

Item 95 : Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) : Gonococcies, chlamydie, syphilis (Évaluations)

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

QCM DE PRE-REQUIS

QUESTION 1/8 :

Anatomie et histologie des organes génitaux internes et externes : Vulve :

- A - Le vestibule vulvaire est l'espace entre petites et grandes lèvres.
- B - Le clitoris est constitué entre autres d'un corps caverneux comme la verge.
- C - Les glandes de Skene sont des glandes para-urétrales.
- D - Le réseau artériel de la vulve est très riche et provient essentiellement du réseau hypogastrique.

(Réponse : BCD)

QUESTION 2/8 :

Anatomie et histologie des organes génitaux internes et externes : Vagin :

- A - Sa longueur moyenne est de 8 cm.
- B - En position debout, l'axe du vagin est perpendiculaire avec celui du détroit supérieur.
- C - La tunique externe du vagin, le fascia vaginalis, est dépendante du fascia pelvien.
- D - La tunique interne du vagin est composée d'un épithélium malpighien kératinisé composé d'environ 15 couches cellulaires.

(Réponse : AD)

QUESTION 3/8 :

Anatomie et histologie des organes génitaux internes et externes : Col de l'utérus :

- A - Le col est la partie de l'utérus qui est dans le vagin.
- B - L'orifice interne du canal endocervical est au niveau de l'isthme utérin.
- C - Le col est « amarré » au pelvis par les ligaments pubo-vésicaux en avant.
- D - L'exocol est constitué d'un épithélium malpighien et l'endocol d'un épithélium cylindrique.

(Réponse : BCD)

QUESTION 4/8 :

Physiologie de l'acte sexuel :

A - Dans le cycle de réponse sexuelle, on distingue habituellement 4 phases : phase de désir, phase d'éveil, phase orgasmique, phase de résolution.

B - Durant la phase d'éveil, le changement majeur à la fois chez l'homme et la femme est la vasocongestion pelvienne accompagnant la myotonie.

C - Chez l'homme, pendant la phase d'éveil, il y a entre autres la stimulation de la glande de Cowper.

D - Chez la femme, pendant la phase d'éveil, il y a entre autres engorgement vasculaire de la paroi vaginale et accroissement de la tension du muscle pubo-coccygien.

(Réponse : ABCD)

QUESTION 5/8 :

Flore bactérienne vaginale saprophyte habituelle :

A - Lactobacillus.

B - Corynebacterium.

C - Gardnerella vaginalis.

D - Streptocoque groupe A.

(Réponse : AB)

QUESTION 6/8 :

Flore vaginale pathogène :

A - Chlamydia trachomatis.

B - Staphylococcus epidermidis.

C - Trichomonas vaginalis.

D - Candida albicans.

(Réponse : ACD)

QUESTION 7/8 :

Virologie des HPV et actions cellulaires :

A - L'expression la plus courante de l'infection à HPV oncogène (notamment le atype 16) est le condylome acuminé.

B - L'expression la plus courante de l'infection à HPV est le condylome plan.

C - Les HPV le plus souvent retrouvés à l'origine de dysplasie sévère du col de l'utérus sont les types 16, 18, 33 et 35 (entre autres).

D - L'infection des cellules basales de l'épithélium malpighien du col de l'utérus par HPV est responsable de la koïlocytose que l'on observe parfois à ce niveau.

(Réponse : BCD)

QUESTION 8/8 :

Virologie HSV :

A - L'herpès simplex virus de type 2 est habituellement responsable de gingivo-stomatites.

B - Les herpesviridae sont tous des virus à ADN.

C - Les sujets porteurs d'anticorps neutralisants les herpes simplex virus ne font jamais de récurrence d'herpès.

D - L'herpès génital n'a pas de transmission génitale.

(Réponse : B)

QCM

QUESTION 1/4 :

Quelle est la fréquence du portage du HPV ? (réponses exactes)

A - 3-20 % dans la population générale.

B - 25 à 50 % chez les femmes de moins de 25 ans.

C - 5 à 15 % chez celles de plus de 35 ans.

D - En cas d'infection, on observe une régression dans 60 à 90 % des cas.

