



République Démocratique du Congo  
MINISTRE DE LA SANTE  
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA & IST  
( PNL S )



# Guide national de prise en charge des infections sexuellement transmissibles selon l'approche syndromique

*Version actualisée avec l'appui financier  
de l'OMS et de MSF/B*

Janvier 2006



OMS



## LISTE DES EXPERTS AYANT PARTICIPE A L'ACTUALISATION DU GUIDE

1	Dr Mingina Mbuolieng	PNLS
2	Mr Willy Loambo	PNLS
3	Dr Jonathan Kawunda	PNMLS
4	Dr Véronique Kakiese	UNIKIN
5	Dr Hulute Jean Bosco	FOMETRO
6	Dr Kinkela Colette	4è Direction Ministère de la santé
7	Ph Mbo	3è Direction Ministère de la santé
8	Dr Emérancienne Sinzidi	PNLS
9	Dr E. Lufungula	PNLS/BPC
10	Dr M. Muhemeri	GTZ
11	Dr O. Disasi Atupa	PNLS/LNRS
12	Dr Gaspard Muzama	PNLS
13	Dr Zola Ngindo	BDOM/Kin
14	Dr Ndaze Valentin	ZS Kasavubu
15	Ph. Josephine Manteka	PNLS
16	Dr Lys. Lombeya	PNLS
17	Me Charlotte Makengo	PNLS
18	Dr Francine Mbuya	PNLS
19	Dr Belewete Fulakambu	5ème Direction
20	Dr E. Numbi	PNLS
21	Dr Roger Ngantsui Beni	PNLS
22	Dr Christian Siboko	PNLS
23	Dr Françoise Louis	MSF/B
24	Dr I. Compaoré	OMS
25	Dr P.K. Milenge	OMS
26	Dr B. Bossiky	Consultant OMS

## TABLE DES MATIERES

<b>I. ACRONYMES</b> .....	<b>4</b>
<b>II. PREFACE</b> .....	<b>5</b>
<b>III. INTRODUCTION</b> .....	<b>6</b>
III.1. CHOIX DES MÉDICAMENTS CONTRE LES IST .....	6
III.2. MODALITÉS DE TRAITEMENT DES IST .....	6
III.3. KIT DE MATÉRIELS NÉCESSAIRES AU NIVEAU DU CENTRE DE SANTÉ POUR LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES IST6	
III.4. NIVEAUX DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DES IST .....	7
1) Niveau A .....	7
2) Niveau B .....	7
3) Niveau C .....	7
4) Niveau D .....	7
III.5. UTILISATION ET FONCTIONNEMENT DES ALGORITHMES .....	7
<b>IV. ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE DES IST AU NIVEAU A</b> .....	<b>8</b>
IV.2 .....	8
IV.3 .....	8
IV.4. PRÉVENTION DES COMPLICATIONS DE LA SYPHILIS CHEZ LA FEMME ENCEINTE DANS LA COMMUNAUTÉ	9
<b>V. ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE DES IST AU NIVEAU B</b> .....	<b>10</b>
V.1. ECOULEMENT URÉTRAL ET/OU DOULEUR OU PRURIT URÉTRAL .....	10
V.2. ECOULEMENT VAGINAL ET OU BRÛLURE OU PRURIT VAGINAL .....	12
<i>Schéma B2 : Ecoulement vaginal</i> .....	14
<i>Examen sans spéculum et sans toucher vaginal</i> .....	14
<i>Schéma B3 : ECOULEMENT VAGINAL</i> .....	15
<i>Examen au spéculum, examen bi manuel, sans examen microscopique</i> .....	15
V.3. ULCÉRATION GÉNITALE CHEZ L'HOMME OU LA FEMME .....	16
V.4. BUBON INGUINAL ET FÉMORAL .....	18
V.5. DOULEURS TESTICULAIRES ET/OU TUMÉFACTION DU SCROTUM .....	20
V.6. DOULEUR ABDOMINALE BASSE CHEZ LA FEMME .....	22
V.7. VÉGÉTATIONS ANO-GÉNITALES (CONDYLOMES) .....	24
V.8. CONJONCTIVITE DU NOUVEAU-NÉ .....	25
V.9. PRURIT PUBIEN OU PHTIRIASE DU PUBIS .....	27
<b>VI. ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE DES IST AU NIVEAU C</b> .....	<b>29</b>
VI.1. ECOULEMENT URÉTRAL ET/OU DOULEUR OU PRURIT URÉTRAL .....	29
VI.2. VI.2 ECOULEMENT URÉTRAL PERSISTANT/RÉCURRENT CHEZ L'HOMME .....	32
VI.3 ECOULEMENT VAGINAL .....	34
VI.4 ULCÉRATIONS GÉNITALES .....	39
VI.5. BUBON INGUINAL ET FÉMORAL .....	42
VI.6. DOULEURS TESTICULAIRES ET/OU TUMÉFACTION DU SCROTUM .....	44
VI.7. DOULEUR ABDOMINALE BASSE CHEZ LA FEMME .....	46
VI.8 VÉGÉTATIONS ANO-GÉNITALES OU CONDYLOMES .....	48
VI.9 CONJONCTIVITE DU NOUVEAU-NÉ .....	51
VI.10. VI.10 PRURIT PUBIEN OU PHTIRIASE DU PUBIS .....	52
<b>VII. ANNEXES</b> .....	<b>54</b>
VII.1. VI.1. LISTE DES MÉDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS CONTRE LES IST .....	54
VII.2. INDEX BIBLIOGRAPHIQUE .....	55

## I. ACRONYMES

---

ARV : anti rétro viral  
CDV : conseil pour le dépistage volontaire  
C.I. : contre-indication  
Cés : comprimés  
Co : comprimé  
CPN : consultation prénatale  
C.S. : centre de santé  
C.S.R. : centre de santé de référence  
E.V. : écoulement vaginal  
E.U. : écoulement urétral  
Gél. : Gélule  
HGR : hôpital général de référence  
HPV : human papilloma virus  
HSV : herpes simplex virus  
I.M. : intra-musculaire  
IST : infection sexuellement transmissible  
L.C.R. : liquide céphalo-rachidien  
M.I.P. : maladie inflammatoire pelvienne  
O.A.C. : organisation à assise communautaire  
O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé  
O.N.G. : organisation non gouvernementale  
PNLS : Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST  
PTME : prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant  
RDC : République Démocratique du Congo  
RPR : Rapid plasma reagin  
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise  
S.S.P. : Soins de santé primaire  
T.V. : Trichomonas vaginalis  
V.I.H. : Virus de l'immunodéficience humaine  
Z.S. : zone de santé

## II. PREFACE

Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un problème de santé publique dans le monde et plus particulièrement dans les pays en voie de développement dont la République Démocratique du Congo fait partie.

L'importance des IST en tant que problème de santé est due à la fréquence des cas dans la population sexuellement active, aux complications médicales aussi bien pour l'homme, la femme que pour le nouveau-né dont les parents sont infectés, et aux conséquences tant sur le plan social qu'économique.

Dans le contexte de la pandémie du VIH/SIDA, les IST sont identifiées comme facteur déterminant dans sa transmission et sa propagation.

En rappelant qu'en RDC, 83 % des cas d'infection à VIH en 2003-2004 ont été contractés à travers les rapports sexuels avec un ou une partenaire infecté(e), il est impérieux de mettre un accent particulier sur la prise en charge des IST qui multiplie considérablement le risque de transmission du VIH entre partenaires.

Les données provenant des structures qui ont intégré la prise en charge des IST selon l'approche syndromique dans leur paquet minimum d'activités permettent de classer celles-ci dans le peloton de cinq premières causes de morbidité de l'ensemble de nouveaux cas reçus en consultation externe.

Ce guide actualisé qui tient compte d'une part de l'expérience de terrain des quatre dernières années depuis l'adoption et l'application de l'approche syndromique par notre pays en 2001 et d'autre part des recommandations de l'OMS en la matière permet de mettre un même outil de travail à la disposition de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des IST et, partant, dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Un effort constant du PNLS et des partenaires devra être soutenu pour mener des études d'évaluation de la validité des algorithmes de ce guide, seule alternative pour garantir l'efficacité de cette stratégie de lutte.

Nous adressons nos sincères remerciements à toutes celles et à tous ceux qui ont contribué à l'actualisation de ce guide ; il s'agit notamment de tous les membres du groupe technique constitué pour cette fin et des institutions partenaires en l'occurrence l'OMS et MSF/B qui ont donné l'appui matériel indispensable pour l'aboutissement heureux des travaux.

Nous félicitons le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST d'avoir initié et coordonné efficacement les travaux avec l'appui soutenu des partenaires.

Nous restons convaincu que l'application à différents niveaux selon leur compétence des algorithmes de ce guide contribuera à coup sûr non seulement à minimiser les complications ou séquelles des IST et l'apparition des résistances aux molécules utilisées, mais aussi à la réduction de la propagation des IST et donc, de l'infection à VIH/SIDA.

Emile BONGELI YEIKELO YA ATO

### III. INTRODUCTION

Ce guide pratique s'adresse aux professionnels de la santé, médecins, infirmiers et auxiliaires sanitaires impliqués dans les soins curatifs en cas d'infections sexuellement transmissibles (IST). Il leur apprend à parler aux patients souffrant d'IST, à les examiner, à les soigner et à leur donner des conseils utiles pour prévenir les réinfections et l'infection à VIH.

#### **III.1. Choix des médicaments contre les IST**

Les médicaments pour traiter les IST ont été choisis conformément aux critères de l'OMS suivants:

- efficacité élevée (95 % au moins)
- faible coût
- toxicité et tolérance acceptables
- apparition d'une résistance peu probable ou susceptible d'être retardée
- dose unique
- administration orale
- pas de contre-indication chez la femme enceinte ou allaitante.

#### **III.2. Modalités de traitement des IST**

Dans toutes ces affections (à l'exception des vaginites), le (la) ou les partenaires sexuels du (de la) patient(e) seront aussi examinés à la recherche d'une IST et rapidement pris en charge pour la ou les mêmes affections selon les mêmes modalités que le patient indicateur. Pour que la prise en charge des IST soit un succès, il faut que le personnel soit respectueux des patients et ne porte pas de jugement. L'examen doit avoir lieu dans un environnement approprié où l'intimité peut être assurée et la confidentialité garantie. Avec les adolescents, le soignant doit être rassurant, expérimenté et connaître les caractéristiques anatomiques et physiologiques propres aux différentes étapes de la maturation : par exemple, premières règles chez la fille et pollutions nocturnes chez le garçon. Pour la jeune fille, il est bon de s'assurer de sa virginité en vue d'éviter des manœuvres pouvant conduire à la rompre. On est souvent en présence des cas d'infection endogène au lieu des IST.

#### **III.3. Kit de matériels nécessaires au niveau du centre de santé pour la prise en charge médicale des IST**

- Une table d'examen
- Des gants
- Des spéculums
- Des marmites à pression (stérilisation)
- Des médicaments IST
- Des préservatifs
- Un phallus (pour les démonstrations)
- Des outils de gestion (fiches de consultation, registres, formulaires de rapport, fiches de stock )

### **III.4. Niveaux des structures de prise en charge des IST**

#### **1) Niveau A**

Le niveau A désigne la communauté bénéficiaire des services de santé. La lutte contre les IST repose ici sur la participation communautaire à travers les groupes d'intérêt tels que les associations, les organisations non gouvernementales (ONG) ou les organisations à assise communautaire (OAC). Il peut s'agir aussi des écoles ou des entreprises et d'autres structures. Les animateurs communautaires, les relais communautaires et les pairs éducateurs de ces groupes sensibilisent la population sur la prévention des IST et la persuadent à se rendre vers un centre de santé (CS) en cas de symptômes d'IST.

#### **2) Niveau B**

Ce niveau correspond à une structure des SSP où l'infirmier traite les patients en première intention et qui, dans le contexte actuel de la prise en charge des IST, ne s'appuie pas sur un laboratoire. Il s'agit d'un centre de santé (CS), d'un dispensaire, d'un service de médecine scolaire ou d'une infirmerie d'une entreprise, de l'armée ou de la police. La plupart des patients devraient être pris correctement en charge à ce niveau. Ce niveau ne traite qu'une fois les IST et selon l'approche syndromique. En cas d'échec de traitement ou de récurrence des symptômes, il réfère les cas au niveau C.

#### **3) Niveau C**




Le niveau C est représenté par un centre de santé de référence (CSR), un hôpital ou un Hôpital Général de Référence (HGR) où un médecin traite les cas référés en recourant à un laboratoire. A ce niveau, la prise en charge est soit syndromique, soit étiologique selon le plateau technique.

#### **4) Niveau D**

Le niveau D est réservé aux cas d'échecs constatés aux niveaux B et C et qui nécessitent des examens spécialisés et un traitement approprié. Dans les structures du niveau D, un médecin spécialiste prend en charge le malade. Ce guide présente les algorithmes utilisés aux niveaux A, B et C. Le niveau D soigne les malades en utilisant l'approche étiologique. Il dépasse donc le cadre de cette approche syndromique.

### **III.5. Utilisation et fonctionnement des algorithmes**

Un algorithme est arbre décisionnel pour la solution d'un problème présentant un schéma de raisonnement diagnostique. Les algorithmes fonctionnent sur base des étapes suivantes :

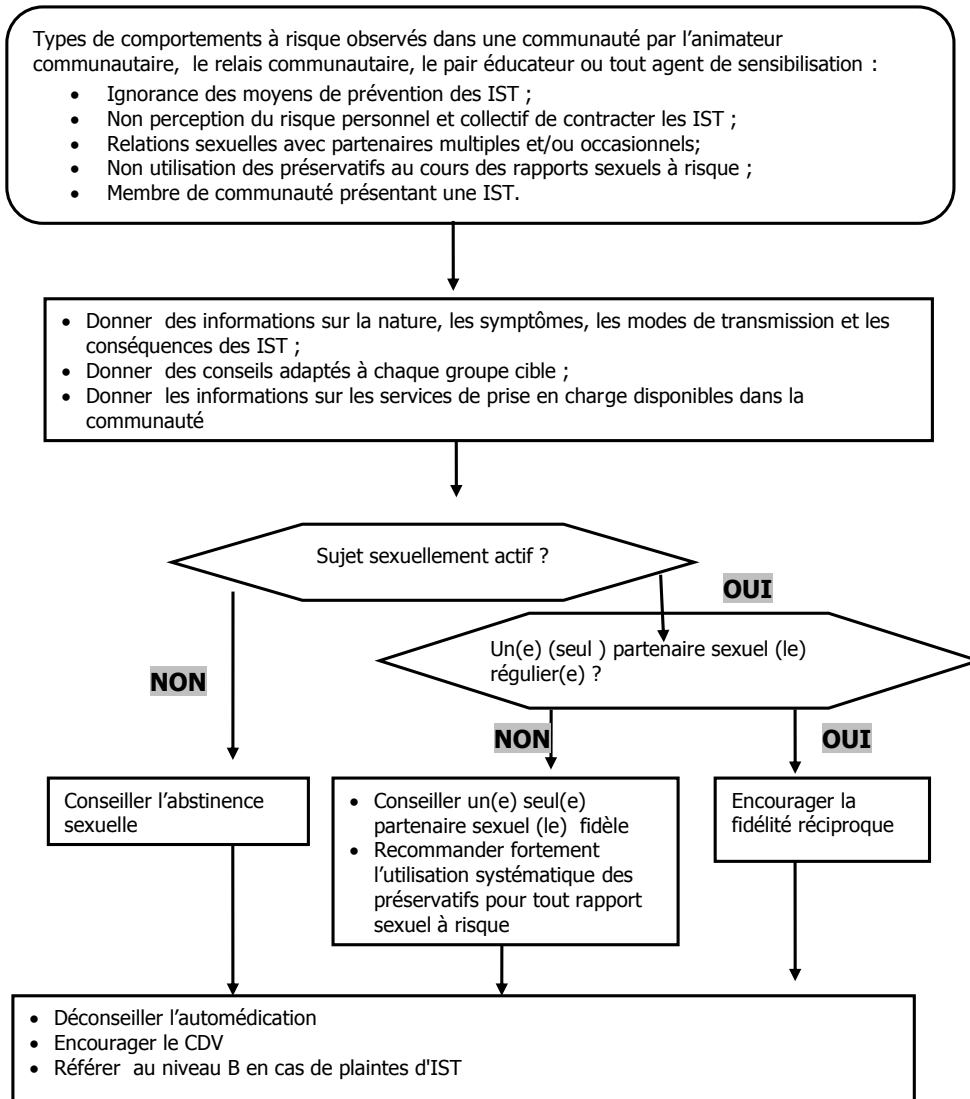
-  : Plaintes du patient ou motif de sa consultation (case en forme de rectangle à angles arrondis)
-  : Critère de décision (case en forme d'hexagone)
-  : Conduite à tenir ou actions à mener (case en forme de rectangle)

