

République du Burundi



Ministère de la Santé Publique  
et de la Lutte contre le Sida



Programme National de Lutte  
contre le Sida et les Infections  
Sexuellement Transmissibles

**GUIDE DE PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE  
DES INFECTIONS SEXUELLEMENT  
TRANSMISSIBLES AU BURUNDI**

*Mars 2019*

## **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 le Burundi 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'au Burundi, 90 % des cas d'infection à VIH sont contractés à travers les rapports sexuels non protégés 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.*

*Ce guide, qui est une mise à jour par rapport à l'ancien guide de 2014 et qui tient compte de nouvelles recommandations de 2016 et de nouveaux algorithmes de l'OMS, permet de mettre à la disposition de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des IST un **outil de travail actualisé.***

Les efforts du ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida, à travers son Programme Nationale de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles ainsi que nos partenaires techniques et financiers, devront être soutenus pour le suivi et la mise en œuvre dans le strict respect des algorithmes de ce guide, qui constitue un des moyens pour garantir l'efficacité de la lutte.

A travers ce document actualisé, nous voulons exprimer notre profonde gratitude envers l'OMS, qui a financé sa mise à jour.

Nous restons convaincus que l'application des protocoles et des algorithmes de ce guide à différents niveaux, contribuera à coup sûr non seulement à minimiser les complications ou séquelles des IST mais aussi à la réduction de la propagation des IST et donc, de l'infection à VIH/SIDA.

**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**

**Dr Thaddée NDIKUMANA**

## LISTE DES MEMBRES DU COMITE DE MISE A JOUR

1. Dr NDAYISENGA Diomède, DPPS
2. Dr KWIZERA Evariste, SEP/CNLS
3. Dr RURIHOSE MARIE Noëlla, PNLS/IST
4. Dr NKUNZIMANA Félicité, PNLS/IST
5. Mr NSHIMIRIMANA Raphaël, PNLS/IST
6. DR NDAYISHIMIYE David, PNLS/IST
7. Dr NDAYISENGA Jacqueline, PNLS/IST
8. Dr NDAYIZEYE Aimé, PNLS/IST
9. Mr BUNEKO Diomède, DODS
10. Mme NSHIMIRIMANA, Caritas, PNSR
11. Dr BUSOGORO François, OMS
12. Dr NDIHOKUBWAYO Hilaire, FHI360 (IHPB)
13. Dr BARUTWANAYO Antoine, FHI360 (PMTCT activity)

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Agents pathogènes sexuellement transmissibles .....	7
Tableau II : Estimation des cas annuels d'IST guérissables dans le monde comparée en 1999 et 2012 .....	8
Tableau III : Evolution du nombre des cas d'IST notifiés aux CDS de 2009 à 2016 (Source : annuaires statistiques) .....	8
Tableau IV : Causes et complications liés aux IST .....	12
Tableau V : Comparaison des avantages et inconvénients de chaque méthode.....	19
Tableau VI : Principaux syndromes d'IST, symptômes, signes et causes les plus fréquentes .....	20
Tableau VII : Traitement syndromique d'un écoulement urétral.....	26
Tableau VIII : Traitement syndromique .....	28
Tableau IX : Traitement syndromique .....	31
Tableau X : Traitement syndromique .....	34
Tableau XI : Traitement syndromique .....	35
Tableau XII : Traitement syndromique .....	37
Tableau XIII : Traitement syndromique .....	39
Tableau XIV : <i>Carte d'orientation</i> .....	51
Tableau XV : Traitement du partenaire selon le syndrome du patient de référence .....	52
Tableau XVI : FICHE DE POINTAGE.....	55
Tableau XVII : Nombre de cartes d'orientation émises .....	56

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Appareil génital féminin .....	6
Figure 2 : L'appareil génital de l'homme : .....	6
Figure 3: Nombre des cas d'IST notifiées dans les CDS de 2009 à 2016.....	9
Figure 4 : ALGORITHMME 1 : CAT devant un écoulement urétral et/ou d'une dysurie .....	25
Figure 5 : ALGORITHMME 2 : CAT devant une ulcération génitale .....	27
Figure 6 : ALGORITHMME 3 : CAT devant un écoulement vaginal ou prurit vulvaire .....	30
Figure 7 : ALGORITHMME 4 : CAT devant une douleur abdominale basse.....	33
Figure 8 : ALGORITHMME 5 : CAT devant une tuméfaction inguinale.....	35
Figure 9 : ALGORITHMME 6 : CAT devant une tuméfaction du scrotum .....	36
Figure 10 : ALGORITHMME 7 : CAT devant un écoulement oculaire chez un nouveau-né .....	38
Figure 11 : Végétations ano génitales ou condylomes acuminés .....	39
Figure 12 : ALGORITHMME 8 : CAT devant des végétations ano génitales ou condylomes acuminés ....	41

## TABLES DES MATIERES

PREFACE .....	i
LISTE DES MEMBRES DU COMITE DE MISE A JOUR .....	ii
LISTE DES TABLEAUX .....	iii
LISTE DES FIGURES .....	iii
TABLES DES MATIERES .....	iv
SIGLES ET ABREVIATIONS .....	vi
INTRODUCTION .....	1
CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	3
CHAPITRE 1. GENERALITES .....	6
I.1. Rappel anatomique .....	6
I.2. Définition.....	7
I. 3. L'ampleur des IST .....	7
I.4. La transmission des IST .....	9
I.5. Facteurs de risque .....	10
I.6. Groupe particulièrement vulnérables.....	11
I.7. Complications liées aux IST .....	11
❖ Les complications liées aux IST Chez la femme.....	12
❖ Les complications liées aux IST chez l'homme .....	13
❖ Les complications liées aux IST chez un nouveau-né .....	14
I.8. Prévention .....	14
❖ La prévention secondaire .....	15
I.9. Défis liés à la lutte contre les IST.....	16
I.10. Interrelation VIH et autres IST.....	16
CHAPITRE II : METHODE DE DIAGNOSTIC DES IST.....	18
II.1. La méthode clinique .....	18
II.2 La méthode étiologique .....	18
II. 3. Méthode syndromique.....	18
CHAPITRE III. PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES IST .....	20
III.1. Identification des syndromes.....	20
III.2. Utilisation des algorithmes .....	21
Définition.....	21
Principes généraux .....	21

III.3 L'ANAMNESE ET L'EXAMEN.....	22
III.3.1 Anamnèse.....	22
III.3.2 Examen .....	23
III.4 : DIAGNOSTIC SYNDROMIQUE ET TRAITEMENT .....	24
1. Ecoulement urétral.....	24
2. Ulcération génitale .....	26
3. Ecoulement vaginal .....	29
4. Douleurs abdominales basses .....	32
5. Bubon inguinal .....	34
6. Tuméfaction du scrotum .....	36
7. Conjonctivite du nouveau-né .....	37
7. Végétations ano génitales ou condylomes acuminés .....	39
Les Protocoles thérapeutiques recommandés.....	42
III.5 : TRAITEMENT ETIOLOGIQUE .....	43
III.5.1 Syphilis.....	43
III.5.2. Formes particulières de Neisseria gonorrhoea .....	44
III.5.3. Chlamydia génitale et ano rectale .....	46
III.5.4. Herpès Simplex Virus type 2.....	47
CHAPITRE IV. EDUCATION SANITAIRE ET CONSEIL.....	48
IV.1 L'éducation sanitaire et conseil .....	48
IV.2 Conseil en matière d'IST et de VIH.....	49
CHAPITRE V. PRISE EN CHARGE DES PARTENAIRES.....	50
V.1 But .....	50
V.2 Orientation des partenaires .....	50
V.3 .Traitement des partenaires .....	51
V.4 Prophylaxie des IST en cas d'exposition .....	53
Chap. VI. NOTIFICATION DES CAS D'IST .....	54
CONCLUSION .....	56
ANNEXES .....	57
LISTE DES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS UTILISES CONTRE LES IST .....	57
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	58

