depuis quelques années en France, surtout chez l'homosexuel masculin (84% des cas) , VIH
- **Dépistage sérologique** : sujet à risque (homo-, bi- ou hétérosexuel à partenaires multiples) et patient VIH

Stade	- Syphilis précoce < 1 an = syphilis primaire, syphilis secondaire ou syphilis latente précoce (sans lésion clinique) - Syphilis tardive > 1 an ou non datable = syphilis tertiaire ou syphilis latente tardive → La syphilis primaire est souvent méconnue lorsque le chancre n'est pas visible (vaginal, col utérin, anorectal, pharyngé) → La syphilis secondaire n'est pas toujours évoquée du fait du polymorphisme des lésions cliniques	
SYPHILIS PRIMAIRE	= Incubation de 3 semaines en moyenne (10 à 90 jours) : chancre (contagieux) et ADP satellite	
	Chancre syphilitique	= Exulcération ou érosion , plus rarement ulcération muqueuse : - De 5 à 15 mm de diamètre, unique, plus rarement multiple - Indolore (≠ herpès) - Fond propre, rosé - Induré = très évocateur : impossibilité de plisser entre les doigts la surface de l'ulcération → Aucune caractéristique pathognomonique : à évoquer devant toute ulcération muqueuse aiguë
	Siège	- Chez l'homme : sillon balanopréputial , plus rarement gland ou fourreau - Chez la femme : partie externe de la vulve (petites lèvres, grandes lèvres, fourchette), ou plus rarement vaginal (volontiers inaperçu) - Dans les 2 sexes : muqueuse buccale ou pharyngée (fellation), muqueuse anorectale
	ADP satellite	- ADP satellite : non inflammatoire , le plus souvent unilatéral, généralement inguinale - Non repérable cliniquement dans certaines localisations : col utérin, rectum
	Evolution	- Régression spontanée sans séquelle en quelques semaines - Evolution vers les stades tardifs : . 30% de syphilis secondaire . Syphilis tardive (possiblement sans signe de syphilis secondaire)
SYPHILIS SECONDAIRE	= Diffusion systémique du tréponème : poussées d' éruptions cutanéomuqueuses ± signes généraux et viscéraux, entrecoupées de phases asymptomatiques de quelques semaines/mois, sur une durée généralement < 1 an - Débute généralement 6 semaines après le chancre, possible jusqu'à 1 an après contamination	
	Roséole syphilitique	= 1 ^{ère} éruption de la syphilis secondaire : souvent inaperçue car peu intense et transitoire (7-10 jours) - Macules rose pâle de 5 à 15 mm de diamètre, disséminées sur le tronc - Sans signe fonctionnel
	Syphilide papuleuse	- Eruption polymorphe morbilliforme - Lésion élémentaire = papule : . Cuivrée . Fine desquamation péri-lésionnelle = collerette de Biett : inconstante mais très évocatrice . Localisée au visage, au tronc et/ou aux membres . Nombre variable (de quelques-unes à plusieurs centaines) . Pouvant revêtir un aspect nécrotique, croûteux ou ulcéré → Contagieuse si ulcérée
	Syphilide palmo-plantaire	= Très évocatrice : siège électivement à cheval sur les plis palmaires - Inconstante (30% des syphilis secondaires), souvent discrètes → Leur constatation suffit à évoquer le diagnostic, mais leur absence n'élimine pas le diagnostic