## IV. ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE DES IST AU NIVEAU A

### IV.1. Comportements sexuels à risque en rapport avec les IST dans la communauté

### IV.2. Schéma A1 : Prévention des comportements à risque d'IST

### IV.3.





#### **IV.4. Prévention des complications de la syphilis chez la femme enceinte dans la communauté**

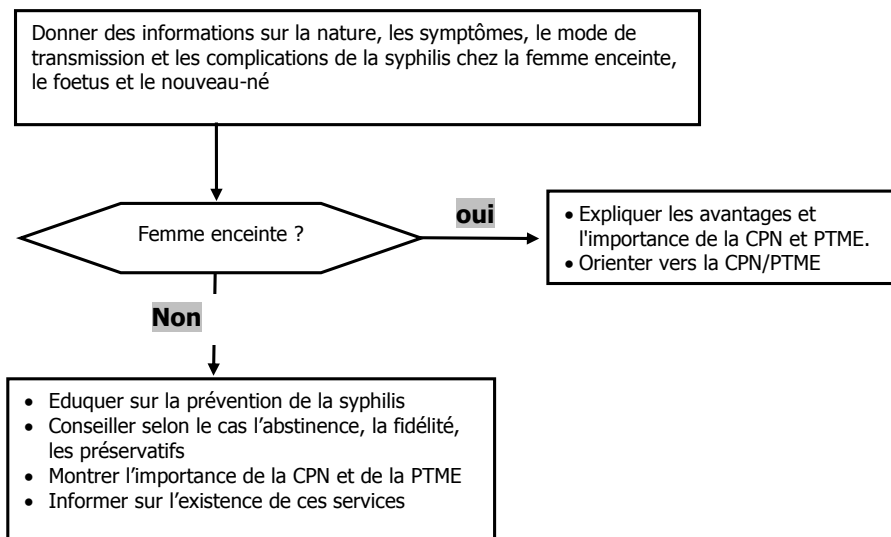
Les complications de la syphilis chez la femme enceinte peuvent être évitées.

Dans la communauté il est important d'attirer l'attention des femmes sur la signification de la présence d'une plaie ou ulcération sur les parties génitales.

L'une des causes principales des ulcérations génitales c'est la syphilis aux multiples complications aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né qui peut naître mort-né, mal formé ou qui peut présenter une maladie évoluant rapidement vers les complications.

L'activité de l'animateur communautaire, du relais communautaire, du pair éducateur ou de tout agent chargé de la sensibilisation va consister à :

##### **Schéma A2 : Prévention des complications de la syphilis chez la femme enceinte**



## V. ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE DES IST AU NIVEAU B

### V.1. *Ecoulement urétral et/ou douleur ou prurit urétral*

#### **Définition :**

L'écoulement urétral est la présence d'un exsudat dans l'urètre antérieur. Il peut être absent à l'examen clinique. Mais le patient peut se plaindre simplement de douleur ou de prurit urétral.

En l'absence d'écoulement visible, on massera délicatement l'urètre de la partie proximale du pénis vers le méat pour exprimer les sécrétions.

#### **Traitements syndromiques recommandés :**

- Céfixime ou
  - Spectinomycine **ou**
  - Ceftriaxone ou
  - Ciprofloxacine

#### **Plus**

- Doxycycline ou
  - Erythromycine (si la tétracycline est contre-indiquée) ou
  - Azithromycine

NB : Le traitement comprend l'association de deux molécules issues de chaque groupe; les combinaisons recommandées sont :

a) : R/ Cefixine : 2 Co de 200 mg en dose unique +  
R/ Doxycycline Co de 100 mg: 2 X 1 co/j pdt 7 jrs

ou

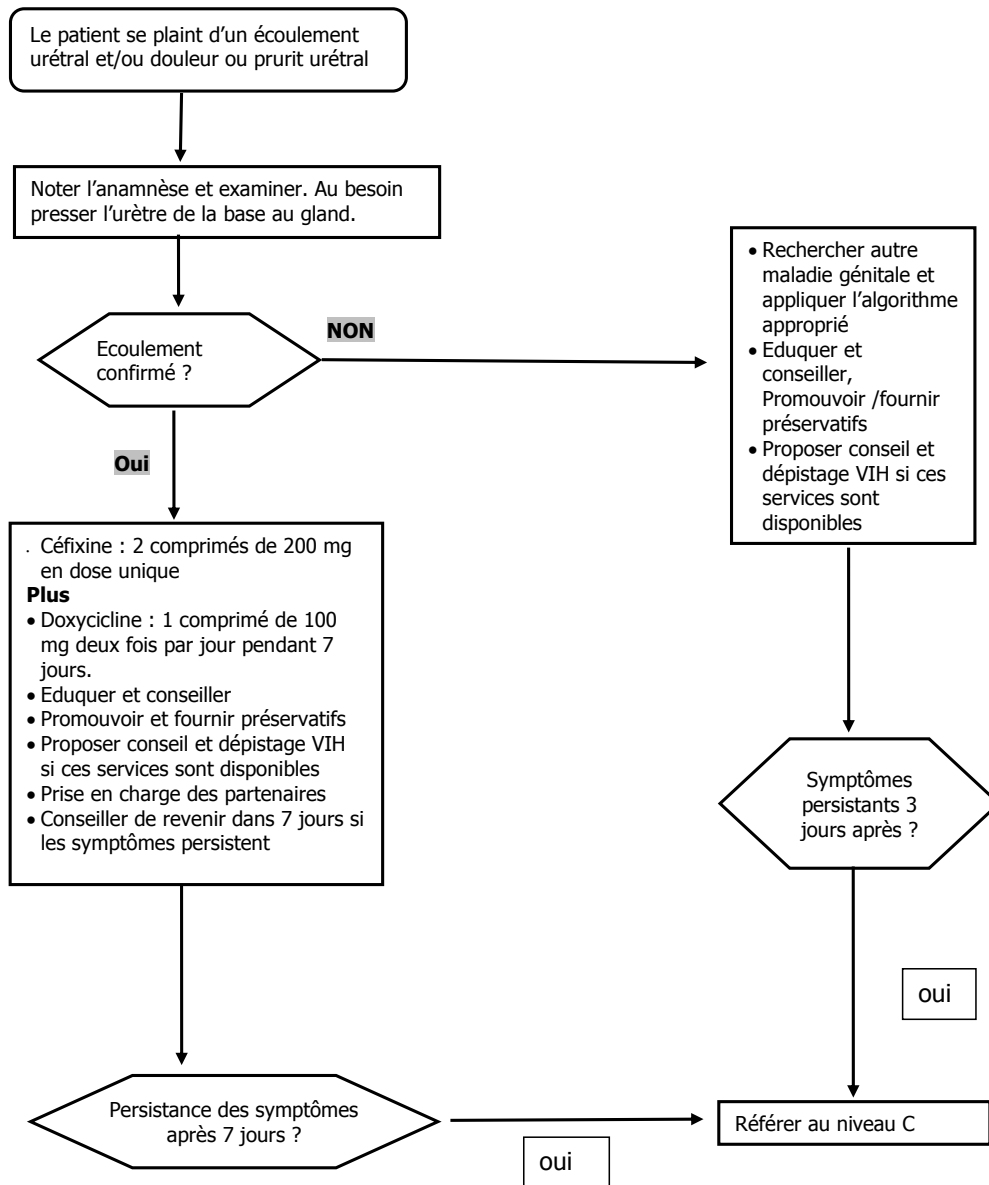
b) : R/ Cefixine : 2 Co de 200 mg en dose unique +  
R/ Erythromycine co 500 mg 4 X 1co/j pdt 7 jrs

ou

c) : R/ Cefixine : 2 Co de 200 mg en dose unique +  
R/ Azithromycine gé. 250 mg : 4 gé en dose unique

En cas d'allergie aux  $\beta$  lactamines, on les remplace par la Spectinomycine à la dose unique de 2 gr en IM ou par la ciprofloxacine à la dose unique de 500 mg per os.

**Schéma B1 : Écoulement urétral et/ou douleur ou prurit urétral**



## **V.2. Écoulement vaginal et ou brûlure ou prurit vaginal**

Un écoulement vaginal est une sécrétion vaginale anormale par la couleur, l'odeur, l'aspect et/ou l'abondance.

Les écoulements vaginaux peuvent avoir soit une origine vaginale (vaginite), soit une origine cervicale (cervicite).

Le diagnostic d'un écoulement vaginal d'origine cervicale est posé en présence des éléments suivants :

- Evaluation positive des facteurs de risque. Cela veut dire la présence d'au moins trois facteurs de risque déterminés en fonction du contexte épidémiologique :
  - L'âge inférieur ou égal à 21 ans
  - État de célibataire
  - Avoir eu plus d'un partenaire sexuel durant les 12 derniers mois
  - Avoir eu un nouveau partenaire sexuel durant les trois derniers mois
  - Avoir un(e) partenaire sexuel (le) atteint d'une IST.
- Au cours de l'anamnèse : notion de dyspareunie, saignement après les rapports sexuels Ou entre le règles
- Présence des éléments suivants à l'examen clinique :
  - muco-pus cervical,
  - érosions cervicales
  - friabilité du col

Pendant le traitement, les rapports sexuels seront déconseillés jusqu'à ce que le patient indicateur et son ou ses partenaires aient été traités.

### **TRAITEMENTS SYNDROMIQUES RECOMMANDÉS :**

**Vaginite** : Métronidazole 8 comprimés de 250 mg en dose unique ou Tinidazole 4 comprimés de 500 mg en dose unique

**plus**

Miconazole ou Clotrimazole : 200 mg par voie intravaginale tous les jours pendant 3 jours

**ou**

Clotrimazole : 500 mg par voie intravaginale en dose unique

**Cervicite (accompagnée de vaginite aussi) :**

- Cefixime : 2 comprimés de 200 mg en dose unique ou
- Spectinomycine : 2 g IM en dose unique ou
- Ceftriaxone : 125 mg IM en dose unique ou
- Ciprofloxacine : 500 mg par voie orale en une dose

**Plus**

- Doxycycline : 100 mg par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours ou

- Erythromycine : 500 mg par voie orale, 4 fois par jour pendant 7 jours ou Azithromycine, 1 g par voie orale, en dose unique

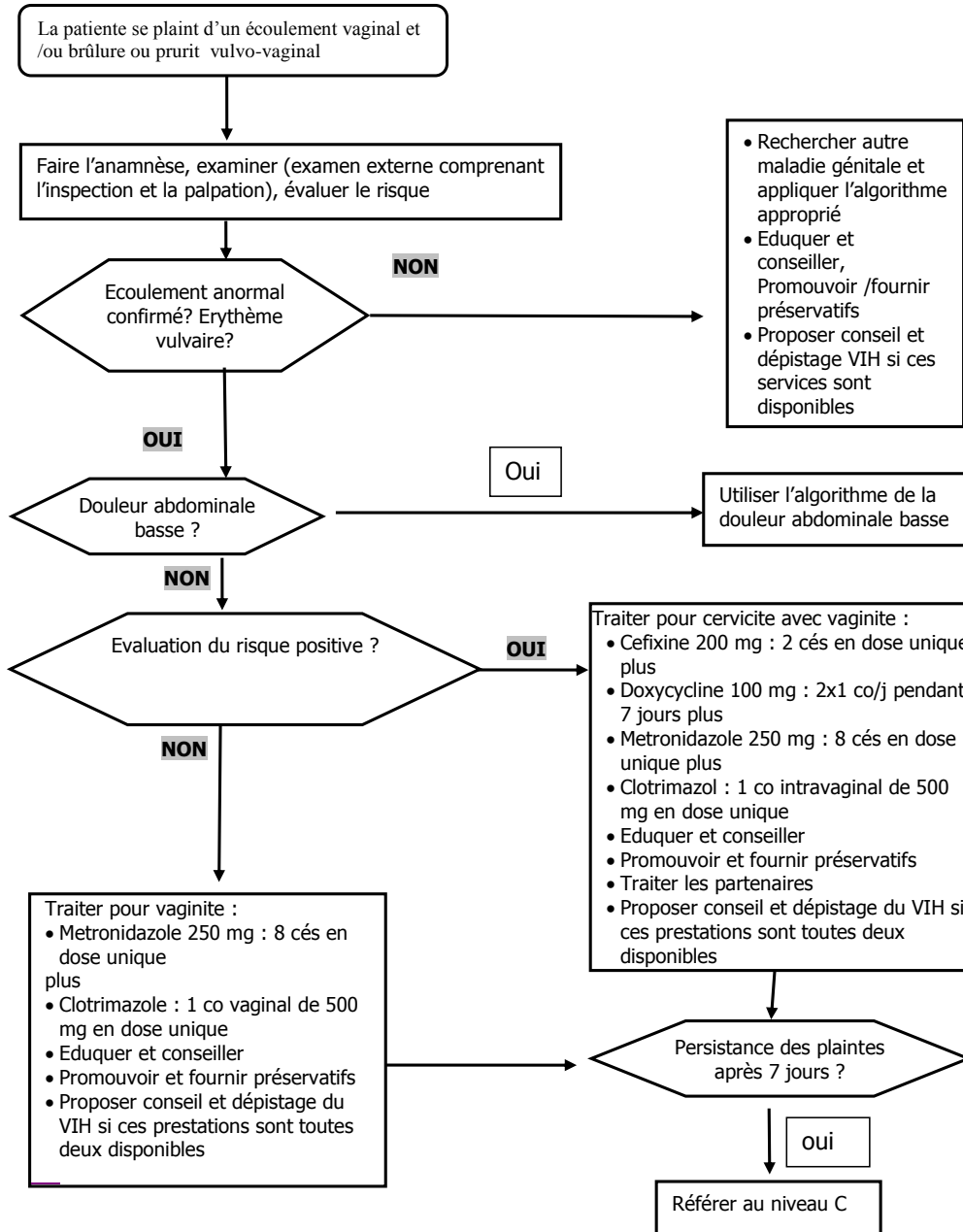
A ce traitement s'ajoute celui de la vaginite.

Remarques :

- la Doxycycline est contre-indiquée pendant la grossesse et l'allaitement
- ne pas prendre l'Erythromycine à jeun
- la Ciprofloxacine est contre-indiquée pendant la grossesse et n'est pas recommandée chez l'enfant et l'adolescent
- le Métronidazole n'est pas recommandé pendant le premier trimestre de la grossesse
- la consommation d'alcool est déconseillée pendant le traitement au Métronidazole jusqu'à 24 heures après la prise
- En cas d'allergie à la pénicilline, ne pas donner la Cefixime ni le Ceftriaxone. Donner la Spectinomycine ou la Ciprofloxacine.