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

ADN	: Acide Desoxyribonucléique
CAT	: Conduite à Tenir
CI	: Contre-Indication
CMC	: Centre de Médecine Communautaire
CPN	: Consultation prénatale
CPoN	: Consultation post natale
DIP	: Dépistage à l'Initiative du prestataire
DSNIS	: Direction du Système National d'Information Sanitaire
EDSB	: Enquête Démographique de santé du Burundi
HPV	: Human Papilloma Virus
HSV2	: Virus de l'Herpes Simplex type 2
IM	: Intramusculaire
INSP	: Institut National de Santé Publique
IST	: Infection sexuellement transmissible
MSPLS	: Ministère de la santé Publique et de la lutte contre le Sida
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PEV	: Programme élargie de vaccination
PF	: Planning Familial
PNDSII	: Plan National de Développement Sanitaire Deuxième Génération
PNLS/IST	: Programme National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles

PSN	: Plan Stratégique National
RPR	: Rapid Plasma Reagine
SEP/CNLS	: Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA
SIDA	: Syndrome d'Immuno déficience Acquise
SIP	: Syndrome Inflammatoire Pelvien
TARV	: Traitement Anti Rétro Viral
TPHA	: Tréponema Palludum Haemagglutination Assay
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USLS	: Unité Sectorielle de Lutte contre le SIDA
VIH	: Virus de l'Immuno déficience Humaine



## INTRODUCTION

La prise en charge syndromique des IST se fonde sur un grand nombre d'études épidémiologiques à la fois dans les pays industrialisés et dans les pays en voie de développement.

Des études de validation ont comparé le diagnostic syndromique et le diagnostic étiologique pour vérifier la justesse du diagnostic syndromique.

On a découvert que ce dernier était similaire donc juste, avec quelques restrictions en ce qui concerne l'écoulement vaginal.

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

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

- Haute efficacité (au moins 95%)
- Haute qualité /Moindre coût
- Faibles niveaux de toxicité
- Faible probabilité pour que le germe développe une résistance ou probabilité de retards dans la survenue de cette résistance
- Dose unique
- Administration orale
- Pas contre-indiqué chez la femme enceinte ou allaitante

Pour tous les syndromes décrits dans ce guide (à l'exception des vaginites), le (la) ou les partenaires sexuels du (de la) patient(e) « de référence /initial » doivent être aussi examinés à la recherche d'une IST et rapidement pris en charge *pour le ou les mêmes syndromes* selon les mêmes modalités que le patient « de référence /initial ».

Pour que la prise en charge syndromique des IST soit un succès, il faut que tout prestataire à tous les niveaux utilise ce guide dans le strict respect des patients et sans porter de jugement. Sa simplicité n'empêche pas aux médecins de s'en servir.

*L'examen général doit avoir lieu dans un environnement approprié où l'intimité peut être assurée et la confidentialité garantie.*

Le kit de matériel ci-après détaillé doit être disponible dans les formations sanitaires.

- Une table d'examen
- Des gants
- Des spéculums
- Stérilisateurs
- Des médicaments contre les IST
- Des préservatifs -
- Des outils pour les démonstrations
- - Des outils de gestion (fiches de consultation, registres, formulaires de rapport, fiches de stock) etc.

## CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Les infections sexuellement transmissibles (IST) curables et incurables qui augmentent mutuellement leur progression, forment une association syndromique occasionnant une morbi-mortalité redoutable en matière de santé publique.

En 2012, l'OMS estime à 357 millions le nombre de personnes contractant quatre types d'infections sexuellement transmissibles curables chaque année parmi les 15-49 ans :

- Chlamydia trachomatis (131 millions),
- Neisseria gonorrhoeae (78 millions),
- Syphilis (6 millions)
- Trichomonas vaginalis (142 millions).

Le taux de prévalence de certaines infections sexuellement transmissibles virales est aussi élevé :

- 417 millions de personnes seraient atteintes de l'herpès simplex de type 2
- et près de 291 millions de femmes seraient porteuses du papillomavirus humain.

La prévalence de ces infections sexuellement transmissibles varie selon les régions et le sexe. Elles ont de profondes répercussions sur la santé et la vie des enfants, des adolescents et des adultes partout dans le monde :

- La mortalité foetale et néonatale : la syphilis gravidique est à l'origine de plus de 300 000 morts foetales in utero et décès néonataux chaque année, et augmente les risques de décès précoces chez 215 000 enfants;
- Le cancer du col de l'utérus : on estime que l'infection à papillomavirus humain est responsable de 530 000 cas de cancer de l'utérus et 264 000 décès connexes chaque année ;
- La stérilité : des infections sexuellement transmissibles comme la gonorrhée et la chlamydie sont des causes majeures de stérilité à travers le monde ;
- Le risque d'infection à VIH : la présence d'une infection sexuellement transmissible comme la syphilis ou la gonorrhée, ou d'une infection à virus de l'herpès simplex, accroît grandement le risque de contracter ou de transmettre une infection à VIH ;
- Les conséquences physiques, psychologiques et sociales des infections sexuellement transmissibles nuisent grandement à la qualité de vie des personnes infectées.

Au Burundi, 132047 cas d'IST ont été notifiés en 2015 (Annuaire statistique 2015) et ont été notifiés en 2016. Cela est corrélé à la persistance des comportements sexuels à risque :

- 28% de femmes âgées de 15 à 49 ans ont eu un premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans et 54% avant l'âge de 20 ans ; tandis que 10% des hommes ont commencé les rapports sexuels avant l'âge de 18 ans et 22% avant l'âge de 20 ans (EDSB-III, 2016-2017).
- Seulement 16% des femmes et 16% des hommes de 15 à 49 ans ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois ont déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels EDSB-III, 2016-2017. Cette constatation est d'autant plus inquiétante quand on sait que c'est chez les jeunes à partir de l'âge des premiers rapports sexuels, où la prévalence de Chlamydia trachomatis (**le plus souvent asymptomatique**), est élevée avec le risque de développer une infection génitale haute. Cette dernière peut être à son tour responsable de lésions tubo-pelviennes irréversibles souvent à l'origine d'une infertilité particulièrement dramatique chez les jeunes filles.

En outre il faut se souvenir de la forte corrélation qui existe entre la transmission du VIH et les autres IST d'origines virales telles que HSV ou HPV dont aucune thérapeutique capable d'assurer un traitement curatif n'est disponible à une échéance prévisible.

Par ailleurs, le diagnostic étiologique des IST par les prestataires des soins est difficile à établir. Il pose des problèmes de temps, de ressources, augmente le coût et réduit l'accès au traitement.

Une riposte appropriée aux infections sexuellement transmissibles et/ou l'éradication de ces infections contribuera à réduire la charge de morbidité et les souffrances humaines. Les protocoles utilisés dans le traitement des IST au Burundi sont restés inchangés depuis de nombreuses années alors que la résistance aux ATB de plusieurs agents pathogènes sexuellement transmissibles est en augmentation dans plusieurs pays du monde, ce qui fait que certains antibiotiques utilisés sont devenus inefficaces.

En outre, l'ancien protocole national de PEC syndromique des IST de 2014 recommande l'érythromycine dans le traitement de la syphilis chez la femme enceinte alors que la molécule ne traverse pas la barrière placentaire et par conséquent n'a pas d'action sur le fœtus d'où la gravité de la syphilis congénitale avec toutes les complications qu'elle engendre.

De plus le Burundi s'est approprié la Stratégie Mondiale IST 2016-2021 adoptée lors de la 69<sup>e</sup> AM de la santé avec des cibles à atteindre en 2030.