(Réponse : ABCD)

QUESTION 2/4 :

Quels sont les facteurs de récurrences des condylomes vulvaires ?

A - La contraception orale.

B - La grossesse.

C - Le post-partum.

D - La période post-ménopausique.

(Réponse : B)

QUESTION 3/4 :

Quelles sont les méthodes les plus pertinentes pour porter le diagnostic d'infections à Chlamydia trachomatis ?

A - PCR au niveau du frottis cervical ou urétral.

B - LCR dans le premier jet d'urines.

C - Les techniques de culture.

D - La sérologie.

(Réponse : AB)

QUESTION 4/4 :

Quelles sont les manifestations cliniques des infections à gonocoques ?

A - Symptomatologie sévère et fréquente.

B - Asymptomatique dans 40 à 60 % des cas.

C - Fréquence des urétrites ou skénites.

D - Représente 10 % des salpingites aiguës.

(Réponse : ABCD)

CAS CLINIQUE

Scénario :

Mlle X., 22 ans, nulligeste vient vous consulter pour leucorrhées à 6 semaines d'aménorrhée. Dans ses antécédents vous notez des leucorrhées récidivantes sans que l'on ait pu identifier un germe responsable.

Examen clinique : Spéculum : leucorrhées louches ; aspect d'ectropion infecté, saignant au contact ; TV : aucune anomalie particulière. Vous avez fait un prélèvement bactériologique qui révèle la présence de *Chlamydiae trachomatis* à l'examen direct et après isolement sur milieu de culture en 48 heures.

Une sérologie Chlamydiae avait été réalisée une semaine auparavant par son médecin traitant et montre un taux à 1/512.

QUESTION 1/6 :

Quel examen complémentaire est indispensable avant tout ?

Réponse attendue :

Dosage quantitatif des β -hCG compte tenu du retard de règles.

QUESTION 2/6 :

Comment interprétez-vous la sérologie ? Justifiez.

Réponse attendue :

Sérologie fortement positive à Chlamydiae en relation avec une infection génitale basse. Ce taux élevé n'indique pas obligatoirement que l'infection est évolutive, mais doit faire rechercher une infection génitale haute qui est plus volontiers associée à ce type de résultat.

QUESTION 3/6 :

Vous confirmez que l'aménorrhée est en rapport avec la grossesse. Quel type de traitement utilisez-vous (sans le détailler) ? Justifiez.

Réponse attendue :

En cours de grossesse : Traitement antibiotique per os par érythromycine, car c'est un traitement à priori efficace et qui n'est pas contre-indiqué pendant la grossesse, contrairement aux tétracyclines ; dépistage et traitement du ou des partenaires sexuels.

QUESTION 4/6 :

Quelle complication de la grossesse faut-il craindre ? Justifiez.

Réponse attendue :

Grossesse extra-utérine : la sérologie positive à Chlamydiae implique la possibilité d'une salpingite aiguë actuelle ou chronique passée inaperçue qui serait un facteur de risque important de cette pathologie.

QUESTION 5/6 :

Quel examen complémentaire faut-il donc réaliser en relation avec les craintes de la question précédente ?

Réponse attendue :

Échographie par voie abdominale et surtout endovaginale qui à 6 semaines d'aménorrhée retrouve un sac endo-utérin régulier avec une couronne hyperéchogène (se méfier d'un pseudo-sac) qui serait en faveur d'une grossesse intra-utérine en l'absence d'autre argument (clinique notamment) en faveur d'une GEU. Si on ne retrouve pas de sac il faut rechercher une image suspecte de GEU entre l'utérus et les ovaires mais surtout confronter le dosage de β -hCG et l'échographie.

QUESTION 6/6 :

La patiente est inquiète de cette infection et de son traitement pendant la grossesse et vous demande si il ne faut pas l'interrompre. Quelle est votre réponse ? Justifiez.

Réponse attendue :

Il n'y a pas d'indication médicale à une interruption de grossesse car cette infection à priori localisée n'influe pas forcément le cours de la grossesse si elle est traitée par un traitement non tératogène comme c'est les cas pour l'érythromycine. Une interruption volontaire de grossesse est risquée en milieu infecté, on fera part à la patiente du risque d'infertilité lié à toute infection à Chlamydiae.