## Schéma B2 : Écoulement vaginal

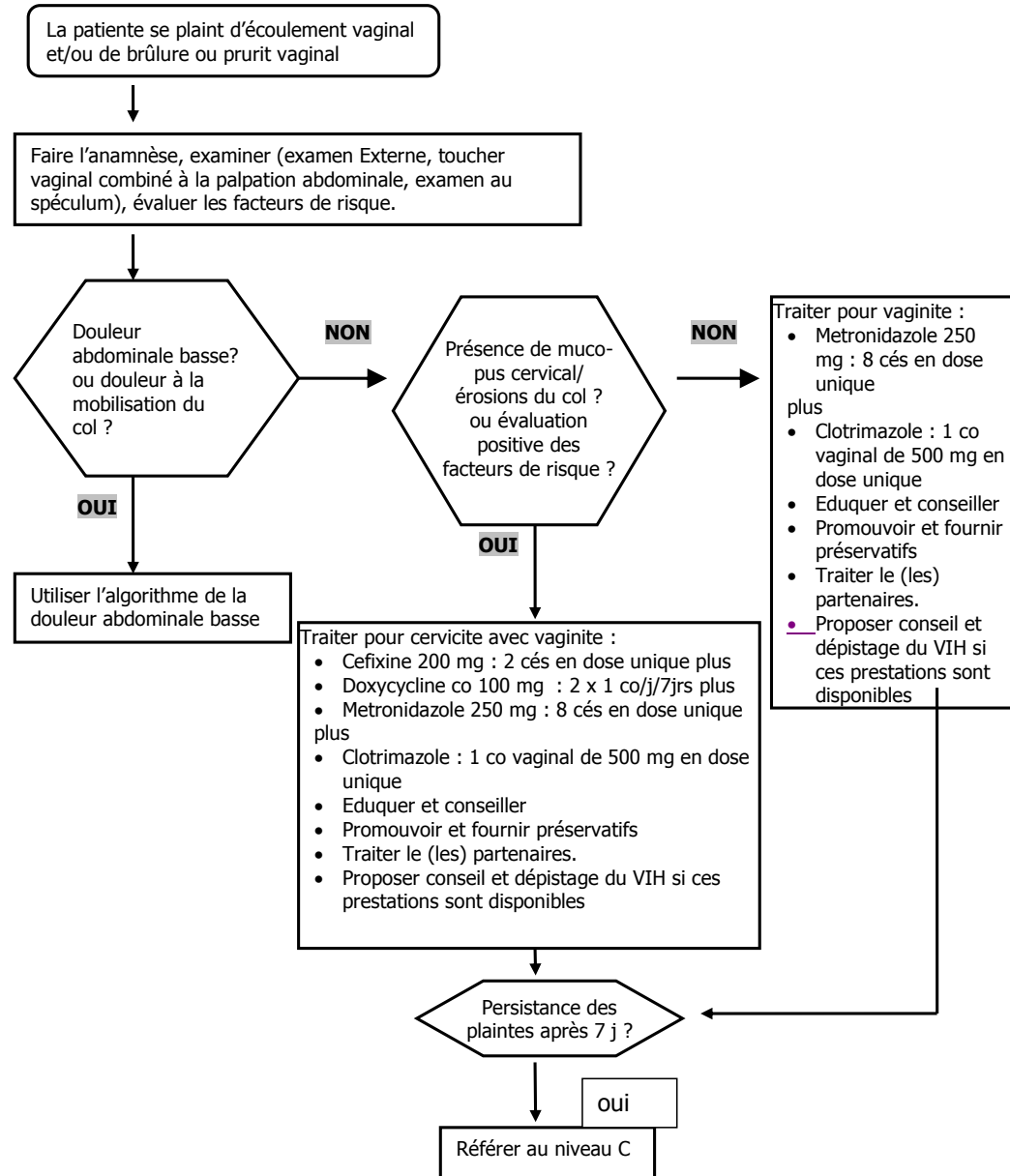
### Examen sans spéculum et sans toucher vaginal.



**Formatiert:** Einzug: Links: -0.25 cm, Hängend: 0.5 cm, Aufgezählt + Ebene: 1 + Ausgerichtet an: 0.63 cm + Tabstopp nach: 1.27 cm + Einzug bei: 1.27 cm, Tabstopps: 0.5 cm, Listentabstopp + Nicht an 1.27 cm + 1.88 cm

**Schéma B3 : ECOULEMENT VAGINAL**

**Examen au spéculum, examen bi manuel, , sans examen microscopique.**



### V.3. Ulcération génitale chez l'homme ou la femme

Une ulcération génitale est toute perte de substance cutanée ou muqueuse des organes génitaux. Les causes d'ulcérations génitales sont :

- Chancres mou (dû à *Haemophilus ducreyi*)
- Syphilis (dû à *Treponema pallidum*)
- Herpès (dû au virus herpès simplex type 2)
- Gâle (due à *Sarcoptes scabiei hominis*)
- Lymphogranulomatose vénérienne (due à *Chlamydia trachomatis*, sérotypes L1, L2, L3).
- Le granulome inguinal (du à *Klebsiella granulomatis*.)

Le diagnostic différentiel des ulcères génitaux est très difficile en particulier lorsque ces différents agents étiologiques sont fréquents dans la région. En plus, les infections mixtes sont fréquentes et les manifestations cliniques peuvent être modifiées en cas d'infection VIH concomitante.

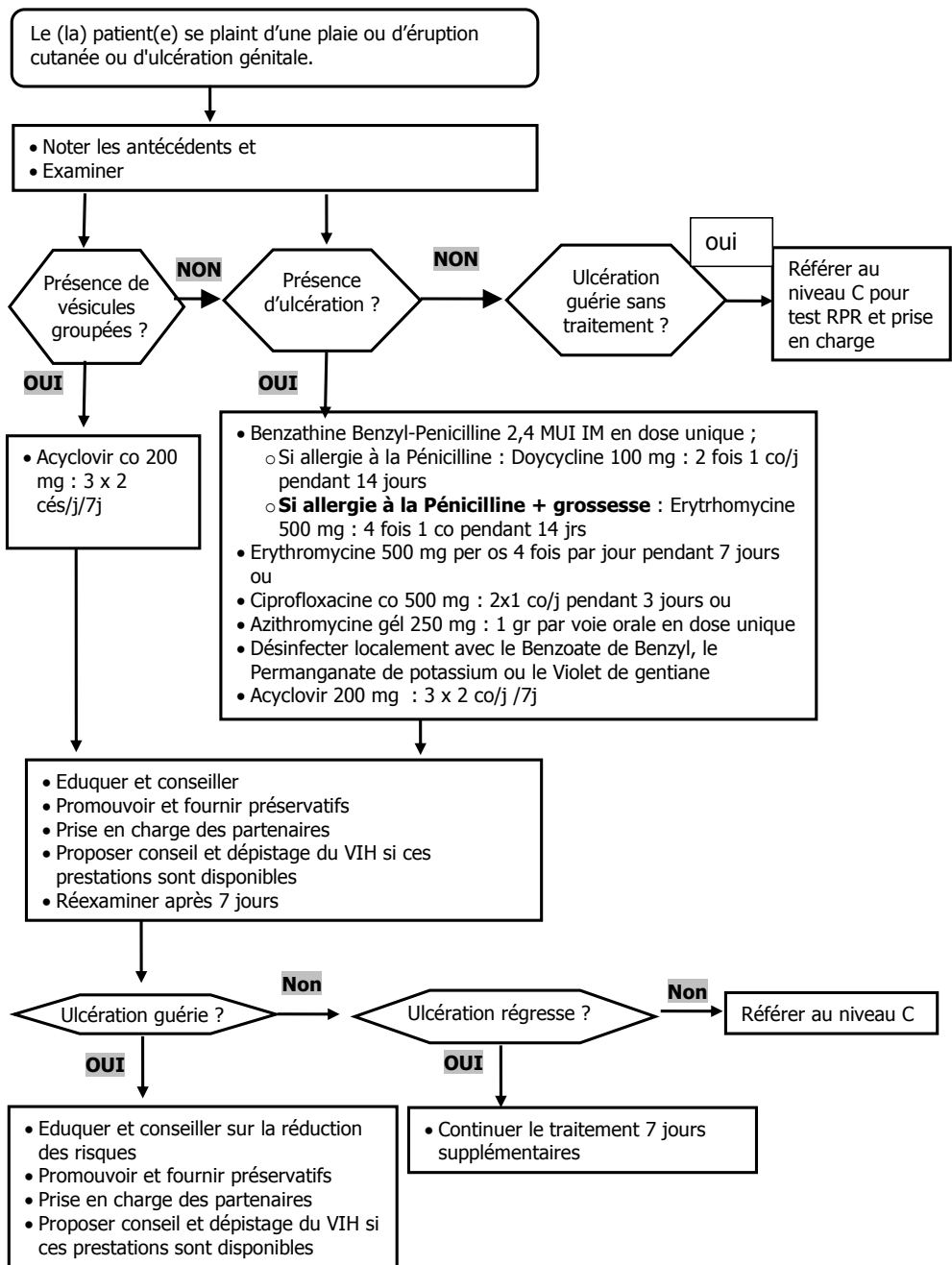
Le traitement sera global pour les pathologies fréquentes dans la région à cause des infections mixtes.

#### Traitements symptomatiques recommandés

<b>Options thérapeutiques pour le traitement</b>				
<b>de la syphilis</b>	<b>du chancre mou</b>	<b>du granulome inguinal</b>	<b>du LGV</b>	<b>de l'herpès génital</b>
Benzathine Benzylpénicilline	Ciprofloxacine Érythromycine Azithromycine	Azithromycine Doxycycline	Doxycycline Érythromycine	Aciclovir Valaciclovir Famciclovir
<b>Autres possibilités</b>				
Procaïne benzylpénicilline	Ceftriaxone	Érythromycine Tétracycline Triméthoprim/sulfaméthoxazole	Tétracycline	
<b>Allergie à la pénicilline et pas de grossesse</b>				
Doxycycline Tétracycline				



### Schéma B4 : Ulcération génitale



#### ***V.4. Bubon inguinal et fémoral***

Les bubons inguinaux et fémoraux sont des hypertrophies des ganglions lymphatiques situés dans la région de l'aîne. Ils sont douloureux, peuvent être mobiles et sont généralement associés à une ulcération génitale.

Des infections locales ou générales qui ne sont pas sexuellement transmissibles du genre infections du membre inférieur ou lymphadénopathie tuberculeuse peuvent aussi être à l'origine du bubon inguinal,

#### ***Traitements syndromiques recommandés***

- Doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 14 jours

**Ou**

- Erythromycine, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 14 jours.

**Plus**

- Ciprofloxacine, 500 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 3 jours

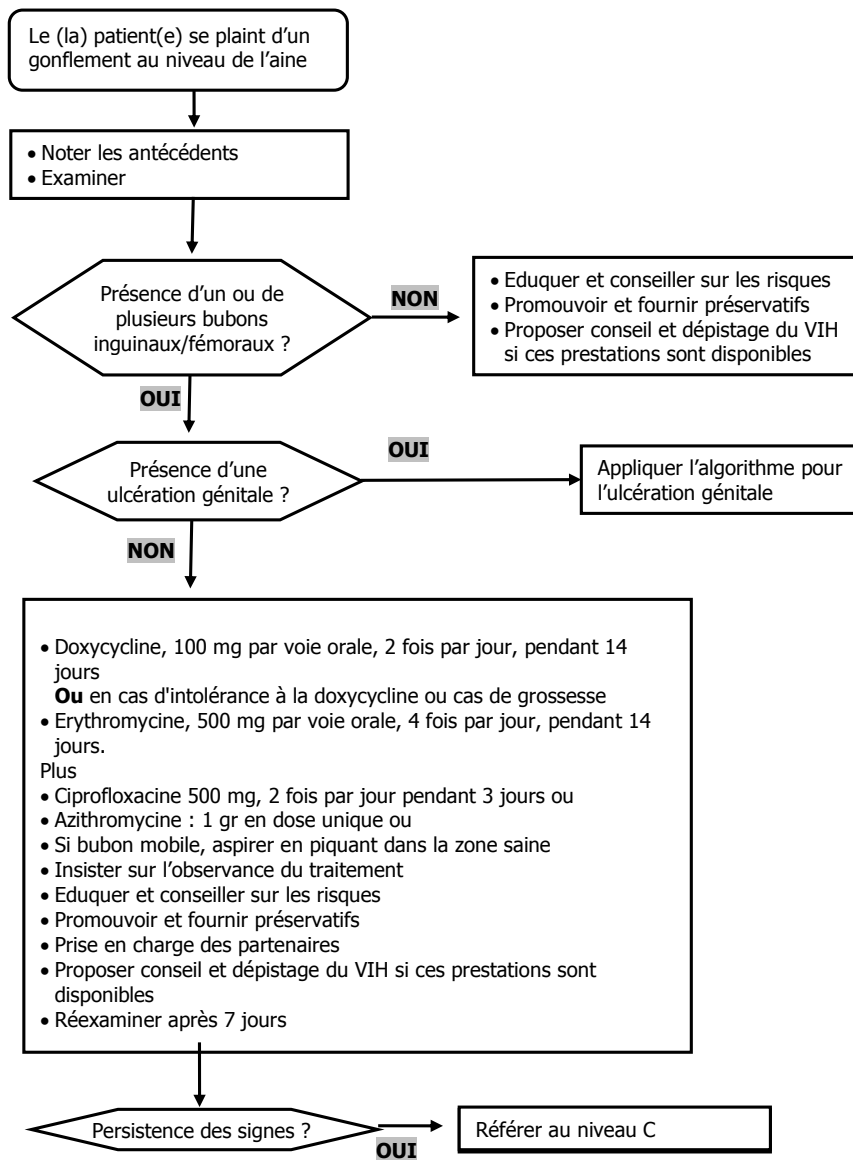
Ou

- Azithromycine gél 250 mg : 4 gél en dose unique.

#### ***Remarques :***

- Aspirer les ganglions en piquant l'aiguille dans une zone saine.
- L'incision, le drainage ou l'excision des ganglions sont contre-indiquées car elles retardent la cicatrisation.

### Schéma B5 : Bubon inguinal et fémoral



### **V.5. Douleurs testiculaires et/ou tuméfaction du scrotum**

L'inflammation de l'épididyme (épididymite) se manifeste habituellement par une tuméfaction et une douleur testiculaires unilatérales à début brutal, accompagnées fréquemment de douleur à la palpation de l'épididyme et des canaux déférents, et parfois d'un érythème et d'un oedème de la peau sus-jacente. Les micro-organismes étiologiques sont les mêmes que pour l'écoulement urétral, mais quelquefois, certains bacilles gram négatif de la famille des entérobactéries et *Pseudomonas aeruginosa* sont en cause.

Il faut exclure une urgence chirurgicale due à un traumatisme, une tumeur, une torsion testiculaire ou une hernie.

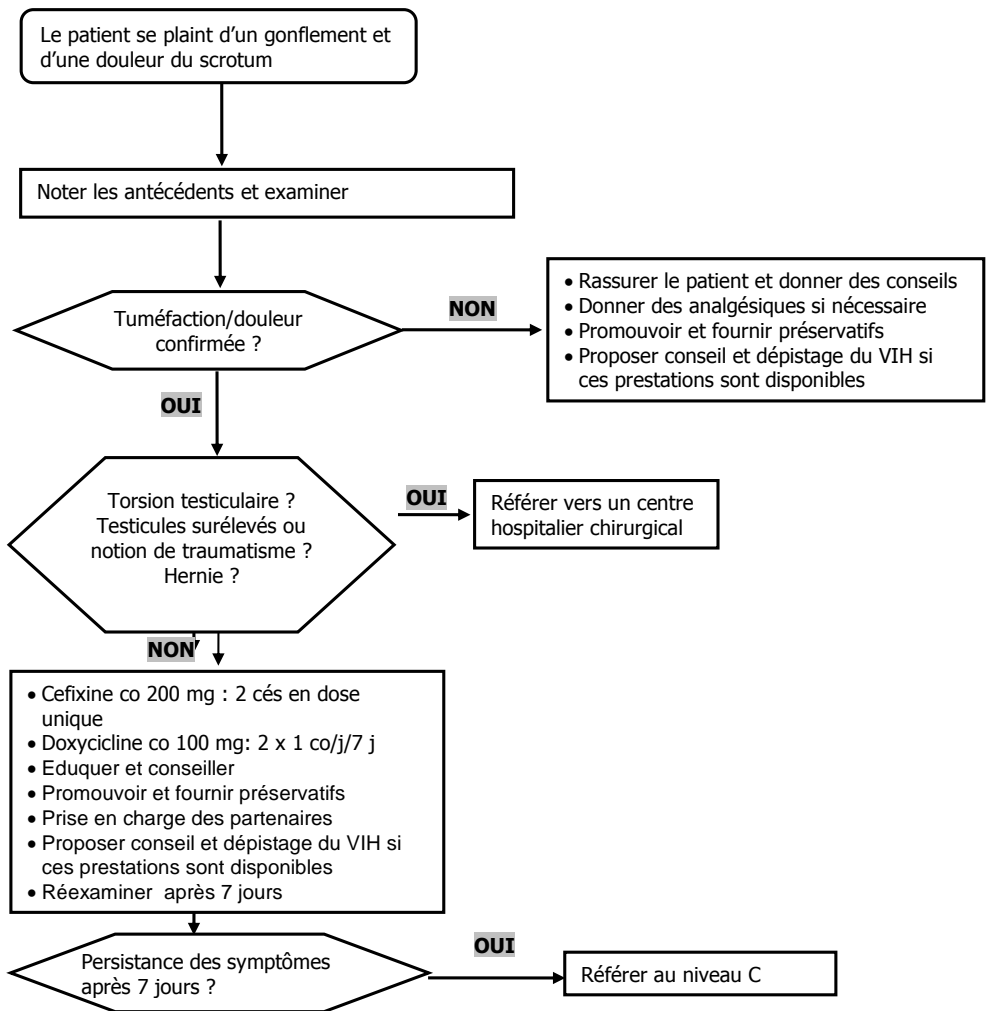
Lorsque l'épididymite s'accompagne d'écoulement urétral, elle sera présumée d'étiologie sexuellement transmissible, généralement d'origine gonococcique et/ou chlamydiale. Le testicule adjacent est souvent généralement enflammé (orchite), donnant lieu à une orchio-épididymite.