Dans le cadre de l'élimination de la syphilis congénitale la stratégie cible: 95 % de femmes enceintes fréquentant les services de CPN, 95% de femmes enceintes *testées pour la syphilis* à la première visite de CPN et 95% de femmes enceintes infectées par la syphilis qui sont traitées.

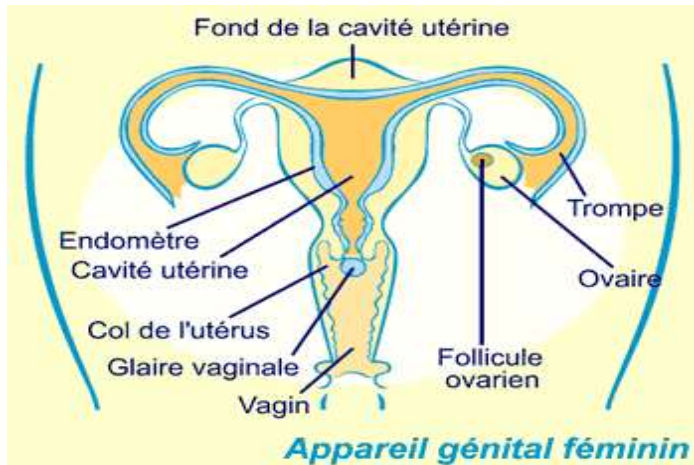
En 2016, l'OMS a mis à la disposition des pays de nouvelles recommandations de PEC des IST avec des molécules et des doses appropriées.

Il est donc important qu'au niveau national il puisse y avoir un guide actualisé de prise en charge syndromique des Infections Sexuellement Transmissibles avec une stratégie d'information et de formation pour une bonne prise en charge de ces infections.

## CHAPITRE 1. GENERALITES

### I.1. Rappel anatomique

L'appareil génital féminin comprend:

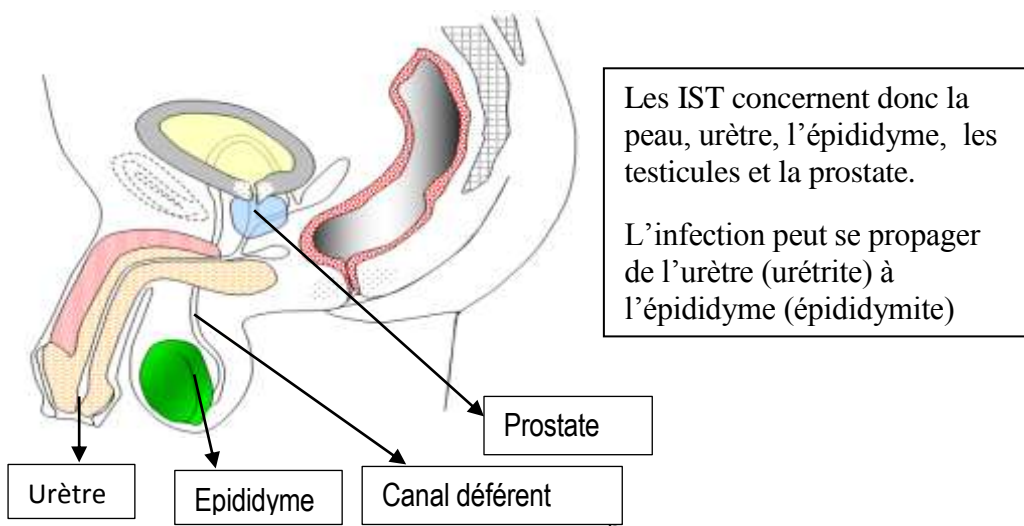


**Figure 1 : Appareil génital féminin**

En matière d'infections sexuellement transmissibles, les organes les plus souvent atteints se situent à trois niveaux :

- Organes génitaux externes : La peau, les vulves, les lèvres, les glandes de Bartholin, la surface des muqueuses. On peut y déceler : des ganglions hypertrophiés ou des bubons, des lésions vésiculeuses, du prurit vulvaire et des ulcérations.
- Organes génitaux internes (la partie basse) : la cavité vaginale
- Organes génitaux internes (la partie haute) et les annexes : le col de l'utérus, l'endomètre, les trompes et les ovaires (cervicite, endométrite, salpingite).

**Figure 2 : L'appareil génital de l'homme comprend :**



## I.2. Définition

Les infections sexuellement transmissibles sont des maladies infectieuses transmises par des rapports sexuels non protégés, la transfusion sanguine et la transmission de la mère à l'enfant (OMS). Elles sont causées par des agents infectieux viraux, bactériens et parasitaires répartis dans le tableau ci après.

**Tableau I : Agents pathogènes sexuellement transmissibles.**

IST	Virus	Parasites
Neisseria gonorrhoeae	Virus de l'Immuno déficience Humaine VIH 1 et 2	Trichomonas vaginalis
Chlamydia trachomatis	Herpès simplex virus type 2	
Tréponema pallidum	Papilloma virus humain	
Haemophilus ducreyi	Virus de l'hépatite B	
Calymmatobacterium granulomatis	Virus de l'hépatite C	

## I. 3. L'ampleur des IST

Les IST ne sont pas seulement une cause importante de morbi-mortalité chez les adultes mais peuvent aussi provoquer des complications avec des séquelles, telles que la stérilité chez l'homme. Chez la femme, il peut y avoir une stérilité, une grossesse ectopique, un cancer du col de l'utérus. Quant au nouveau-né, une mortalité précoce, une syphilis congénitale, un faible poids à la naissance, une prématurité et ou une conjonctivite du nouveau -né peuvent survenir

### ❖ Ampleur des IST dans le monde

Malgré que les IST causées par des agents bactériens, mycosiques et protozoaires soient guérissables, elles restent un problème de santé publique dans le monde.

Le tableau suivant donne l'ampleur du problème en recrudescence si on compare les nouveaux cas de 1999 et de 2012 mis à part la syphilis.

**Tableau II : Estimation des cas annuels d'IST guérissables dans le monde comparée en 1999 et 2012.**

<b>IST</b>	<b>Cas nouveaux 1999</b>	<b>2012</b>
Trichomonase	170 Millions	142 Millions
Infection à Chlamydia	89 Millions	131 Millions
Blennorragie	62 Millions	78 Millions
Syphilis	12 Millions	6 Millions
Chancre mou	7 Millions	
<b>Total</b>	<b>340 Millions</b>	<b>357 Millions</b>

❖ Ampleur des IST au Burundi

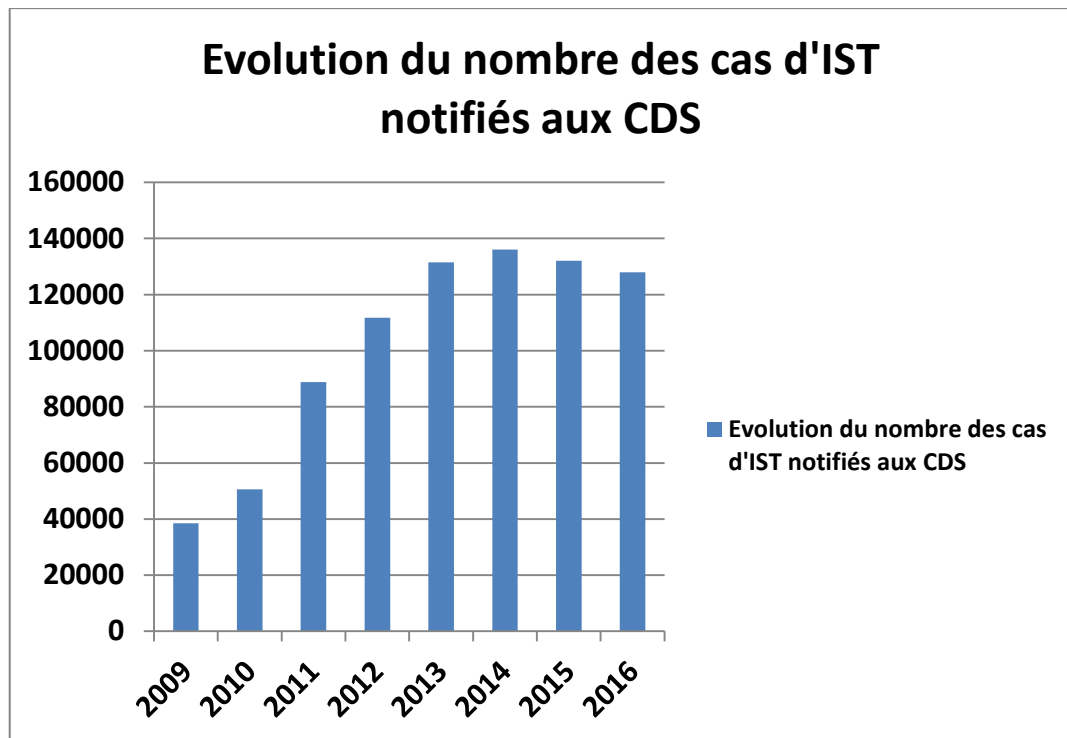
Les IST sont classées parmi les 10 premières causes de morbidité dans les CDS. Les IST notifiées dans les centres de santé sont passées de 38512 en 2009 à 132047 en 2015 et à 127958 en 2016. Par conséquent, elles constituent une préoccupation majeure.