SYPHILIS SECONDAIRE	Syphilide génitale et périnéale	- Généralement papules ou érosions multiples, molles, indolore, non prurigineuse - Recherche de tréponème au microscope à fond noir souvent positive en cas de lésions érosives → Erosions très contagieuses		
	Symptômes cutanéophanériens trompeurs	- Fausse perlèche : papule commissurale fendue en 2 (et non simple fissure sans relief) - Lésions d'allure séborrhéique des sillons naso-géniens - Papules acnéiformes du menton - Dépilation en aires de la langue (plaques « fauchées ») - Dépilation des sourcils - Alopécie : plusieurs aires complètement dépilées sur un cuir chevelu sain (« en fourrure mitée ») 		
	Signes généraux	= Dissémination de l'infection : le plus souvent discrets, possiblement sévères - Fièvre, le plus souvent de 38 à 38,5°C, pouvant atteindre 39,5°C - Altération variable de l'état général - Céphalées (≠ atteinte neuro-méningée, souvent 2^{ndr} à des micro-abcès périostés) - Syndrome méningé - Raucité de la voix - Polyadénopathies - Hépatosplénomégalie (avec hépatite biologique cytolytique ou cholestatique) - Polyarthralgie - Douleurs lancinantes « osseuses »...		
	Neuro-syphilis précoce	= Atteinte neurologique au cours de la syphilis secondaire : PL, traitement par pénicilline G x 14 jours - Manifestations ophtalmiques : uvéite antérieure ++, uvéite postérieure, papillite, névrite - Atteinte d'une paire crânienne (neurosyphilis précoce) : hypoacousie, paralysie faciale... - Méningite		
SYPHILIS TERTIAIRE		= Très rare actuellement : granulomatose avec atteintes viscérales multiples - Neurologique = neurosyphilis tardive : tabès, démence - Autres : vasculaire (aortite), osseuse (périostite), cutanéomuqueuse (gomme)...		
Diagnostic biologique	→ Le tréponème ne se cultive pas <i>in vitro</i> : aucune culture possible, aucun antibiogramme			
	Microscope à fond noir	- Pratiqué sur des lésions érosives : chancre d'inoculation ou syphilide érosive muqueuse - Sensibilité : 50% au niveau du chancre, sans valeur au niveau buccal (spirochètes saprophytes)		
	Diagnostic sérologique	= Examen standardisé, peu coûteux, fiable : généralement seulement TPHA-VDRL - Ne différencie pas une syphilis et une tréponématose endémique non vénérienne (pian, béjel, pinta)		
		TPHA	= Treponema pallidum Haemagglutination Assay : réaction spécifique des tréponématoses - Positive autour du 8 à 10^{ème} jour du chancre, avant le VDRL - Intensité cotée en dilution (1/80, 1/160...) : le titre du TPHA quantitatif n'est pas un bon marqueur de l'évolutivité ou de la réponse au traitement (variation inter-examen) - Se négative si le traitement est instauré pendant l'année suivant le chancre (syphilis précoce)	
		VDRL	= Veneral Disease Research Laboratory : mise en évidence d'Ac anti-cardiolipides - Non spécifique des tréponématoses : maladie dysimmunitaire, notamment lupus et SAPL, maladie infectieuse à Mycoplasma pneumoniae ou borréliose - Positive autour du 8 à 10^{ème} jour du chancre, puis ↗ pour atteindre un plateau en 3 à 6 mois durant la phase secondaire (entre 16U et 128U) - Surveillance de l'efficacité du traitement : titre quantitatif du VDRL divisé par 4 à 6 mois - Recontamination syphilitique : remontée significative du VDRL quantitatif (multiplié par ≥ 4)	
		FTA	= Peu utilisé : syphilis très précoce ou nouveau-né	