L'épididymite associée aux IST peut conduire à l'infécondité.

#### **Traitements symptomatiques recommandés :**

<b>Options thérapeutiques pour le traitement de la gonococcie</b>	<b>Options thérapeutiques pour le traitement de chlamydioses</b>
Céfixime Spectinomycine Ceftriaxone Ciprofloxacine	Doxycycline Azithromycine
<b>Autres possibilités</b>	
	Amoxicilline Érythromycine (si la tétracycline est contre indiquée) Tétracycline Ofloxacine

### Schéma B6 : Douleurs testiculaires et/ou tuméfaction scrotale



## **V.6. Douleur abdominale basse chez la femme**

La douleur abdominale basse chez toute femme sexuellement active doit faire penser à une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) caractérisée par une salpingite et/ou une endométrite. A l'examen bi manuel (toucher vaginal combiné au palper abdominal), on note une sensibilité à la mobilisation du col et/ou des annexes avec ou sans écoulement et saignement vaginal.

Les symptômes évocateurs de la MIP sont notamment : douleur abdominale, dyspareunie, écoulement vaginal, ménométrorragie, dysurie, fièvre, et parfois nausées et vomissements.

Les principaux agents pathogènes responsables sont le *Neisseria gonorrhoeae* et le *Chlamydia trachomatis*. On trouve également *Mycoplasma hominis* ainsi que d'autres germes anaérobies et certains grams négatifs.

### Traitements syndromiques recommandés

Au niveau du CS, le traitement de la patiente se fait en ambulatoire; les cas nécessitant une hospitalisation sont immédiatement référés au niveau C.

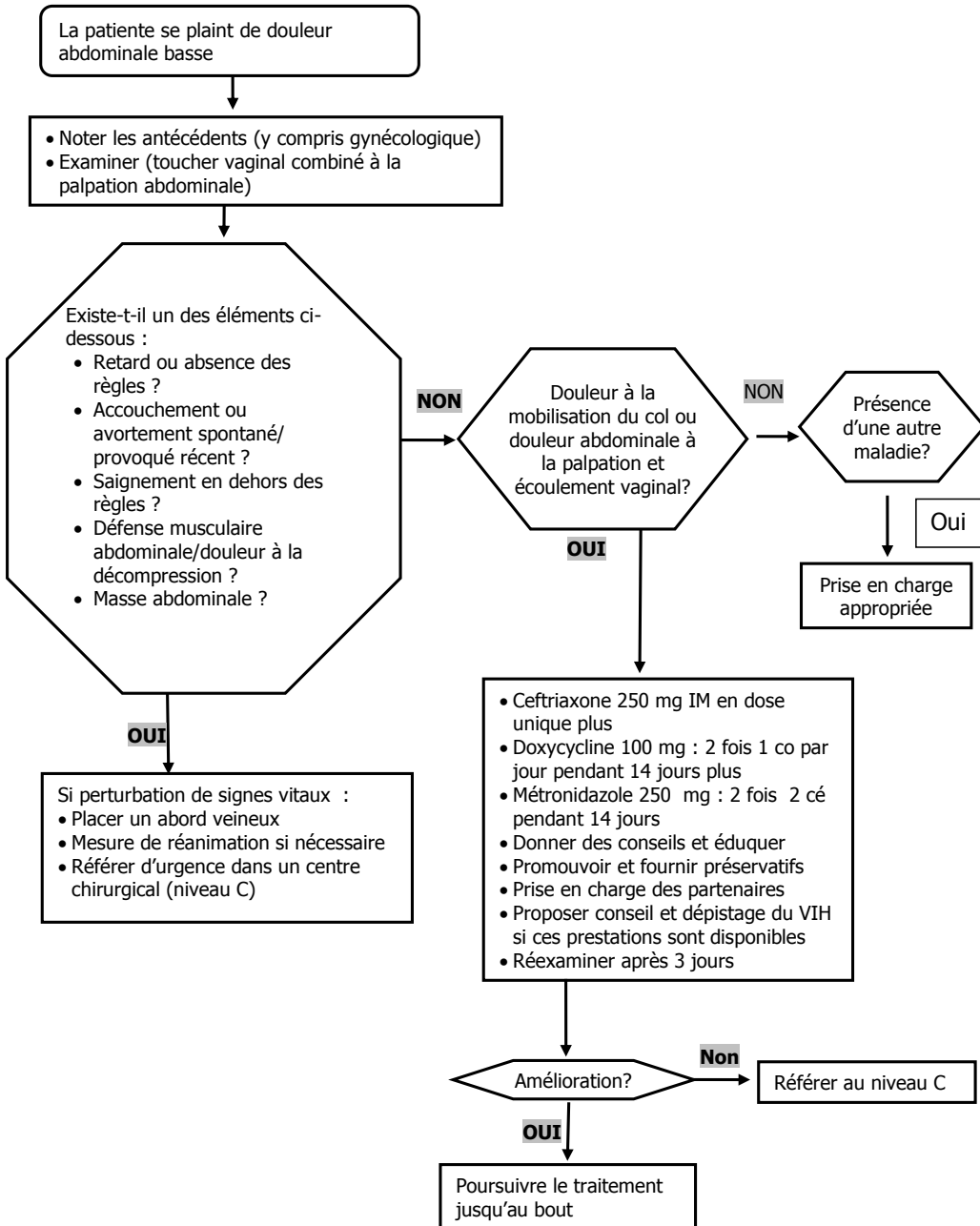
Ce traitement consiste en l'administration de :

- Ceftriaxone : 250 mg IM en dose unique ou
- Spectinomycine : 2 gr IM en dose unique plus
- Doxycycline : 1 comprimé de 100 mg 2 fois par jour pendant 14 jours plus
- Métronidazole : 2 comprimés de 250 mg 2fois par jour pendant 14 jours.

Remarques :

- La consommation d'alcool est déconseillée pendant le traitement par le métronidazole
- Les cyclines sont déconseillées pendant la grossesse
- Si présence du stérilet dans l'utérus, son retrait n'est pas obligatoire
- La patiente traitée en ambulatoire pour maladie inflammatoire pelvienne sera revue dans 72 heures; s'il n'y a pas amélioration, elle sera référée au niveau C.

**Schéma B7 : Douleur abdominale basse chez la femme**

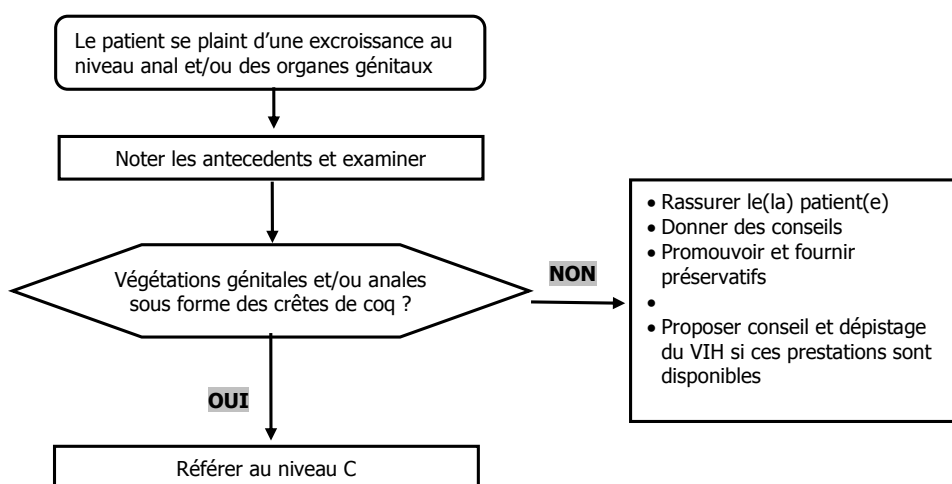


### V.7. Végétations ano-génitales (condylomes)

Les condylomes acuminés sont soit des plaques muqueuses papuleuses, soit des excroissances sous forme de crêtes de coq au niveau de la sphère ano-génitale. Ils sont indolores, mais risquent de provoquer une obstruction génitale.

L'agent étiologique est le virus du papillome humain, agent pathogène sexuellement transmissible.

#### Schéma B8 : Végétation ano-génitale





### V.8. Conjonctivite du nouveau-né

La conjonctivite du nouveau-né est une infection des conjonctives contractée à la naissance à la suite d'une infection de la mère et qui se manifeste au cours du premier mois de la vie.

Le nouveau-né est en général amené en consultation parce que ses paupières sont rouges et gonflées ou qu'elles « collent », ou parce qu'il présente un écoulement oculaire.

La conjonctivite du nouveau-né peut entraîner la cécité lorsqu'elle n'est pas soignée à temps.

NB : Un traitement prophylactique du bébé par la méthode de Crédé permet d'éviter cette conjonctivite :

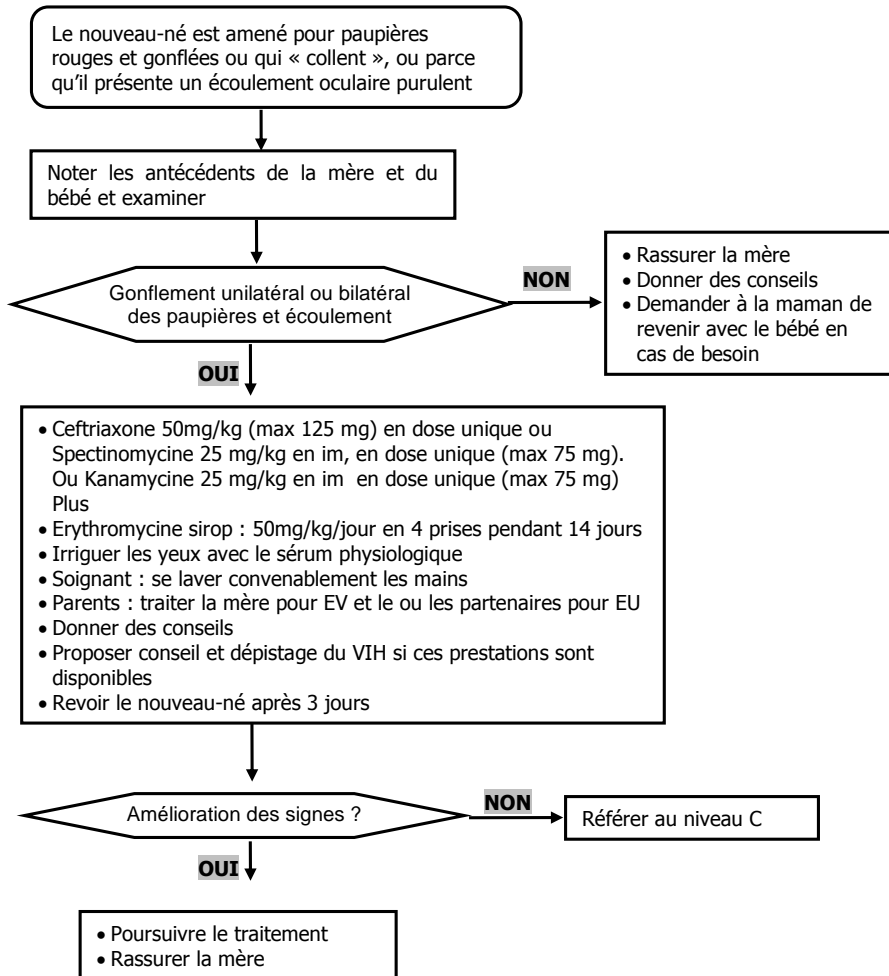
- Nettoyer immédiatement les yeux du nouveau-né
- Mettre une goutte de Nitrate d'argent 1% (Argyrol) dans chaque oeil du nouveau-né immédiatement après la naissance
- Ou appliquer une pommade de tétracycline à 1%

Options thérapeutiques pour le traitement de la gonococcie	Options thérapeutiques pour le traitement des chlamydioses
Ceftriaxone 50 mg/kg (dose unique) Ne pas dépasser 125 mg au total.	Érythromycine sirop : 50 mg/kg/j, réparties en 4 prises pendant 14 jours
<b>Autres possibilités</b>	
Spectinomycine 25 mg/kg en injection intramusculaire, en dose unique, jusqu'à un maximum de 75 mg.  Kanamycine 25 mg/kg en injection intramusculaire, en dose unique, jusqu'à un maximum de 75 mg	

#### Remarque

- L'addition à ces traitements d'une pommade ophtalmique à la tétracycline n'apporte pas d'avantage démontré.
- Associer au traitement général une irrigation locale avec du sérum physiologique. L'irrigation est particulièrement importante quand on ne dispose pas des médicaments adaptés.
- Il est essentiel que le personnel qui s'occupe de ces patients se lave soigneusement les mains.

### Schéma B9 : Conjonctivite du nouveau-né



### **V.9. Prurit pubien ou phthiriose du pubis**

C'est une infestation du pou, *Phthirus pubis*, qui se propage lors de rapports sexuels et se manifeste par de prurit au niveau du pubis.

#### **Protocoles thérapeutiques recommandés**

- Lindane, en lotion ou en crème à 1 %: appliquer délicatement mais soigneusement sur toutes les zones infestées et les zones pileuses voisines ; lavage 8 heures plus tard ; on peut aussi utiliser le lindane à 1 % sous forme de shampooing, appliqué pendant 4 minutes et rincé soigneusement.

#### **OU**

- Pyréthrine et butoxyde de pipéronyle : appliquer sur les zones infestées et les zones pileuses voisines et rincer 10 minutes plus tard ; le re-traitement est indiqué 7 jours plus tard si l'on observe des poux ou des oeufs à la base des poils. Tous les vêtements et les draps doivent être lavés et séchés.

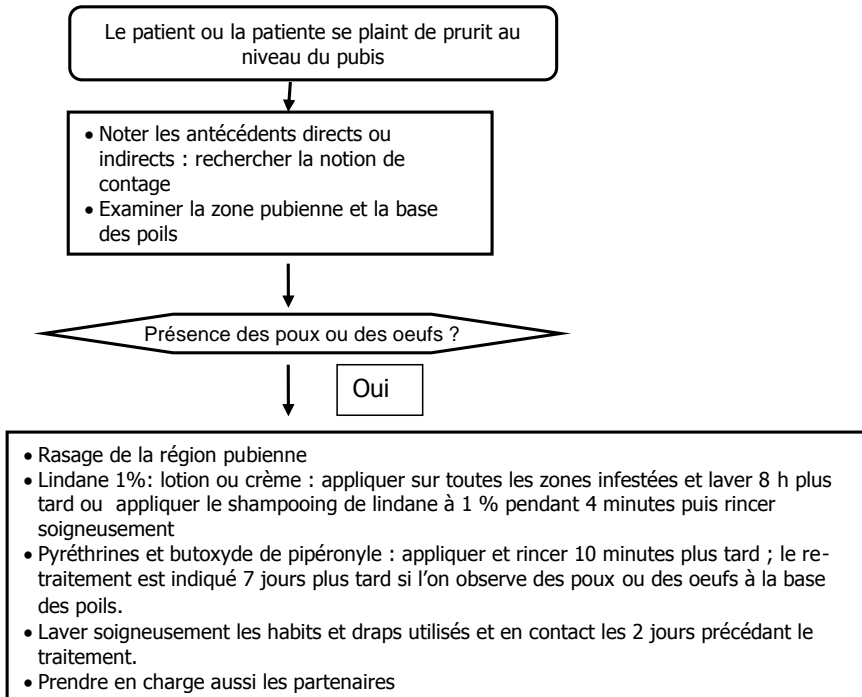
#### **OU**

- Perméthrine à 1 %, comme ci-dessus.