Le tableau et la figure ci-dessous montrent l'évolution du nombre des cas d'IST notifiées dans les CDS de 2009 à 2016

**Tableau III : Evolution du nombre des cas d'IST notifiés aux CDS de 2009 à 2016 (Source : annuaires statistiques)**

<b>Année</b>	<b>Evolution du nombre des cas d'IST notifiés aux CDS</b>
2009	38512
2010	50556
2011	88847
2012	111783
2013	131481
2014	136017
2015	132047
2016	127958





**Figure 3: Nombre des cas d'IST notifiées dans les CDS de 2009 à 2016**

#### I.4. La transmission des IST

Les modes de transmission des IST y compris le VIH sont les mêmes et se résument comme suit :

- Le mode de transmission par des relations sexuelles avec pénétration (vaginale ou anale) non protégées est de loin, le plus fréquent.
- La transmission de la mère à l'enfant :
  - Pendant la grossesse (le VIH et la syphilis) ;
  - Pendant l'accouchement (la Gonococcie, chlamydiase et VIH)
  - Après la naissance : par l'allaitement au sein (. le VIH).
- La transmission par voie sanguine : l'utilisation des aiguilles et des seringues non stériles ou tout autre contact avec le sang ou les produits sanguins contaminés (syphilis, VIH et le virus de l'hépatite B et C).

## I.5. Facteurs de risque

Les facteurs qui augmentent le risque de transmission sont d'ordre biologique, comportemental et social.

### ❑ Facteurs biologiques

- **Age**

- La muqueuse vaginale et le tissu cervical des jeunes filles / sont immatures. Ce qui les rend plus vulnérables aux IST que les femmes plus âgées.
- Le mariage précoce et l'activité sexuelle précoce.

- **Sexe**

- Les agents infectieux pénètrent dans le corps très facilement par les muqueuses superficielles telles la muqueuse vaginale.
- La surface des muqueuses qui entre en contact avec l'agent infectieux est plus grande chez les femmes que chez les hommes.

- **Statut immunitaire**

- Le statut immunitaire de l'hôte et la virulence de l'agent infectieux influencent la transmission des IST ;
- Certaines IST augmentent le risque de transmission du VIH
- Le VIH, à son tour, facilite la transmission de certaines IST et aggrave les complications causées par les autres IST en affaiblissant le système immunitaire.

### ❑ Facteurs comportementaux

- Changement fréquent de partenaires sexuels ;
- Avoir plus d'un partenaire sexuel ;
- Avoir des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels des professionnels du sexe ou leurs clients ;
- Abus d'alcool

## ❑ Facteurs sociaux

- Les femmes ont peu de pouvoir de décider des pratiques sexuelles, par exemple l'utilisation de préservatifs ;
- Les femmes dépendent souvent de leurs partenaires masculins .De ce fait, elles tolèrent facilement la conduite sexuelle à risque des hommes ayant plusieurs partenaires sexuelles, les exposant ainsi au risque d'infection;
- Les mythes : dans certaines sociétés, on adopte souvent une attitude permissive envers les hommes ce qui les encourage à avoir plusieurs partenaires sexuelles
- Les effets des médias (films)
- Les pressions des paires
- Le sororat (le veuf se remarie à la sœur de la défunte) et le lévirat (la veuve se remarie au frère du défunt)
- Manque d'information
- Dépravation des mœurs

## I.6. Groupe particulièrement vulnérables

Certains groupes de personnes sont plus exposés que d'autres parce qu'ils sont plus souvent en contact avec des partenaires infectés, ou parce qu'ils sont plus susceptibles de développer une infection à chaque fois qu'ils sont exposés. Il s'agit de ::

- adolescents sexuellement actifs ;
- professionnels du sexe et leurs partenaires ;
- hommes et femmes ayant des partenaires multiples ;
- célibataires géographiques, comme les transporteurs routiers, les soldats et les travailleurs migrants.
- détenus,
- homosexuels

## I.7. Complications liées aux IST

Les IST, lorsqu'elles ne sont pas traitées, ou traitées de façon inefficace, engendrent des complications et des séquelles irréversibles. Le tableau suivant montre les principales complications et les types d'IST en cause.

**Tableau IV : Causes et complications liés aux IST**

Causes	Complications
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Infections gonococciques</li> <li>○ chlamydias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stérilité chez les hommes et les femmes</li> <li>○ Syndrome Inflammatoire Pelvien (SIP)</li> <li>○ Epididymite</li> <li>○ Grossesse extra-utérine due à une lésion des trompes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gonococcie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cécité chez les enfants</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Infections gonococciques, à chlamydiase et à germes anaérobies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pelvipéritonite ou péritonite généralisée</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Syphilis acquise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Maladies cérébrales et cardiaques permanentes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Syphilis congénitale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Détérioration des organes et des tissus chez les enfants</li> <li>○ Accouchements prématurés</li> <li>○ Avortements à répétition</li> <li>○ Morts nés</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Papilloma virus humain type 16 et 18</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cancer du col utérin</li> </ul>

❖ **Les complications liées aux IST Chez la femme**

- **Le syndrome inflammatoire pelvien (SIP)**

Le SIP est une inflammation de la paroi utérine (endomérite), des trompes de Fallope (salpingite), et des ovaires (ovarite) causé par *le Neisseria gonorrhée et la chlamydia*. La douleur occasionnée par le SIP est le premier symptôme que la femme remarque.

*Si les trompes de Fallope sont déjà atteintes lorsque la femme ressent des douleurs, les lésions sont irréversibles.*

- **Grossesse extra utérine**

Le SIP blesse et atrophie les trompes de Fallope, multipliant ainsi par 7 à 10 fois le risque de grossesse extra- utérine. Le plus souvent, c'est une anomalie de la trompe qui a gêné la migration de l'œuf : anomalie acquise (séquelles de salpingite dues aux IST). Cette situation peut être fatale s'il y a rupture des trompes provoquant une hémorragie importante.

- **Stérilité**

Sans traitement, 55 à 85 % des femmes souffrant de SIP peuvent devenir stériles. De nombreuses femmes peuvent devenir stériles sans qu'elles se rendent compte qu'elles souffrent de SIP.

La glaire cervicale est une sécrétion de glycoprotéines située au niveau du col de l'utérus nécessaire au bon fonctionnement de la fécondation car elle permet de faciliter l'accès aux « meilleurs » spermatozoïdes.

Une mauvaise qualité de glaire cervicale due aux IST peut être un obstacle pour les spermatozoïdes et être une cause des difficultés de procréation.