Interprétation	TPHA -	VDRL -	- Absence de tréponématose - Tréponématose très récente (incubation ou 5 à 15 jours du chancre) - Tréponématose guérie traitée précocement	
	TPHA +	VDRL +	- Tréponématose traitée ou non, guérie ou non	
	TPHA -	VDRL +	Faux positif : - Infection : tuberculose, pneumocoque, leptospirose, borréliose, VIH, varicelle, oreillons, MNI, hépatite, rougeole, paludisme... - Non infectieuse : grossesse, toxicomanie IV, hépatopathie, gammapathie monoclonale, lupus, SAPL, cancer	
	TPHA +	VDRL -	- Tréponématose guérie - Tréponématose très précoce (1 ^{ers} jours du chancre) - Syphilis tertiaire très ancienne (rare) - Fausse positivité du TPHA (exceptionnelle) : maladie de Lyme, lupus	
DD	D'une syphilis primaire	- Herpès : ulcération superficielle, douloureuse, à contours polycycliques - Chancre mou : terrain (Africain), lésions multiples, fond sale, très douloureuses, ADP inflammatoire - Donovanose : terrain (Africain), lésions peu douloureuses granulomateuses - Maladie de Nicolas-Favre (lymphogranulomatose vénérienne) : terrain (Africain, homosexuel), anorectite, ulcérations ano-génitales, diarrhées trompeuses		
	D'une syphilis secondaire	- Eruption roséoliforme : virose, toxidermie (exanthème maculeux) - Au visage : dermatite séborrhéique, acné, psoriasis - Lésions papuleuses : psoriasis, lichen plan, eczéma		
TTT	- Recherche d'autres IST : dépistage gonocoque/Chlamydia, sérologie VIH (associé dans 10% des cas), hépatite B - Examen ophtalmique systématique en cas de syphilis secondaire - Contacter un spécialiste en cas de situation particulière : femme enceinte, sujet VIH+, allergie à la pénicilline - Traitement d'emblée en cas d'ulcération génitale, sans attendre les résultats du TPHA-VDRL			
	TTT de la syphilis précoce	En 1 ^{ère} intention		- Benzathine-benzylpénicilline G (Extencilline®) : 2,4 millions d'UI en 1 injection IM unique
			Réaction d'Herxheimer	- Syphilis primaire : sans gravité - Syphilis 2 ^{ndr} : fièvre, céphalée, myalgie, accentuation des signes locaux quelques heures après injection → toujours bénigne
		En 2 ^{nde} intention	= Allergie à la pénicilline : doxycycline par voie orale 100 mg 2 fois/j pendant 14 jours - Contre-indiqué chez la femme enceinte ou le patient VIH+ → avis spécialisé	
	Autres formes	Syphilis tardive		- Extencilline® IM en 3 injections à 1 semaine d'intervalle
		Neurosyphilis		- Pénicilline G par voie IV (non-retard) pendant 14 jours - En cas d'allergie : doxycycline non indiqué → avis spécialisé (induction de tolérance)
	Suivi	- Contrôle de l'efficacité à 6, 12 et 24 mois : clinique, sérologie TPHA-VDRL quantitatif (doit être divisé/4) - VDRL : doit être négatif 1 an après le traitement d'une syphilis primaire et 2 ans après une syphilis 2 ^{ndr} → Si aucune diminution significative : - 3 injections d'extencilline 2,4 millions d'UI à 8 jours d'intervalle - Avis d'un spécialiste		
Sujet contact sexuel	- Examen clinique et sérologie chez tous les sujets contacts sexuels - Si contact récent (< 1 mois) : sérologie possiblement faussement négative - Traitement systématique possible par 1 injection d'Extencilline® 2,4 millions d'unité			

	Cas particuliers	Femme enceinte	→ Risque de syphilis congénitale à partir du 4-5 ^{ème} mois de grossesse - TTT identique au cas général selon le stade précoce ou tardif ± Corticoïdes pendant 4 jours en prévention de la réaction d'Herxheimer - Suivi clinique et biologique 1 fois/mois - Suivi échographique essentielle : signe de fœtopathie - En cas d'allergie à la pénicilline : induction de tolérance à la pénicilline après avis spécialisé
		Sujet VIH+	- Traitement standard par pénicilline identique au cas général - En cas d'allergie à la pénicilline : cycline contre-indiquée - En cas de pratique à risque : sérologie syphilis au moins 1 fois/an

TRICHOMONOSE			
Trichomonas vaginalis : IST due à un protozoaire flagellé, anaérobie, dont le réservoir naturel est le vagin			
- Transmission presque exclusivement sexuelle, en milieu humide			
Diagnostic	C		- Incubation : 2 semaines
		Chez l'homme	- Généralement asymptomatique - Urétrite , le plus souvent subaiguë - Balanoposthite - Ecoulement urétral matinal, prurit
		Chez la femme	- Asymptomatique dans 20% des cas - Vaginite ou cervico-vaginite - Prurit intense , associé à une dyspareunie ou des signes urinaires - Leucorrhée abondante , verdâtre, spumeuse et malodorante - Vulve œdématiée, colpite punctiforme à l'examen du col
	PC	- Prélèvement du cul-de-sac vaginal postérieur chez la femme ou de l'urètre antérieur chez l'homme : examen direct à l'état frais ± coloration spéciale, mise en culture	
PEC	- Examen et dépistage du/des partenaire(s) - Proposer un dépistage des IST : sérologie VIH, TPHA-VDRL, sérologie VHB, PCR Chlamydia trachomatis - Rapport sexuel protégé pendant la période de traitement		
TTT	- Métronidazole : 2 g en dose unique ou 500 mg x 2/j pendant 7 jours - Nimorazole : 2 g en dose unique - Secnidazole : 2 g en dose unique		