#### **Remarque**

Le lindane n'est pas recommandé chez la femme enceinte ou allaitante. Commencer par le rasage de la région pubienne. La pédiculose des cils sera traitée par application d'une pommade ophtalmique occlusive sur le bord des paupières, tous les jours pendant 10 jours, pour étouffer les poux et les lentes. La pommade ne doit pas être appliquée sur les yeux.

### Schéma B10 : Prurit pubien



## VI. ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE DES IST AU NIVEAU C

Les algorithmes du niveau C sont destinés au centre de santé de référence (CSR), à l'hôpital ou à l'Hôpital Général de Référence (HGR) où les patients sont traités en faisant recours aux examens cliniques approfondis et au laboratoire. C'est aussi l'endroit où sont traités en deuxième intention les cas référés du niveau B. A ce niveau, la prise en charge est soit syndromique, soit étiologique selon le plateau technique. Pour le traitement syndromique, appliquer les algorithmes du niveau B.

### **VI.1. *Écoulement urétral et/ou douleur ou prurit urétral***

L'écoulement urétral et/ou douleur ou prurit signe soit :

- une urétrite gonococcique due à *Neisseria gonorrhoeae* ;
- des urétrites non gonococciques généralement dues à *Chlamydia trachomatis* ou à *Ureaplasma urealyticum* ou d'autres micro-organismes comme le *Trichomonas vaginalis*.

Dans le cadre de la prise en charge syndromique, le traitement du patient atteint d'écoulement urétral doit couvrir convenablement le *Neisseria gonorrhoeae* et le *chlamydia trachomatis*.

Dans ce cas, se référer aux algorithmes du niveau B.

Dans le cadre de la prise en charge étiologique on recourt au frottis des sécrétions urétrales qui peut révéler :

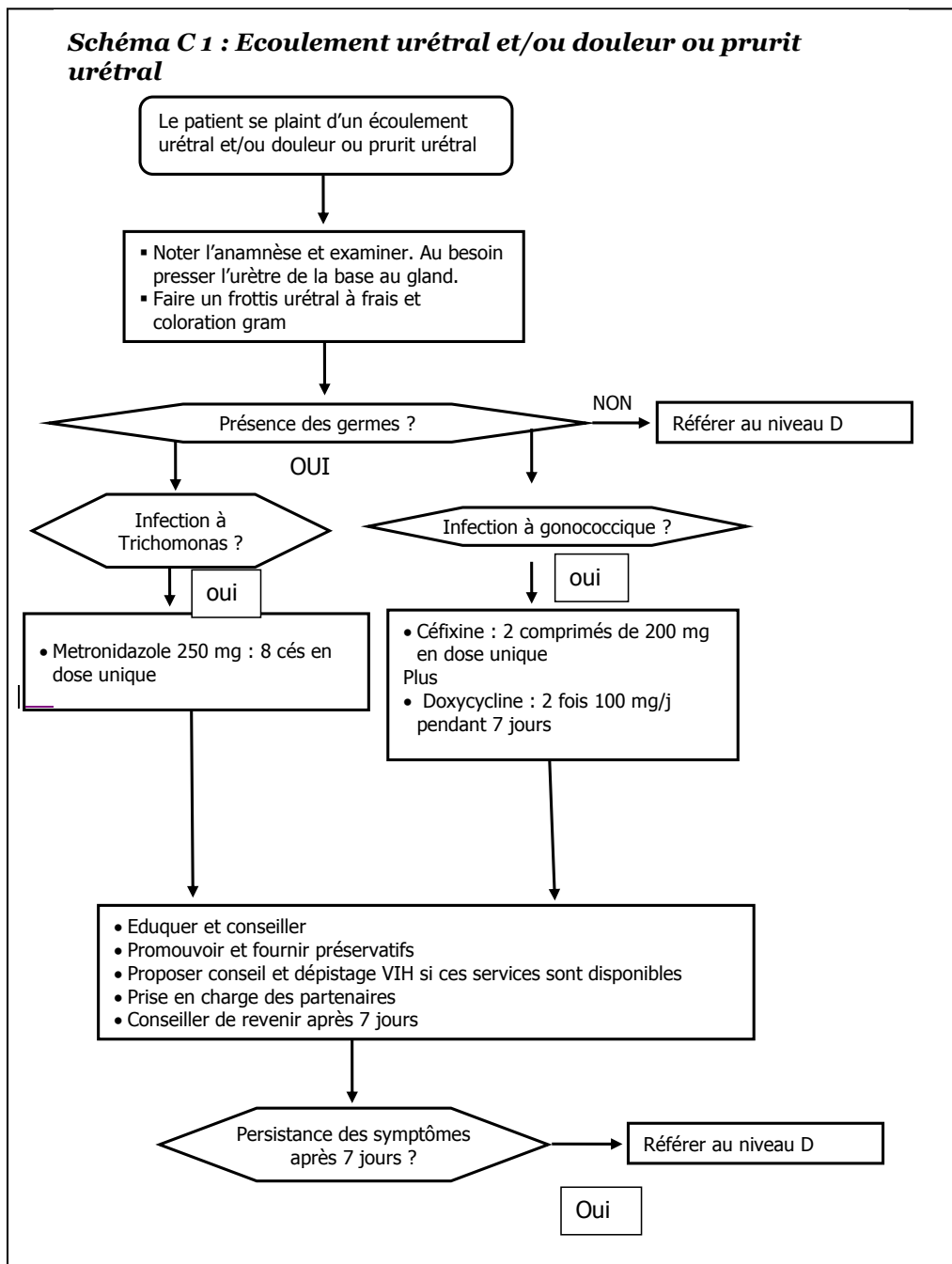
- une augmentation du nombre de polynucléaires : plus de 5 polynucléaires par champ à fort grossissement est un indicateur d'urétrite.
- La présence des *trichomonas vaginalis* mobiles
- La présence de gonocoque par coloration de Gram : gonococcie.

Le traitement étiologique est guidé par les examens de laboratoire.

Options thérapeutiques pour les infections à <i>Trichomonas vaginalis</i>	Options thérapeutiques pour le traitement de la gonococcie	Options thérapeutiques pour le traitement des chlamydioses
---	--	--

<p>Métronidazole, 2 g per os, en dose unique  <b>ou</b>  Tinidazole, 2 g per os, en dose unique</p>	<p>Céfixime, 400 mg par voie orale, en dose unique  <b>ou</b>  Spectinomycine, 2 g en injection intramusculaire, en dose unique.  <b>ou</b>  Ceftriaxone, 125 mg en injection intramusculaire, en dose unique  <b>ou</b>  Ciprofloxacine, 500 mg par voie orale, en dose unique</p>	<p>Doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours  <b>ou</b>  Azithromycine, 1 g par voie orale, en dose unique.</p>
<p><b>Si persistance</b></p>	<p><b>Autres possibilités</b></p>	<p><b>Autres possibilités</b></p>
<p>Métronidazole, 500 mg per os, 2 fois par jour, pendant 7 jours  <b>ou</b>  Tinidazole, 500 mg per os, 2 fois par jour pendant 5 jours.</p>		<p>Amoxicilline, 500 mg par voie orale, 3 fois par jour, pendant 7 jours  <b>ou</b>  Erythromycine (si les cyclines sont contre-indiquées), 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 7 jours  <b>ou</b>  Ofloxacine, 300 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours  <b>ou</b>  Tétracycline, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 7 jours</p>

### Schéma C 1 : Écoulement urétral et/ou douleur ou prurit urétral



## **VI.2. VI.2 Ecoulement urétral persistant/récurrent chez l'homme**

L'écoulement urétral persistant ou récurrent après un traitement syndromique doit faire penser aux éventualités suivantes, soit :

- Une mauvaise observance du traitement par le patient ou réinfection : reprendre le traitement en sollicitant une bonne collaboration du patient au suivi du traitement.
- Une résistance au médicament : dans ce cas, plusieurs autres cas sont signalés dans le milieu et on applique l'algorithme avec les autres médicaments retenus dans la liste.
- Une infection par le *Trichomonas vaginalis* (TV) : appliquer le traitement indiqué avec le métronidazole ou le tinidazole

Traitement syndromique recommandé :

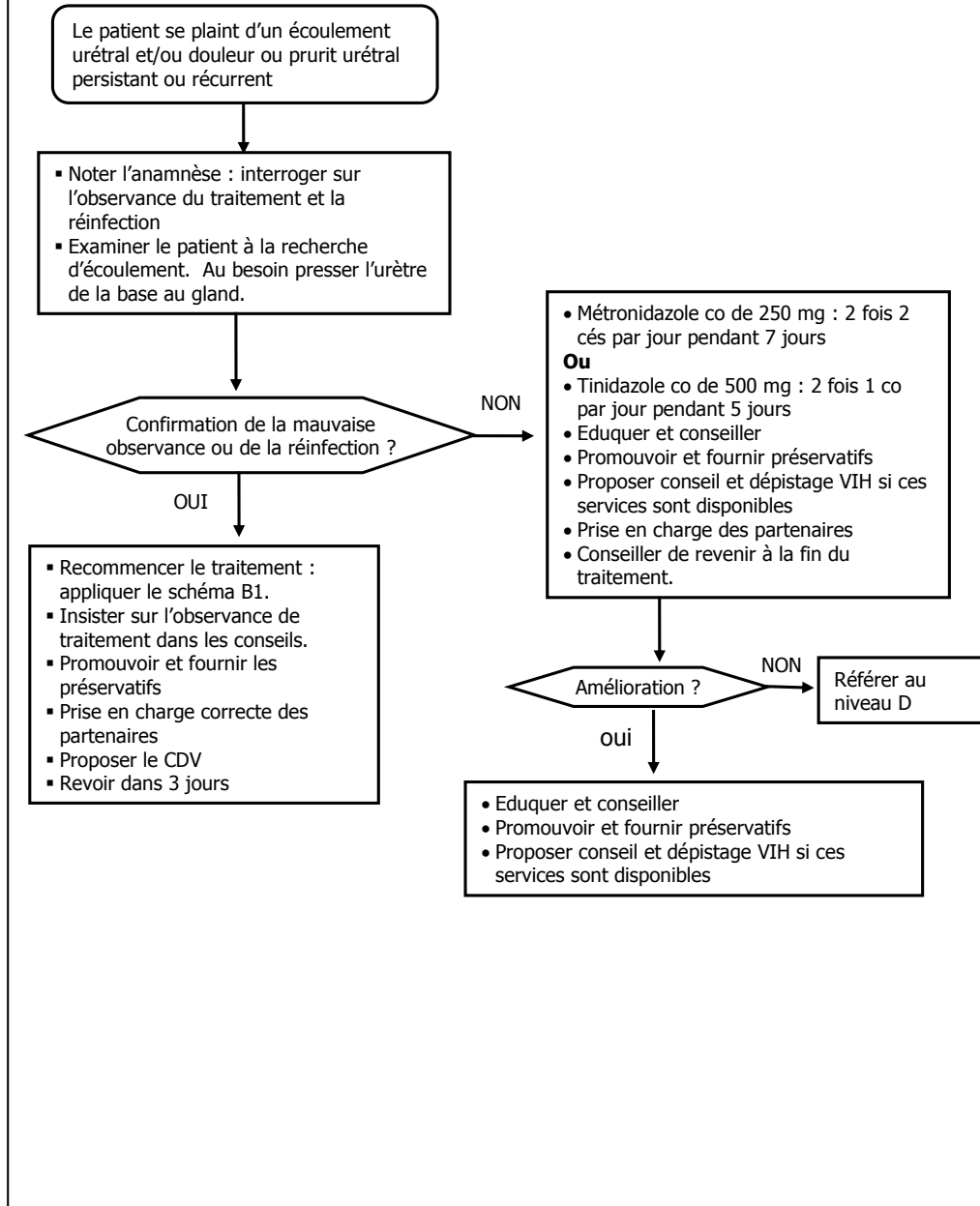
- Métronidazole comprimé de 250 mg, 2 fois 2 comprimés/j x 7 jours

ou

- Tinidazole comprimé de 500 mg, 2 fois 1 comprimé /j x 5 jours



**Schéma C2 : Écoulement urétral et/ou douleur ou prurit urétral persistant/récurrent chez l'homme.**



### VI.3. **Écoulement vaginal**

En présence d'un écoulement vaginal, il faut penser à une infection vaginale ou une infection cervicale.

#### 1. Infection vaginale

Agents étiologiques les plus courants : *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans* et germes anaérobies dont le *Gardnerella vaginalis*.

Pendant la grossesse, le *T. vaginalis* et les germes anaérobies sont responsables des issues défavorables de la grossesse :

- rupture prématurée de la membrane
- naissance prématurée
- un petit poids à la naissance.

#### ➤ En cas de *Trichomonas vaginalis* :

Clinique : écoulement vaginal nauséabond, démangeaison de la vulve.

C'est une infection sexuellement transmissible qui nécessite la prise en charge des partenaires sexuels.

Laboratoire : Faire le frottis vaginal à frais pour mettre en évidence le *T. vaginalis* mobiles.

#### ➤ En cas de vaginose bactérienne, il y a remplacement de *Lactobacillus* sp. qui produit du peroxyde d'hydrogène (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) et fait partie de la flore vaginale normale par des fortes concentrations de bactéries anaérobies telles que *G. vaginalis* et *Mycoplasma hominis*.

La vaginose bactérienne n'est pas une infection sexuellement transmissible. Elle est une infection endogène des voies génitales.

Laboratoire : doser le pH qui sera >4,5 et faire le test à la potasse qui sera positif

Dans le traitement, il faut inclure la réduction et l'élimination des facteurs prédisposant tels que préparations vaginales antiseptiques/antibiotiques et douches vaginales.

#### ➤ En cas de candidose vulvo-vaginale :

Clinique : démangeaison de la vulve, sensibilité et écoulement vaginal qui n'est pas nauséabond mais peut être épais sous forme de lait caillé avec une inflammation de la vulve ou des lésions de grattage et un œdème de la vulve.

L'infection peut être asymptomatique dans 20% de cas.

Laboratoire : le frottis à frais met en évidence des bourgeonnements des levures

La candidose vulvo-vaginale n'est en générale pas une infection contractée au cours des rapports sexuels. Le traitement du partenaire n'est pas recommandé; mais il peut être envisagé quand la femme a des infections récidivantes..

### Traitement recommandé pour l'infection vaginale

Options thérapeutiques pour les infections à	Options thérapeutiques pour la vaginose bactérienne	Options thérapeutiques pour les infections à
--	---	--

<b>Trichomonas vaginalis</b>		<b>Candida</b>
Métronidazole, 2 g per os, en dose unique ou Tinidazole, 2 g per os, en dose unique	Métronidazole, cés de 250 mg : 2 x 2 comprimés par jour, pendant 7 jours <b>Ou</b> 2 g par voie orale, en dose unique	Clotrimazole, 500 mg par voie intravaginale, en dose unique <b>Ou</b> Miconazole, ou Clotrimazole 200 mg par voie intravaginale, tous les jours pendant 3 jours <b>Ou</b> Fluconazole, 150 mg par voie orale, en dose unique.
<b>Si persistance</b>	<b>Autres possibilités</b>	<b>Autres possibilités</b>
Métronidazole, 500 mg per os, 2 fois par jour, pendant 7 jours ou Tinidazole, 500 mg per os, 2 fois par jour pendant 5 jours.	Clindamycine, 300 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours <b>Ou</b> Métronidazole, Gel à 0,75 %, 5 g 2 fois par jour par voie intravaginale, pendant 5 jours <b>Ou</b> Clindamycine, crème vaginale à 2 %, 1 application intra vaginale au coucher pendant 7 jours	Nystatine, 1 cés de 100000 UI par voie intravaginale, tous les jours pendant 14 jours.
	Eliminer les facteurs prédisposants : préparations vaginales antiseptiques/antibiotique et douches vaginales.	