Elle assure plusieurs fonctions :

Pendant la période d'infécondité, la glaire cervicale obstrue le col de l'utérus et présente un maillage serré de filaments protéiques, qui immobilise les spermatozoïdes.

Lors de la période de fécondité, la glaire cervicale devient abondante, de viscosité relativement faible (par rapport aux autres périodes), et d'un PH alcalin pour la survie des spermatozoïdes.

Ces modifications de la structure de la glaire sont soumises aux variations des taux plasmatiques des hormones ovariennes (œstrogènes et progestérone) secrétées au niveau des ovaires. La sécrétion hormonale d'œstrogènes permet un élargissement des mailles de la glaire, rendant le passage des spermatozoïdes possible.

La sécrétion hormonale de progestérone permet un resserrement des mailles de la glaire, rendant impossible le passage des spermatozoïdes.

- ❖ **Les complications liées aux IST chez l'homme**

- **Stérilité**

**La gonococcie chez les hommes** peut entraîner des complications et des séquelles graves. L'infection peut se propager de l'urètre (urétrite) à l'épididyme (épididymite) qui peut causer la baisse de fertilité ou la stérilité.

L'épididyme étant un organe situé à la tête arrière du testicule faisant suite aux canaux déférents, et qui a pour fonction de transport de spermatozoïdes – résorption – maturation (acquisition de mobilité et de pouvoir fécondant).

La prostate est une glande souple , située au carrefour des voies urinaires et génitales masculines, profondément sous la vessie, en avant du rectum, et entourant une partie du canal de l'urètre par lequel elle est traversée.

Sa fonction principale est de sécréter une partie du liquide séminal, l'un des constituants du sperme : Aider les spermatozoïdes à être plus mobiles. Au moment de l'éjaculation, ce liquide est évacué en même temps que les spermatozoïdes et le liquide séminal, via les deux canaux éjaculateurs qui traversent la prostate.

*On peut donc dire que le dysfonctionnement ou l'absence de prostate chez un homme le rend infertile.*

### ❖ Les complications liées aux IST chez un nouveau-né

**La conjonctivite du nouveau-né** touche 5 % des nouveaux -nés dans certains pays en développement.

*Sans traitement, elle peut endommager la vue de 1 à 6 % des nourrissons infectés.*

**La chlamydia** peut se propager dans les poumons du nouveau -né et provoquer une pneumopathie à chlamydia Modules OMS 2<sup>ème</sup> Edition.

**Le Tréponema pallidum**, agent infectieux qui provoque la syphilis, peut traverser la barrière foeto - placentaire et infecter le fœtus.

Environ 40 % des grossesses syphilitiques se terminent *en avortement spontané, fœtus mort-né, ou décès du nourrisson.*

C'est particulièrement grave lorsque l'infection maternelle n'est pas soignée pendant les 20 premières semaines de grossesses.

**Toutes ces complications peuvent être évitées si le traitement adéquat est donné temps avant que la maladie n'évolue.**

## I.8. Prévention

La prévention et le traitement des IST ont pour but de :

- Interrompre la chaîne de transmission des infections sexuellement transmissibles ;
- Éviter l'évolution des maladies, des complications et des séquelles ;
- Réduire les risques d'infection par le VIH et la syphilis.

### ❖ La prévention primaire

Le but de la prévention primaire est d'empêcher l'infection et la maladie par :

- Des pratiques sexuelles moins risquées
- Des comportements sexuels à moindre risque

Les messages réalistes, acceptables et culturellement pertinents sur les IST doivent inclure :

- Les connaissances et les perceptions d'ampleur des IST;
- Les conseils sur l'estimation du risque qu'a une personne d'avoir contracté une IST,
- L'information selon laquelle les symptômes peuvent passer inaperçus, particulièrement chez les femmes, jusqu'à l'apparition de complications;
- Les comportements face à la nécessité de consulter;
- L'information selon laquelle un traitement précoce est nécessaire pour éviter des complications et des séquelles permanentes;
- Les obstacles à la recherche de soins pour les IST.
- Promouvoir l'utilisation du préservatif
- Conseil pour le dépistage du VIH
- Décourager l'automédication
- Promotion de la vaccination contre les hépatites virales et le HPV

<b>N.B. La circoncision masculine médicale volontaire</b>
<p><b>Avantage : la circoncision masculine assure une protection des IST notamment, le chancre mou, le papillomavirus, ainsi que le cancer du col utérin chez la femme.</b></p> <p><b>Elle réduit aussi le risque d'infection à VIH à 60 % et doit être reconnue comme une intervention efficace en tant que moyen additionnel de prévention.</b></p> <p><b>Cette protection n'est pas complète et ne remplace pas les autres moyens de prévention existants mais fait partie de ce paquet de services de prévention.</b></p>

#### ❖ La prévention secondaire

La prévention secondaire consiste à donner un traitement et les soins pour les personnes infectées et malades.

- L'offre de services cliniques qui soient accessibles, acceptables et efficaces, et qui offrent un diagnostic et un traitement efficaces à la fois aux patients qui présentent des symptômes d'IST et à leurs partenaires;
- La promotion d'une attitude d'utilisation des services de santé
- L'offre des services de soutien et de conseils aux patients atteints d'IST et infectés par le VIH.

## **I.9. Défis liés à la lutte contre les IST**

### *Défis liés au système de santé*

- Pas de services spécialisés dans le traitement des IST ;
- Les antibiotiques efficaces coûtent chers en cas de résistance.

### *Défis liés aux facteurs biologiques*

70 à 80 % des femmes infectées ne présentent pas de symptômes et de ce fait, ne se font pas soigner. Ces individus risqueront des complications et continueront à contaminer les autres personnes.

### *Défis liés aux facteurs sociaux*

- Ignorance ou mauvaise information : manque d'empressement pour se faire soigner surtout chez les adolescents et les jeunes, ceux-là mêmes qui sont sexuellement actifs ;
- L'automédication ;
- Une préférence pour les prestataires alternatifs comme les guérisseurs traditionnels ;
- Une réticence à adopter un comportement sexuel sans risque ;
- La stigmatisation sociale associée aux IST, ce qui entraîne les gens à cacher ce qu'ils appellent maladie honteuse et ne pas se faire soigner ;
- L'échec de l'observance du traitement (traitement complet s'étend sur 7 jours), la disparition des symptômes faisant croire à l'individu que l'infection est guérie) ;
- La difficulté de prévenir son partenaire par peur, embarras ou méconnaissances des conséquences (ré infections).

## **I.10. Interrelation VIH et autres IST**

Il existe des liens entre les IST et le VIH/SIDA du fait que :

- Les IST occasionnent des lésions ouvertes dans la région génitale (la syphilis, le chancre mou) et favorisent la transmission du VIH ;
- L'herpès génital, infection virale incurable ; cause des ulcères génitaux à répétition et favorise également la transmission du VIH ;



- L'infection à chlamydia, la gonococcie et la trichomonas peuvent également faciliter la transmission du VIH pour l'une des raisons suivantes : l'inflammation génitale associée à ces IST peut causer des coupures microscopiques des tissus génitaux permettant au VIH de pénétrer dans le corps.
- En revanche, le VIH augmente la probabilité de contracter d'autres IST.
- Il est aussi vrai que les personnes infectées par le VIH sont plus vulnérables à d'autres infections multiples. Les modifications dans leur corps les rendent plus vulnérables aux infections en général.
- Le VIH aggrave les IST et augmente leur résistance aux traitements.
- L'histoire naturelle de la syphilis et du chancre mou peut se modifier de sorte que leurs lésions respectives deviennent atypiques. Dans le cas du chancre mou, l'ulcération peut s'étendre et se multiplier et être quelque fois accompagnée de fièvre et de frissons.
- Une personne infectée par le VIH peut présenter des ulcérations de HSV2 atypiques, qui sont persistants, multiples et nécessitent une intervention médicale. Le traitement antiviral et TARV sont importants pour le confort du patient (ONUSIDA/OMS 1999)

## CHAPITRE II : METHODE DE DIAGNOSTIC DES IST

Il existe différentes méthodes de diagnostic des IST :

- Méthode clinique
- Méthode étiologique
- Méthode syndromique

### II.1. La méthode clinique

En utilisant la méthode du diagnostic clinique, le clinicien va soigner les IST selon les symptômes cliniques et son expérience professionnelle. Cependant, certaines IST peuvent présenter des symptômes similaires pouvant induire à des erreurs diagnostics.