INFECTION GENITALE A HPV

Condylome = verrue génitale : infection génitale à **papillomavirus humain**

- Prédominant chez les jeunes de 16 à 25 ans : prévalence de 5% < 25 ans → plus fréquente des IST
- **Transmission sexuelle** dans les mois suivant le 1^{er} rapport sexuel :
 - **Élimination du virus** dans la majorité des cas (90%)
 - **Portage asymptomatique** dans 10% des cas
 - **Lésion à HPV** dans 1% des cas
- Transmission non sexuelle possible :
 - **Contact avec des linges humides contaminés**
 - **Lors de l'accouchement** : risque de **papillomatose laryngée juvénile**
- **HPV à bas risque (6 et 11)** : 90% des condylomes

Diagnostic	C	- Examen clinique complet des régions anales et génitales, complété par une colposcopie ou péniscopie		
		Aspect clinique habituel	- Condylome acuminé = « crête de coq » : masse charnue, hérissée de petites verrucosités kératosiques, de 0,2 à 1 cm, plus ou moins profuses, de quelques-unes à plusieurs dizaines - Condylome plan : macule isolée ou en nappes ou mosaïques, de couleur rosée, parfois invisible à l'œil nu et révélée par l'application d'acide acétique - Néoplasie intra-épithéliale = lésion précancéreuse cutanée ou muqueuse : cervicale (CIN), vulvaire (VIN), anale (AIN) ou pénienne (PIN), associée aux HPV oncogènes 16 et 18 	
		Aspect particulier	- Condylome géant de Buschke-Loewenstein (forme rare) : aspect tumoral, cliniquement inquiétant mais bénin, associé à HPV 6 et 11 - Papulose bowénoïde (chez l'adulte jeune) : multiples lésions papuleuses isolées ou confluentes, de couleur rose ou brunâtre, à surface lisse ou mamelonnée, parfois squameuse ou kératosique, associée à HPV16 et 18, d'évolution chronique	
		Situation particulière	Chez la femme	- Condylome vulvaire : grandes ou petites lèvres, clitoris et vestibule - Forme étendue : vagin, périnée, région périanale
	Chez l'homme		- Siège de prédilection : face interne du prépuce, sillon et frein balanopréputial - Autre localisation : gland, fourreau de la verge, méat urétral	
	Chez l'enfant		- Le plus souvent par contamination manuportée à partir de verrue vulgaire ou à partir du linge domestique - Discuter un risque de sérvices sexuels	
DD	- Hyperplasie physiologique des papilles de la couronne du gland - Papillomatose vestibulaire vulvaire physiologique - Syphilide secondaire - Carcinome in situ			
TTT	- Objectif : éradication des lésions macroscopiquement visibles (aucun traitement spécifique d'HPV) → 30% de récidence - Rassurer le patient : n'est pas indicatif d'un comportement à risque sexuel - Suivi évolutif des lésions à 1 mois, 3 mois puis jusqu'à guérison clinique - Examen du/des partenaire(s) nécessaire - Recherche d'IST associée : sérologie VIH, TPHA-VDRL, VHB, PCR <i>Chlamydia</i> urinaire ou auto-prélèvement vaginal - Dépistage systématique des lésions du col : frottis cervical			
	TTT préventif	- Vaccin à base de <i>virus-like particles</i>, remboursé à 65% = bivalent (16,18) ou nonavalent (6,11,16,18,31,33,45,52,58) à préférer dans la plupart es indications : proposé aux jeunes filles de 11 à 14 ans, ou rattrapage vaccinal de 15 à 19 ans, en 3 doses (M0, M2, M6) - Depuis peu, une vaccination ciblée chez les jeunes HSH de moins de 26 ans est aussi recommandée - Rapport sexuel protégé (transmission possible même avec usage de préservatifs)		
	TTT curatif	- Cryothérapie : application d'azote liquide avec un coton-tige, douloureux - Laser CO2 : très douloureuse, le plus souvent sous anesthésie générale, risque de cicatrice - Electrocoagulation : sous AL, permet la destruction des lésions ou le prélèvement pour analyse histo - Podophyllotoxine 5% (Condyliline®, Wartec®) : résine naturelle, appliquée matin et soir pendant 3 jours consécutifs/semaine jusqu'à guérison, contre-indiqué chez la femme enceinte et l'enfant - Imiquimod (Aladara®) : immunomodulateur, application 3 fois/semaine pendant 4 mois		
	Chez la femme enceinte	- Condylomes plus exubérants lors de la grossesse - Transmission maternofoetale lors de l'accouchement : papillomatose laryngée de l'enfant - Traitement des condylomes au début du 3^{ème} trimestre, au laser CO2 (± renouvelé)		