Remarque

- La consommation d'alcool est déconseillée pendant le traitement par le métronidazole.
- Le Métronidazole n'est pas recommandé pendant le premier trimestre de la grossesse. S'il y a obligation, réduire alors la posologie pour réduire les risques d'éventuels effets secondaires.

### Traitement recommandé pour l'infection cervicale (cervicite)

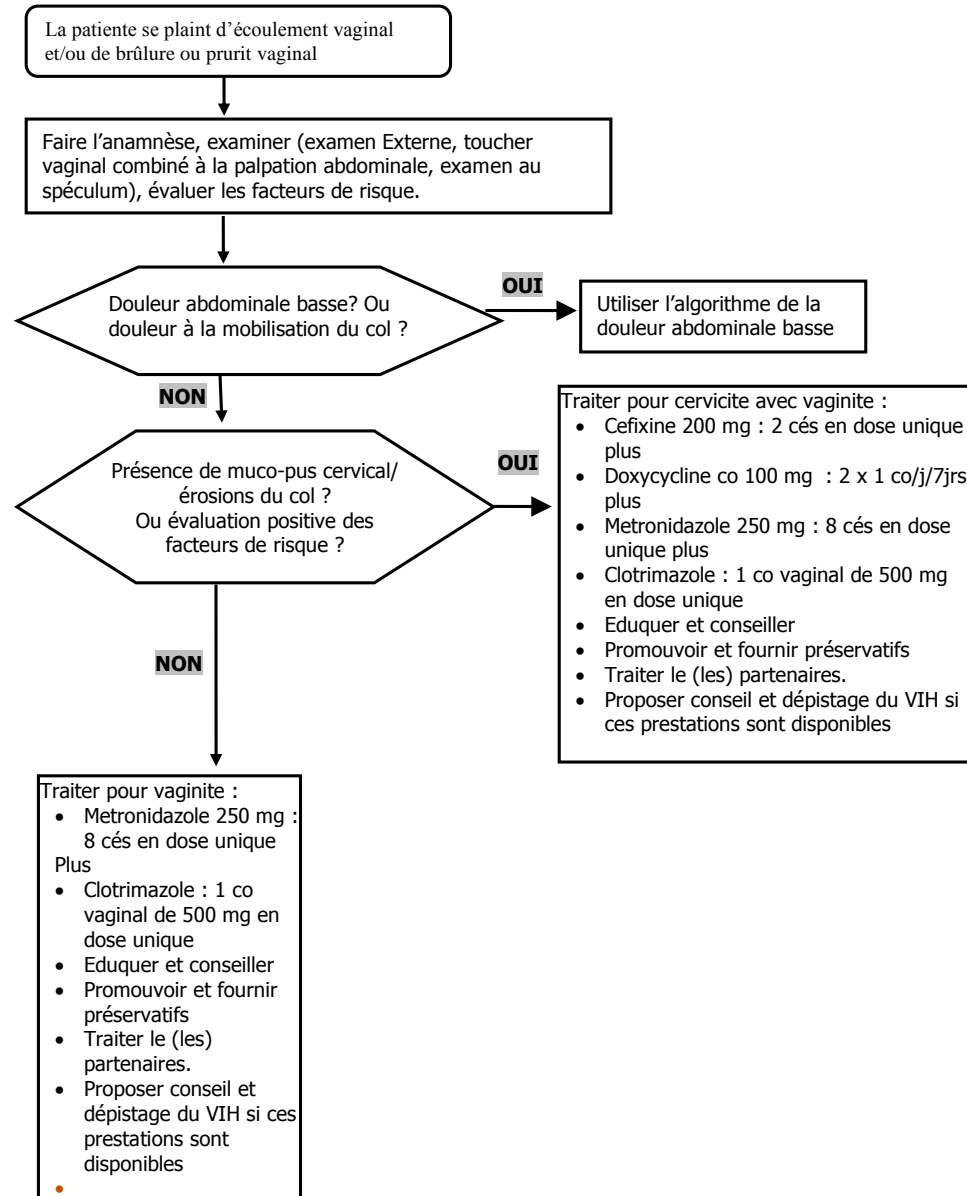
La cervicite est habituellement causée par le *Neisseria gonorrhoeae* et le *Chlamydia trachomatis*.

L'examen portera sur :

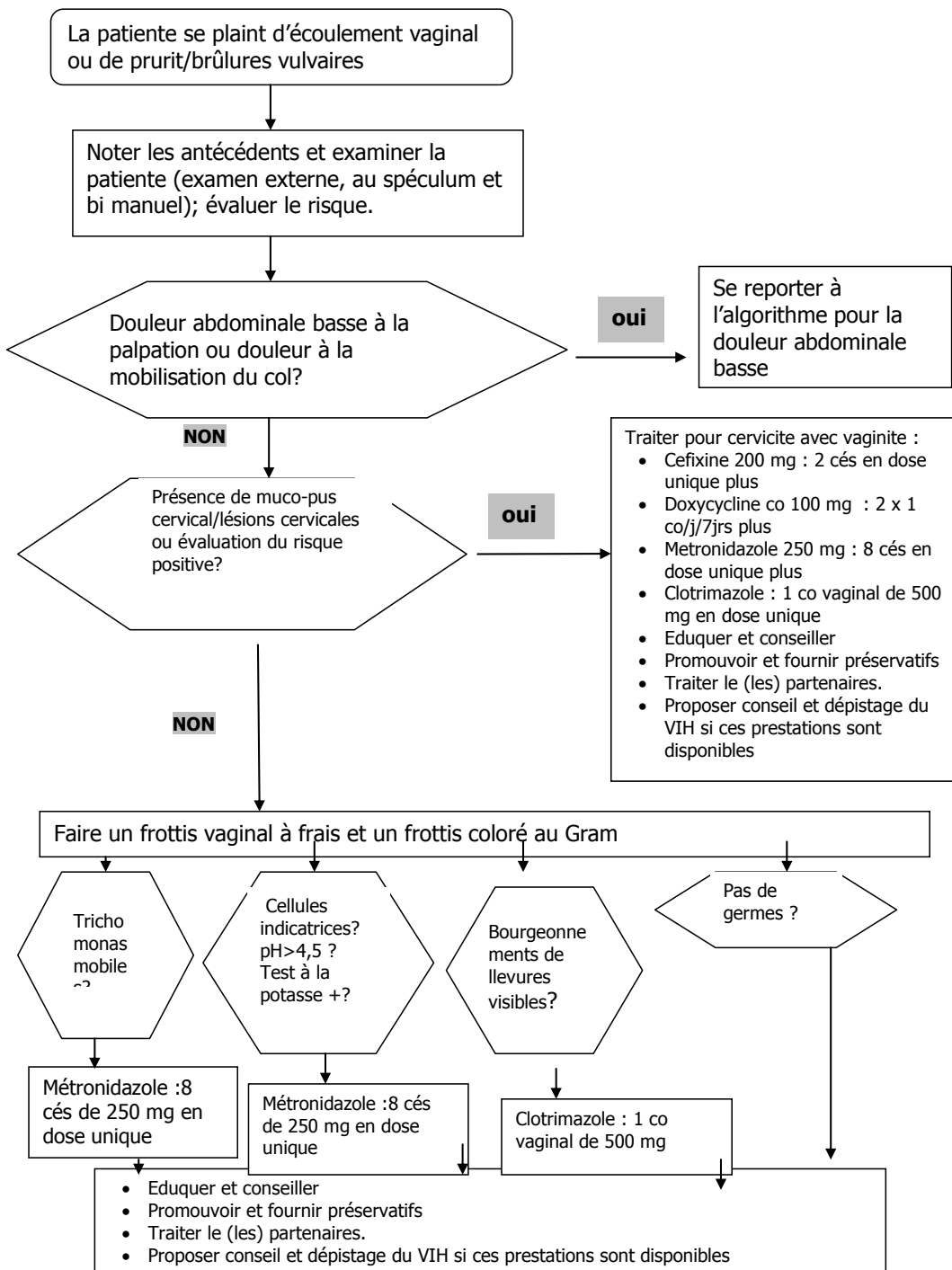
- la palpation bi manuelle (le toucher vaginal combiné au palper hypogastrique) pour mettre en évidence la douleur à la mobilisation du col;
- l'inspection au spéculum met en évidence une inflammation du col.
- La coloration de Gram du frottis vaginal prélevé au niveau du col pour mettre en évidence les germes responsables.

<b>Options thérapeutiques pour le traitement de la gonococcie</b>	<b>Options thérapeutiques pour le traitement des chlamydioses</b>
Céfixime Spectinomycine Ceftriaxone Ciprofloxacine	Doxycycline Azithromycine
<b>Autres possibilités</b>	<b>Autres possibilités</b>
	Amoxicilline Erythromycine (si la cycline est contre-indiquée) Ofloxacine Tétracycline

**Schéma C3 : Écoulement vaginal : examen au spéculum et examen bi manuel avec ou sans microscope**



**Schéma C4 : Écoulement vaginal : examen au spéculum, examen bi manuel et examen au microscope**



#### VI.4 Ulcérations génitales

Les causes d'ulcérations génitales sont :

- Chancres mou (dû à *Haemophilus ducreyi*)
- Syphilis (dû à *Treponema pallidum*)
- Herpès (dû au virus herpès simplex type 2)
- Gâle (due à *Sarcoptes scabiei hominis*)
- Lymphogranulomatose vénérienne (due à *Chlamidia trichomatis* sérotypes L1, L2 et L4)
- Le granulome inguinal (due à *Klebsiella granulomatis*.)

La recherche de la syphilis doit être systématique soit par un examen direct au microscope à fond noir, soit par un examen sérologique à partir du 10<sup>e</sup> jour de l'apparition du chancre.

Les manifestations cliniques peuvent être modifiées et devenir atypiques en cas d'infection à VIH concomitante. De plus, on observe une augmentation de la fréquence des échecs au traitement en dose unique.

En cas d'atteinte concomitante avec le VIH, examiner le LCR.

La présence des vésicules est due à l'infection par le virus de l'herpès (HSV2).

#### Traitements recommandés

Options thérapeutiques pour le traitement				
de la syphilis	du chancre mou	du granulome inguinal	du LGV	de l'herpès génital
Benzathine Benzylpénicilline	Ciprofloxacine Érythromycine Azithromycine	Azithromycine Doxycycline	Doxycycline Érythromycine	Aciclovir Valaciclovir Famciclovir
Autres possibilités				
Procaïne benzylpénicilline	Ceftriaxone	Érythromycine Tétracycline Triméthoprim/sulf améthoxazole	Tétracycline	
En cas d'Allergie à la pénicilline et pas de grossesse				
Doxycycline Tétracycline				

#### Options thérapeutiques pour le traitement de la Gale

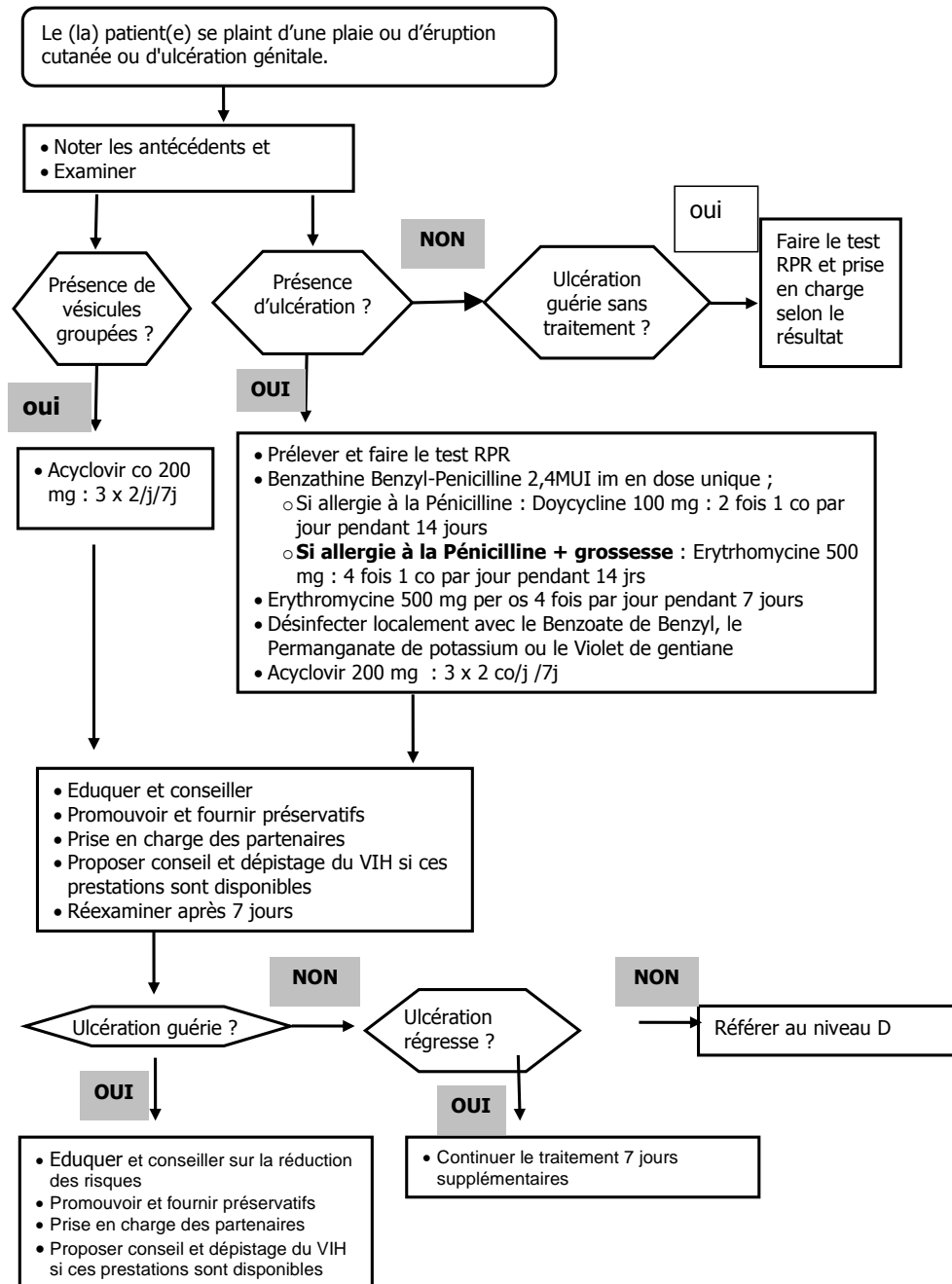
- Lindane, en lotion ou en crème à 1 %, appliqué en couche fine sur toutes les parties du corps, du cou jusqu'aux pieds ; lavage 8 heures plus tard
- Ou
- Permethrine, crème à 5 %
- Ou
- benzoate de benzyle, en lotion à 25 %, appliqué sur la totalité du corps, du cou jusqu'aux pieds, toute la nuit, pendant 2 nuits ; le patient peut prendre un bain avant la réapplication du traitement et doit prendre un bain 24 heures après la dernière application
- ou
- Crotamiton, lotion à 10 %, appliqué sur la totalité du corps, du cou jusqu'aux pieds, toute la nuit, pendant 2 nuits, suivi d'un lavage 24 heures après la deuxième application
- ou

- soufre, à 6 % dans la vaseline, appliqué sur la totalité du corps, du cou jusqu'aux pieds, au coucher, 3 nuits de suite

<b>Prise en charge des ulcérations génitales</b>	<b>Prise en charge de l'herpès</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traiter la syphilis, le chancre mou, le granulome inguinal</li> <li>• Aspirer les ganglions mobiles (éviter l'incision)</li> <li>• Information et conseil sur la réduction des risques</li> <li>• Proposer un test sérologique de dépistage de la syphilis et du VIH si le test et le conseil appropriés sont disponibles</li> <li>• Réexaminer le patient après 7 jours</li> <li>• promouvoir et fournir les préservatifs</li> <li>• traiter les partenaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseiller le patient sur les soins de base de la lésion (la maintenir propre et sèche)</li> <li>• Fournir ou prescrire un traitement antiviral spécifique à l'herpès suivant le protocole local</li> <li>• Eduquer et conseiller sur l'observance du traitement, la réduction des risques et l'histoire naturelle de l'infection au HSV</li> <li>• Proposer un test sérologique de dépistage de la syphilis et du VIH si le test et le conseil appropriés sont disponibles</li> <li>• promouvoir et fournir les préservatifs</li> <li>• Conseiller de revenir après 7 jours si la lésion n'est pas complètement guérie, ou plus tôt en cas de détérioration clinique ; traiter alors les autres causes possibles d'ulcérations génitales conformément aux recommandations</li> <li>• Traiter les partenaires.</li> </ul>



**Schéma C 5 : Ulcération génitale**



### **VI.5 Bubon inguinal et fémoral**

Les bubons inguinaux et fémoraux sont des hypertrophies des ganglions lymphatiques situés dans la région de l'aîne. Ils sont douloureux, peuvent être mobiles et sont généralement associés à une ulcération génitale.