### II.2 La méthode étiologique

Elle utilise les tests de laboratoire pour identifier l'agent causal.

Les tests de laboratoire nécessitent un personnel qualifié, des intrants et un suivi régulier, qui ne sont pas toujours disponibles.

### II. 3. Méthode syndromique

**La méthode syndromique** : utilise l'ensemble des symptômes et signes à haute valeur prédictive que présentent les patients et se base sur des algorithmes qui aident le prestataire de soins à suivre le déroulement logique des différentes étapes. En outre, elle se base sur un grand nombre d'études épidémiologiques menées à la fois dans les pays industrialisés et dans les pays en voie de développement.

### II. 4. Avantages et inconvénients de chaque méthode

Alors que le diagnostic clinique et le diagnostic étiologique ne visent qu'à identifier un seul agent causal, le diagnostic syndromique permet de traiter immédiatement le patient pour tous les agents causals les plus importants, ce qui est très important en raison de la fréquence des infections mixtes. Cela exige que les médicaments nécessaires soient disponibles et abordables. Le traitement syndromique peut donc rendre rapidement les patients non contagieux.

En effet les algorithmes sont faciles à utiliser par les prestataires de services une fois formés de sorte qu'il est possible aux non spécialistes des IST de prendre en charge les IST même au niveau périphérique.

Les diverses approches utilisées dans les différentes méthodes diagnostiques des IST comportent des avantages et inconvénients comme nous l'indique le tableau suivant:

**Tableau V** : Comparaison des avantages et inconvénients de chaque méthode

Méthode	Avantages	Inconvénients
a) Méthode étiologique	Considérée comme idéal Confirme le diagnostic d'IST comme la syphilis chez les femmes enceintes	Pas disponible partout Nécessite un personnel qualifié et fournitures en intrants Il faut un suivi régulier Fait attendre les résultats pour débiter le traitement Nécessite un milieu de cultures (haemophilus ducrei) et réactifs qui coutent chers (chlamydia trachomatis), microscope spécial
b) Méthode clinique	Fait appel aux symptômes cliniques et expérience professionnelle	Peut passer à côté d'une infection mixte Complications et perpétuer la transmission
c) Méthode syndromique	Il offre des soins complets dès la première visite du patient ; Se concentre sur les problèmes (en fonction des symptômes du patient) ; Il traite le patient pour toutes les causes importantes du syndrome ; Il permet un diagnostic et un traitement étendus et rapidement accessibles ; Offre l'occasion et le temps d'éduquer et de conseiller le patient.	Traitement sans confirmation du diagnostic
<p>En analysant les avantages et inconvénients de chaque méthode, il ressort que le diagnostic syndromique présente beaucoup plus d'avantages par rapport aux deux autres méthodes d'autant plus qu'il est facile à utiliser, traite tous les agents causals les plus importants dès la première visite ; ce qui est donc important en raison de la fréquence des infections mixtes. Il permet en outre de rompre rapidement la chaîne de transmission. <i>C'est donc l'approche méthodologique préconisé dans le présent guide et recommandé par l'OMS.</i></p>		

## CHAPITRE III. PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES IST

### III.1. Identification des syndromes

De nombreuses IST provoquent les mêmes types de symptômes et de signes cliniques. C'est pour cette raison que l'identification des IST devrait se faire par une approche syndromique.

Un syndrome étant tout simplement un ensemble de symptômes dont se plaignent un patient et les signes cliniques observés pendant l'examen.

Le tableau qui suit présente les signes et les symptômes des principaux syndromes et leurs causes.

**Tableau VI : Principaux syndromes d'IST, symptômes, signes et causes les plus fréquentes**

Syndromes	Symptômes	Signes	Causes les plus fréquentes
<b>1. Ecoulement urétral chez l'homme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ecoulement urétral</li> <li>▪ Dysurie</li> <li>▪ Mictions fréquentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ecoulement urétral (au besoin demander au patient de traire son pénis)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gonococcie</li> <li>▪ Chlamydiase</li> </ul>
<b>2. Ulcérations ano-génitales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plaie génitale ou anale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ulcération génitale ou anale</li> <li>▪ Adénopathies inguinales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Herpès génital</li> <li>▪ Syphilis</li> <li>▪ Chancre mou</li> <li>▪ Donovanose</li> </ul>
<b>3. Ecoulement vaginal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ecoulement vaginal</li> <li>▪ Prurit vulvaire</li> <li>▪ Dysurie</li> <li>▪ Dyspareunie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ecoulement vaginal (Leucorrhée)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ VAGINITE : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trichomonase</li> <li>- Candidose</li> <li>- Vaginose bactérienne</li> </ul> </li> <li>▪ CERVICITE : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chlamydiase</li> <li>- Gonococcie</li> </ul> </li> </ul>
<b>4. Douleurs abdominales basses chez la femme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Douleurs abdominales basses</li> <li>▪ Dyspareunie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ecoulement vaginal</li> <li>▪ Sensibilité abdominale basse au palper</li> <li>▪ Température &gt; 38° (inconstante)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gonococcie</li> <li>▪ Chlamydiase</li> <li>▪ Anaérobies mixtes</li> </ul>
<b>5. Tuméfaction du scrotum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Douleurs au scrotum et enflure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enflure du scrotum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gonococcie</li> <li>▪ Chlamydiase</li> </ul>
<b>6. Bubon inguinal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adénopathies inguinales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tuméfaction ganglionnaire</li> <li>▪ Fluctuation</li> <li>▪ Abscesses ou fistules</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chancre Mou</li> <li>▪ Lymphogranulome vénérien</li> </ul>
<b>7. Conjonctivite du nouveau-né</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paupières enflées</li> <li>▪ Bébé ne peut ouvrir les yeux</li> <li>▪ Ecoulement oculaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Œdème des paupières</li> <li>▪ Ecoulement purulent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gonococcie</li> <li>▪ Chlamydiase</li> </ul>
<b>8. Végétations ano génitales ou condylomes acuminés</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plaques muqueuses papuleuses soit des excroissances sous forme de crêtes de coq au niveau de la sphère ano-génitale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Papilloma virus humain</li> </ul>

## III.2. Utilisation des algorithmes

### Définition

Un algorithme est un diagramme qui représente les étapes à franchir pour aboutir à une décision.

### Principes généraux

Tous les algorithmes ont les mêmes caractéristiques :

- Case d'entrée
- Case d'action
- Case de décision
- Case de sortie

#### Case d'entrée

Ex : Un homme se plaint d'un écoulement urétral et / ou d'une dysurie

Le point d'entrée de chaque algorithme est une case où est énoncé un problème : se réfère à un symptôme lié à une IST

La case d'entrée est représentée par un rectangle aux angles arrondis

#### Case d'action

Recueillir l'anamnèse et examiner l'écoulement laiteux si nécessaire.

La case d'action indique les mesures à prendre

La case d'action est représentée par un rectangle aux angles droits

#### Case de décision

Confirmation de l'écoulement

Présence d'une autre maladie génitale

Case de décision demande de répondre à une question « oui » ou « non ». La réponse guide vers une case de décision

La case de décision est représentée par un losange

### Case de sortie

- Traiter gonococcie et chlamydiase.
- Eduquer et conseiller
- Promouvoir et fournir les préservatifs.
- Prendre en charge et traiter la/le (s) partenaire (s).
- Offrir conseils et dépistage du VIH
- Contrôler au 7ème jour si symptômes persistants.