Des infections locales ou générales qui ne sont pas sexuellement transmissibles du genre infections du membre inférieur ou lymphadénopathie tuberculeuse peuvent aussi être à l'origine du bubon inguinal,

#### **Traitements syndromiques recommandés**

- Doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 14 jours

**Ou**

- Erythromycine, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 14 jours.

**Plus**

- Ciprofloxacine, 500 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 3 jours

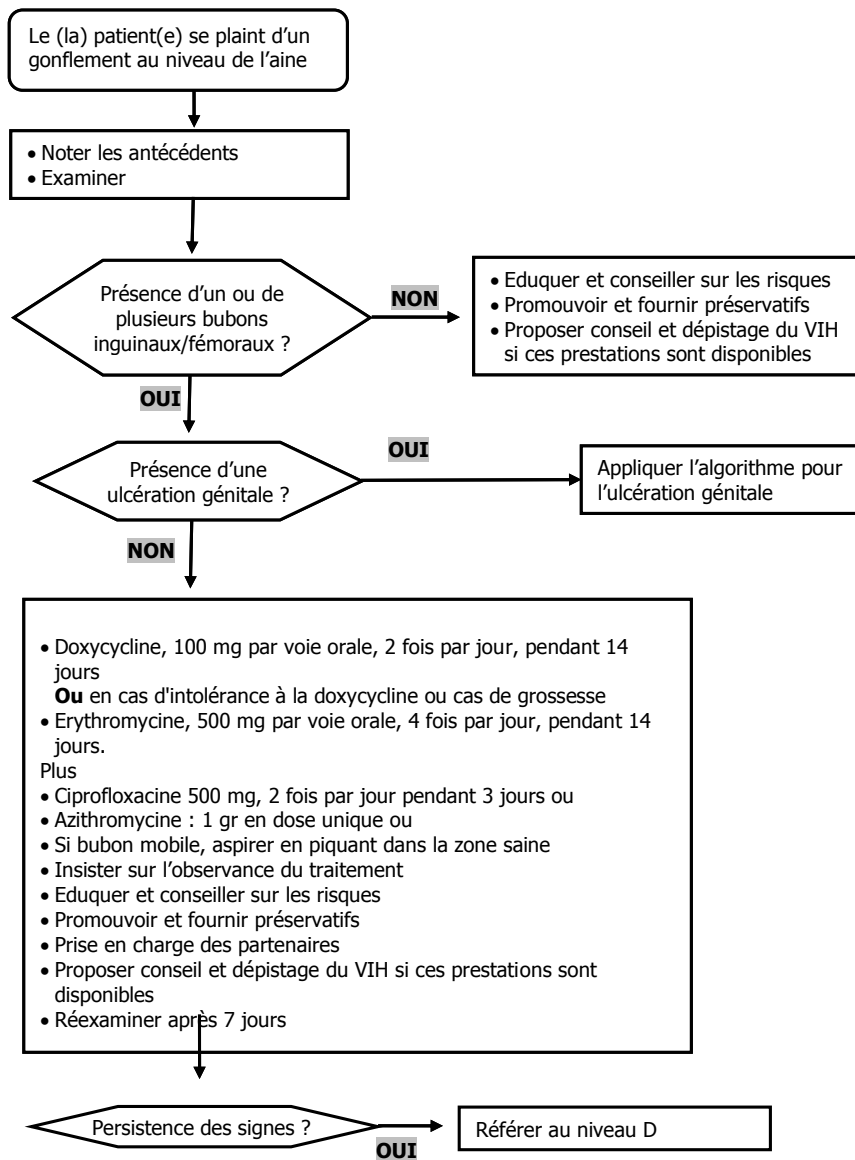
**Ou**

- Azithromycine gélat 250 mg : 4 gélat en dose unique.

#### **Remarques :**

- Aspirer les ganglions en piquant l'aiguille dans une zone saine.
- L'incision, le drainage ou l'excision des ganglions sont contre-indiquées car elles retardent la cicatrisation.

### Schéma C6 : Bubon inguinal et fémoral



## **VI.6 Douleurs testiculaires et/ou tuméfaction du scrotum**

L'inflammation de l'épididyme (épididymite) se manifeste habituellement par une tuméfaction et une douleur testiculaires unilatérales à début brutal, accompagnées fréquemment de douleur à la palpation de l'épididyme et des canaux déférents, et parfois d'un érythème et d'un oedème de la peau sus-jacente. Les micro-organismes étiologiques sont les mêmes que pour l'écoulement urétral, mais quelquefois, certains bacilles gram négatif de la famille des entérobactéries et *Pseudomonas aeruginosa* sont en cause.

Il faut exclure une urgence chirurgicale due à un traumatisme, une tumeur, une torsion testiculaire ou une hernie.

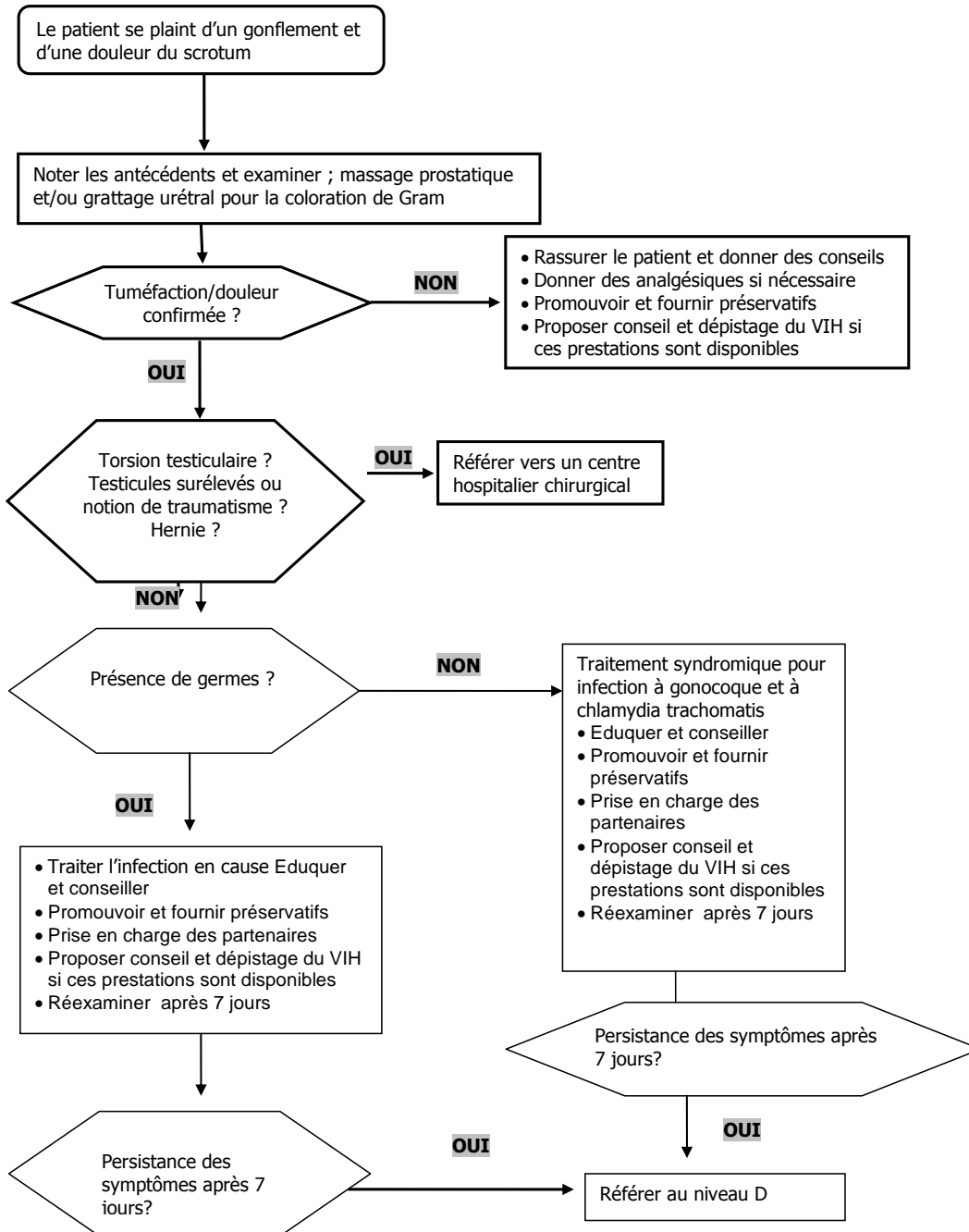
Lorsque l'épididymite s'accompagne d'écoulement urétral, elle sera présumée d'étiologie sexuellement transmissible, généralement d'origine gonococcique et/ou chlamydiale. Le testicule adjacent est souvent généralement enflammé (orchite), donnant lieu à une orchio-épididymite.

L'épididymite associée aux IST peut conduire à l'infécondité.

### **Traitements recommandés :**

<b>Options thérapeutiques pour le traitement de la gonococcie</b>	<b>Options thérapeutiques pour le traitement de chlamydioses</b>
Céfixime Spectinomycine Ceftriaxone Ciprofloxacine	Doxycycline Azithromycine
<b>Autres possibilités</b>	
	Amoxicilline Érythromycine (si la tétracycline est contre indiquée) Tétracycline Ofloxacine

### Schéma C7 : Douleurs testiculaires et/ou tuméfaction scrotale



### **VI.7 Douleur abdominale basse chez la femme**

La douleur abdominale basse chez toute femme sexuellement active doit faire penser à une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) caractérisée par une salpingite et/ou une endométrite. A l'examen bi manuel (toucher vaginal combiné au palper abdominal), on note une sensibilité à la mobilisation du col et/ou des annexes avec ou sans écoulement et saignement vaginal.

Les symptômes évocateurs de la MIP sont notamment : douleur abdominale, dyspareunie, écoulement vaginal, ménométrorragie, dysurie, fièvre, et parfois nausées et vomissements.

Les principaux agents pathogènes responsables sont le *Neisseria gonorrhoeae* et le *Chlamydia trachomatis*. On trouve également *Mycoplasma hominis* ainsi que d'autres germes anaérobies et certains grams négatifs. Dans la mesure où le diagnostic microbiologique précis est difficile, le protocole thérapeutique doit être efficace contre de ces agents pathogènes.

Traitements recommandés pour la patiente hospitalisée.

Protocole a) :

Ceftriaxone : 250 mg en IM par jour

Plus

Doxycycline : 100 mg par voie orale ou en injection intraveineuse, 2 fois par jour

Plus

Métronidazole : 500 mg par voie orale ou en perfusion, 2 fois par jour

Protocole b) :

Spectinomycine : 1 gr en IM 4 fois par jour

Ou

Ciprofloxacine : 500 mg, 2 fois par jour par voie orale ou en perfusion

Plus

Doxycycline : 100 mg, 2 fois par jour par voie orale ou en injection intraveineuse.

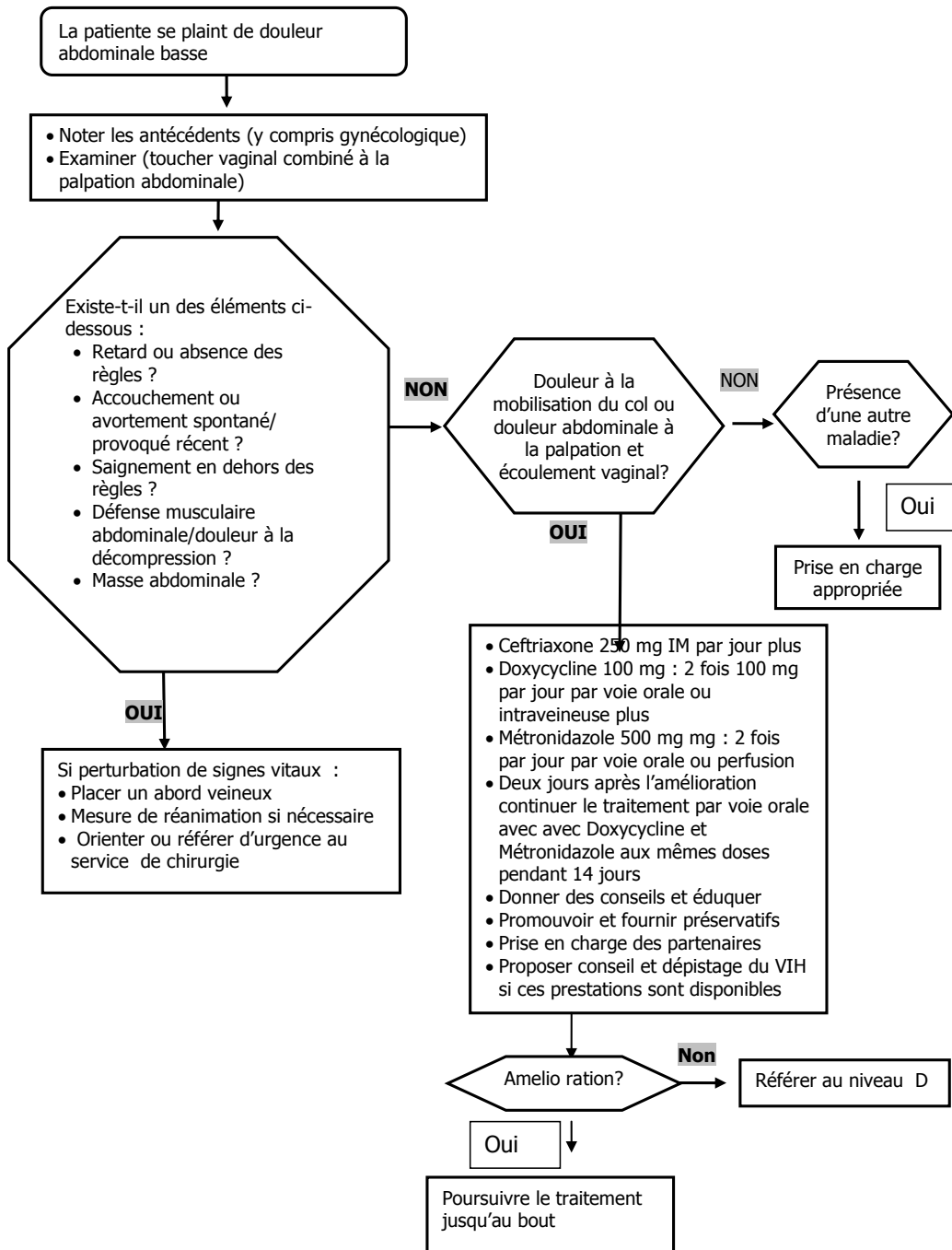
Plus

Métronidazole : 500 mg, 2 fois par jour par voie orale ou en perfusion.