Case de sortie indique la conduite à tenir

### III.3 L'ANAMNESE ET L'EXAMEN

L'anamnèse et l'examen constituent les étapes les plus importantes de la démarche diagnostique ; étant donné que les renseignements à recueillir sont personnelles et délicates surtout que les gens peuvent être timides et même réticents à se faire examiner les parties génitales.

L'anamnèse et l'examen doivent donc être conduits avec beaucoup de professionnalisme dans le but de :

- Etablir un bon diagnostic syndromique d'IST ;
- Déterminer le risque que court le patient de transmettre ou de contracter une IST ;
- Se renseigner sur les partenaires qui ont pu être infectés.

Dans tous les cas il faut préserver le caractère privé et confidentiel de l'examen et expliquer ce qu'on va faire et pourquoi l'examen est important.

#### III.3.1 Anamnèse

L'anamnèse des patients se fait en suivant les techniques de communication verbales et non verbales en posant des questions « ouverte » ou « fermées » de façon efficace.

#### Techniques de communication verbale :

En plus des techniques de communication non verbale, quelques techniques de communication verbale peuvent être de grande utilité. Il s'agit notamment de:

- L'encouragement : C'est l'ensemble des gestes et certains mots que le prestataire utilise pour encourager les ou les patientes à continuer à parler.

- L'orientation : C'est une méthode utile quand un patient est confus et ne sait pas par où commencer ou lorsqu'il parle trop vite et embrouille l'histoire de sa maladie. Le prestataire aide donc les patients à mettre de l'ordre dans la compréhension de sa maladie.
- Le résumé et la vérification : Quand le ou la patiente a raconté un certain nombre de problèmes ; le prestataire résume et vérifie ce qui a été dit ; Cela permet de s'assurer qu'il l'a bien compris(e).
- L'empathie : C'est une des compétences importantes que le prestataire doit avoir surtout quand il est confronté aux émotions du patient.
- Le réconfort : C'est un moyen par des gestes et des mots que le prestataire utilise pour montrer que vous tenez compte des sentiments du patient et que la situation dans laquelle il se trouve peut être résolue.
- La complicité : La complicité avec le patient signifie que l'on s'engage à l'aider. Cet engagement que le prestataire peut exprimer pendant le dialogue.

### III.3.2 Examen

#### a. L'examen chez l'homme :

Une table d'examen est indispensable pour bien mener un examen clinique.

L'examen génital est recommandé.

- Inspection note :
  - L'état du pénis, gland (rougeur ou plaies)
  - Le méat urinaire (écoulement urétral évident)
- Palpation note :
  - L'état du scrotum et différents organes (les testicules ; le cordon spermatique ; l'épididyme)
  - L'état de la région inguinale afin de vérifier la présence ou l'absence de ganglions hypertrophiés ou de bubons

Notez la présence ou l'absence de : bubons ; ulcères ; écoulement urétral (Aspect, odeur et quantité).

#### b. L'examen chez la femme :

L'examen génital est recommandé.

- Inspection note :
  - L'état de la vulve, l'anus et le périnée

- Palpation note :  
L'état de la région inguinale afin de vérifier la présence ou l'absence de ganglions hypertrophiés ou de bubons. Vérifier la présence des signes de Syndrome Inflammatoire Pelvien (SIP).  
Notez la présence ou l'absence de : bubons ; ulcères ; écoulement vaginal (aspect, quantité et odeur).
- L'examen gynécologique *au speculum pour vérifier la nature de l'écoulement, une cervicite purulente et/ou des érosions cervicales.*

- 

### III.4 : DIAGNOSTIC SYNDROMIQUE ET TRAITEMENT

**Le diagnostic syndromique est fonction du ou des symptômes que constitue la plainte du patient. L'examen permet de confirmer l'existence du symptôme en détectant le signe anormal correspondant.**

#### 1. Ecoulement urétral

On diagnostique un écoulement urétral/dysurie si le patient se plaint d'un écoulement au niveau du pénis et que l'examen confirme que le liquide provient de l'orifice de l'urètre, ou si le patient se plaint de dysurie avec ou sans signes observés. L'écoulement urétral est donc 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.

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 d'autres micro-organismes comme le *Trichomonas vaginalis*.

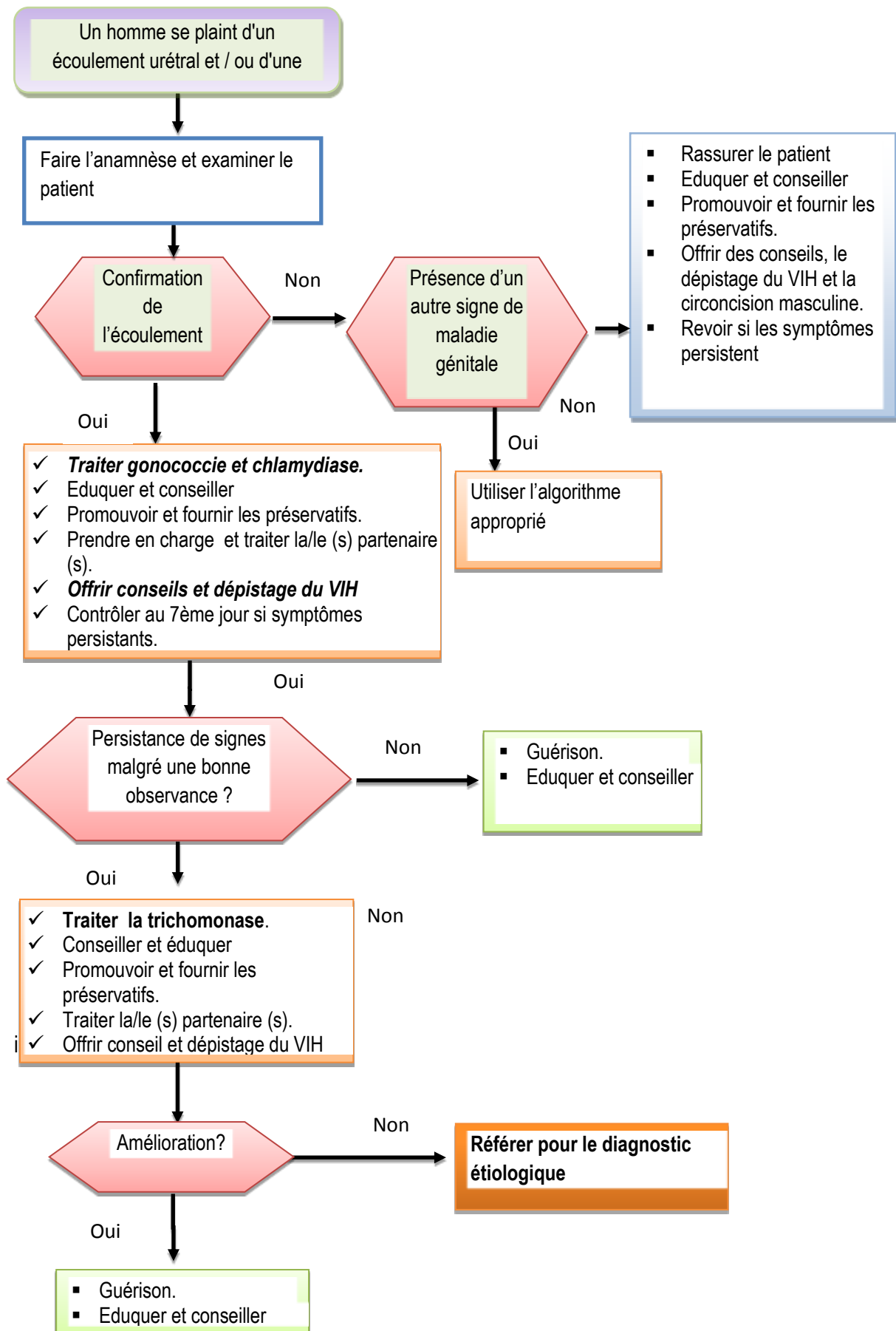
Dans le cadre de la prise en charge syndromique, le traitement du patient atteint d'écoulement urétral doit couvrir convenablement le *Neisseria gonorrhoeae* et le *chlamydia trachomatis*.