Remarques :

- le traitement avec les médicaments injectables sera poursuivi au moins pendant 2 jours après l'amélioration; il sera suivi par l'administration de Doxycycline 2 fois 100 mg par voie orale par jour pendant 14 jours et de Métronidazole 2 fois 500 mg par voie orale par jour pendant 14 jours
- La consommation d'alcool est déconseillée pendant le traitement par le métronidazole
- Les cyclines sont déconseillées pendant la grossesse
- Si présence du stérilet dans l'utérus, son retrait n'est pas obligatoire

## Schéma CB : Douleur abdominale basse chez la femme



## **VI.8 Végétations ano-génitales ou condylomes**

Les condylomes sont des plaques muqueuses papuleuses soit des excroissances sous forme de crêtes de coq au niveau de la sphère ano-génitale.

Agent étiologique : le virus du papillome humain (HPV) qui est sexuellement transmissible.

L'excision de la lésion ne signifie pas la guérison de l'infection. Aucun traitement n'est complètement satisfaisant.

Certains types d'HPV peuvent donner naissance à un cancer invasif du col. Il est recommandé de pratiquer un examen du col chez toutes les femmes ayant une IST et d'effectuer des frottis cervicaux réguliers dans cette population en vue du cytodagnostic de Papanicolaou.

### **1. Condylome acuminé :**

Les condylomes acuminés sont indolores, mais risquent de provoquer une occlusion génitale.

#### **Protocoles thérapeutiques recommandés**

##### **A. Méthodes chimiques**

###### **Application par le patient**

- Podophyllotoxine, en solution ou gel à 0,5 %, 2 fois par jour, pendant 3 jours ; arrêter le traitement pendant 4 jours ; répéter le cycle jusqu'à 4 fois. (Le volume total de Podophyllotoxine ne doit pas dépasser 0,5 ml par jour). La solution peut être appliquée avec un écouvillon de coton et le gel peut être appliqué au doigt.

**OU**

- Imiquimod, en crème à 5 %, appliquée au doigt au moment du coucher ; la laisser en contact une nuit, 3 fois par semaine, pendant 16 semaines. La zone traitée doit être lavée à l'eau et au savon 6-10 heures après l'application, de même pour les mains après l'application.

**Remarque :** La sécurité de la podophyllotoxine et de l'imiquimod pendant la grossesse n'a pas été démontrée.

###### **Application par le soignant**

- Podophylline, 10-25 %, dans la teinture de benjoin, appliquée soigneusement sur les condylomes, en évitant les tissus normaux. Les condylomes génitaux et périanaux externes seront lavés soigneusement 14 heures après l'application de podophylline. On laissera sécher la podophylline appliquée sur les condylomes des surfaces épithéliales vaginale ou anale avant de retirer le spéculum ou l'anuscopie. Le traitement sera répété toutes les semaines

###### **Recommandations :**

- utiliser la podophyllotoxine à 0,5 % si elle est disponible. Elle est moins toxique et semble provoquer moins d'érosions.
- Il est déconseillé d'utiliser la podophylline pour traiter les condylomes anaux. La podophylline ne sera pas utilisée en grande quantité, car elle est toxique et facilement absorbée ; elle est contre-indiquée pendant la grossesse et l'allaitement

**OU**



- Acide trichloracétique (80-90 %), appliqué soigneusement sur les condylomes en évitant les tissus normaux, puis talcage de la zone traitée avec du talc ou du bicarbonate de sodium pour éliminer l'acide qui n'a pas réagi. Répéter l'application toutes les semaines.

#### **B. Méthodes physiques**

- Cryothérapie par l'azote liquide, la neige carbonique ou avec une cryosonde. Applications répétées toutes les 1-2 semaines

**OU**

- Electrocautérisation

**OU**

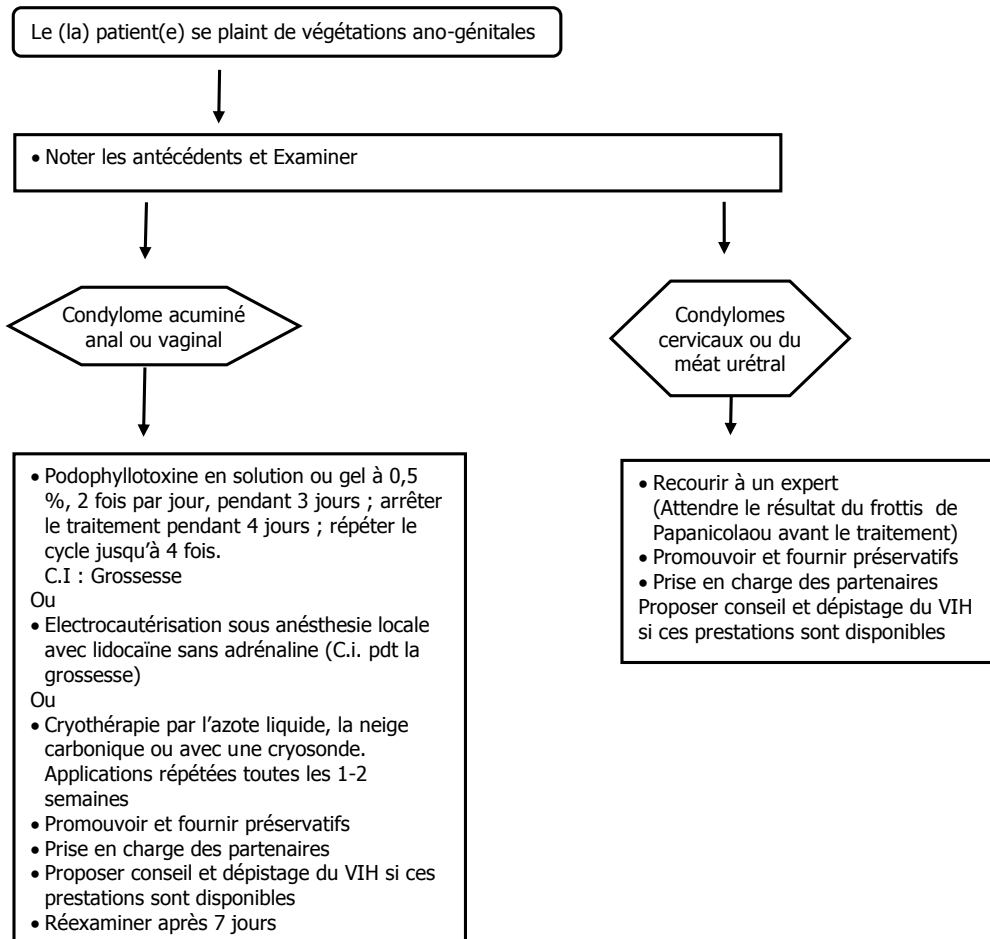
- Exérèse chirurgicale.

#### **Recommandations pour le traitement des condylomes cervicaux et du méat urétral**

:

- la prise en charge devra faire appel à un expert
- Attendre le résultat du frottis de Papanicolaou avant le traitement
- Pas d'application d'acide trichloracétique ni de podophylline.

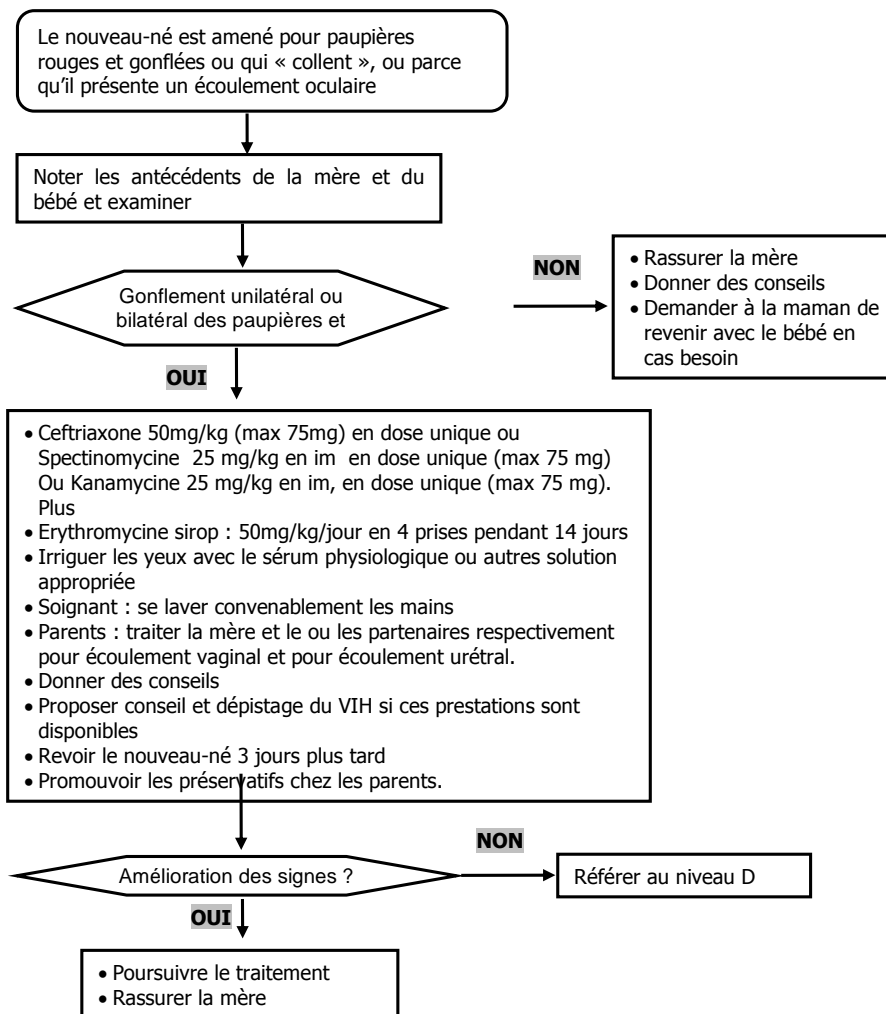
### Schéma C 9 : Végétations Ano- Génitales Ou Condylome



### VI.9 Conjonctivite du nouveau-né

Les principaux micro-organismes responsables sont le *Neisseria gonorrhoeae* et le *Chlamydia trachomatis*. D'autres germes comme le *Staphylococcus aureus*, le *Streptococcus pneumoniae*, l'*Haemophilus ducreyi* sont aussi généralement en cause.

#### Schéma C 10 : Conjonctivite du nouveau-né



### **VI.10 Prurit pubien ou phtiriase du pubis**

C'est une infestation du pou, *Phthirus pubis*, qui se propage lors de rapports sexuels et se manifeste par de prurit au niveau du pubis.

#### **Protocoles thérapeutiques recommandés**

- Lindane, en lotion ou en crème à 1 %: appliquer délicatement mais soigneusement sur toutes les zones infestées et les zones pileuses voisines ; lavage 8 heures plus tard ; on peut aussi utiliser le lindane à 1 % sous forme de shampooing, appliqué pendant 4 minutes et rincé soigneusement.

#### **OU**

- Pyréthrinés et butoxyde de pipéronyle : appliquer sur les zones infestées et les zones pileuses voisines et rincer 10 minutes plus tard ; le re-traitement est indiqué 7 jours plus tard si l'on observe des poux ou des oeufs à la base des poils. Tous les vêtements et les draps doivent être lavés et séchés.

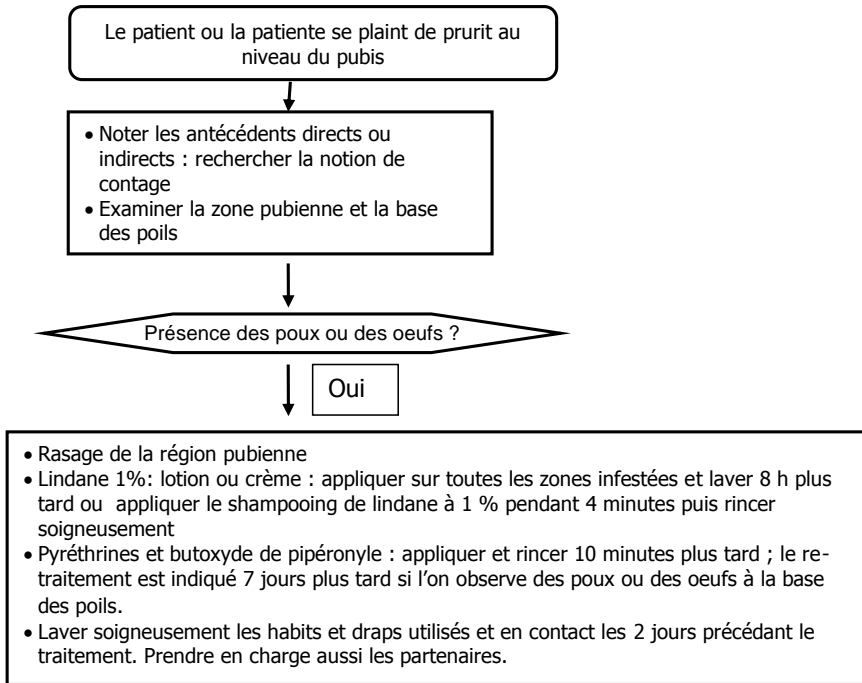
#### **OU**

- Perméthrine à 1 %, comme ci-dessus.

#### **Remarque**

Le lindane n'est pas recommandé chez la femme enceinte ou allaitante. Commencer par le rasage de la région pubienne. La pédiculose des cils sera traitée par application d'une pommade ophtalmique occlusive sur le bord des paupières, tous les jours pendant 10 jours, pour étouffer les poux et les lentes. La pommade ne doit pas être appliquée sur les yeux.

### Schéma C 11 : Prurit pubien



## VII. ANNEXES

### VII.1. VI.1. LISTE DES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS UTILISES CONTRE LES IST

Aciclovir 200 mg  
Aciclovir 800 mg  
Acide trichloracétique 80-90 %  
Amoxicilline 500 mg  
Azithromycine 250 mg  
Benzathine penicilline 2,4 MUI  
Benzoate de benzyle, en lotion à 25 %  
Céfixime 200 mg  
Ceftriaxone 1g  
Ciprofloxacine 500 mg  
Clotrimazol co vaginal de 200 mg  
Clotrimazol co vaginal de 500 mg  
Cotrimoxazole 480 mg  
Crotamiton, lotion à 10 %  
Doxycycline 100 mg  
Erythromycine 500 mg  
Erythromycine sirop 125 mg  
Famciclovir  
Fluconazole, 150 mg par voie orale, en dose unique.  
Imiquimod, en crème à 5 %  
Kanamycine fl 1g  
Lindane, en lotion ou en crème à 1 %  
Métronidazole 500 mg  
Miconazol crème à 2 %  
Miconazol co vaginal à 200 mg  
Ofloxacine 200 mg  
Permethrine, crème à 5 %  
Podophylline  
Podophyllotoxine, en solution ou gel à 0,5 %  
Procaine benzylpenicilline  
Spectinomycine 1 g  
Tétracycline 250 mg  
Tinidazole  
Valaciclovir

## VII.2. INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, OMS 2001
- Modules de formation en MST / SIDA : jeu de modules pour le personnel du Centre de Santé de l'Hôpital Général de Référence et le médecin chef de zone, BCC/ SIDA, Kinshasa, 1995
- Guide pratique de prise en charge des infections sexuellement transmissibles selon l'approche syndromique, Kinshasa 2001
- Sexually transmitted diseases treatment guidelines, CDC 2002
- Prise en charge des MST : Module de formation, Projet SIDA, Kinshasa, 1995
- Manuel de Centre de Santé SPTK, 1990
- Guide pratique destiné au corps médical, Nyst, J. Perriens, I. Lebughe, 1990
- Guide national de traitement des MSF, PNLIS/ Côte d'Ivoire, 1996
- Guide de traitement des MST, D. Djeha, Pfizer, Côte d'Ivoire, 1996
- Prévention de l'infection à VIH, OMS, 1994
- Policies and principles for prevention and care of STD'S, WHO/ GPA, 1994
- Control of Sexually Transmitted Diseases", Handbook for the design and Management of Programs, G. Dalabetta, M. Laga, P. Lamptey, AIDSCAP, 1997
- Cours International consacré à la gestion et planification des programmes de lutte contre les MST/ SIDA dans les pays en développement, Dakar 1996

Pour plus d'informations, contacter :  
Programme National de lutte contre le SIDA & IST ( PNLIS )  
Croisement des av. Huileries et Tombalbaye  
Commune de la Gombe – Kinshasa/RDC  
dirpnls@ic.cd