En cas de persistance de symptômes, penser au *Trichomonas vaginalis*.

Pour la démarche diagnostique, se référer à l'algorithme ci après :



Figure 4 : ALGORITHME 1 : CAT devant un écoulement urétral et/ou d'une dysurie



**Tableau VII : Traitement syndromique d'un écoulement urétral**

<b>Syndrome</b>	<b>Etiologies possibles</b>	<b>Traitement Première Intention</b>	<b>Traitement alternatif</b>
<b>Écoulement urétral</b>	<i>Gonococcie Chlamydiase</i>	<b>Cefixime 400 mg per os en dose unique + Azithromycine 1 gram per os en dose unique</b>	<b>Ceftriaxone 250 mg IM dose unique + Azithromycine 1 g per os en dose unique</b>

NB : En cas d'échec thérapeutique, on double la dose comme suit :

- cefixime(800mg) per os en dose unique ou de ceftriaxone(500mg) en IM en dose unique
- + Azythromycine (2g) per os en dose unique

## **2. Ulcération génitale**

Une ulcération génitale est toute perte de substance cutanée ou muqueuse des organes génitaux.

On diagnostique des ulcérations génitales si le patient indique avoir une plaie et/ou des vésicules au niveau génital et que l'examen confirme la présence d'ulcérations et/ou des vésicules.

Les causes d'ulcérations génitales sont :

- Chancre mou (*Haemophilus ducreyi*)
- Syphilis (*tréponema pallidum*)

*NB : Le présent algorithme concerne la syphilis primaire.*

- Herpès (dû au virus herpès simplex type 2)
- Lymphogranulomatose vénérienne (*Chlamydia trachomatis* sérotypes L1, L2 et L4)
- Le granulome inguinal (Donovanose) due au *Klebsiella granulomatis*, précédemment connu sous le nom de *Calymmatobacterium granulomatis*.

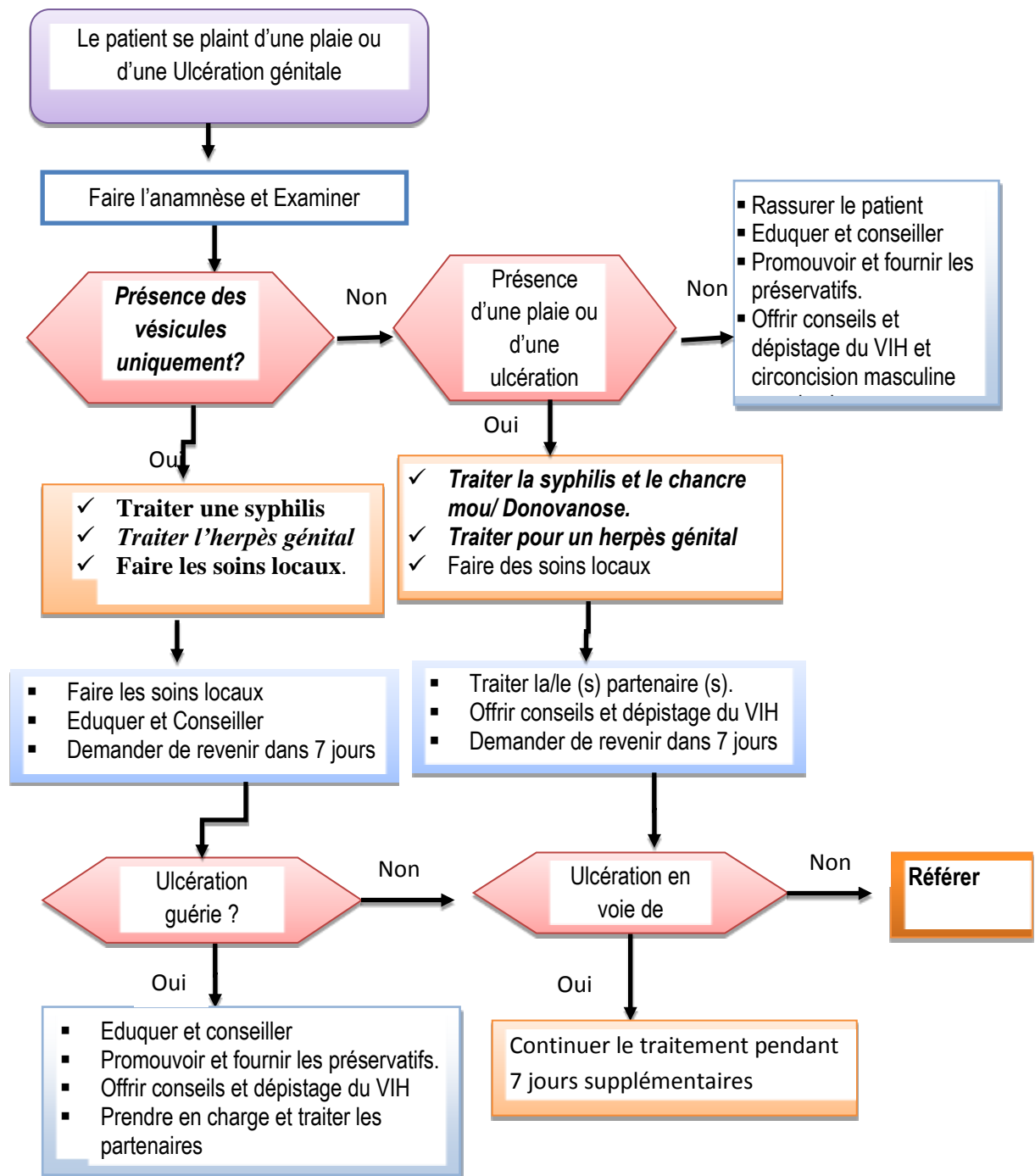
Les manifestations cliniques peuvent être modifiées et devenir atypiques en cas d'infection à VIH concomitante.

**L'examen clinique pour rechercher les lésions vésiculeuses et traitement spécifique contre le Virus de l'Herpès Simplex de type 2 doit être systématique.**

Des données récentes montrent que les ulcérations génitales sont fréquemment le résultat de l'infection par le HSV 2. Ce qui compromet la prise en charge syndromique des ulcérations génitales si un traitement antiviral contre le HSV2 n'est pas administré.

D'où l'introduction dans le protocole thérapeutique des ulcérations génitales de l'Acyclovir 200mg par voie orale.

Figure 5 : ALGORITHME 2 : CAT devant une ulcération génitale



**Tableau VIII : Traitement syndromique d'une ulcération génitale**

Syndrome	Traiter pour	Traitement première intention	Traitement alternatif	Traitement pour les femmes enceintes et allaitantes
<b>Ulcération Génitale</b>	Syphilis  +	Benzathine pénicilline 2,4Million d'Unité Internationale en IM en dose unique	PROCAINE PENICILLIN G 1.2 MILLION UNITES IM X 10-14 JOURS	Benzathine penicillin G 2.4million unités 1fois en IM  Alternatif : Procaine penicillin G 1.2 million unités IM x 10-14 jours
	Chancres Mou/ Donovanose	+ Doxycycline, 100 mg par voie orale 2 x/ j pendant 21jrs	+Azithromycine 1g par voie orale en dose unique	+Azithromycine 1g par voie orale en dose unique
<b>Ulcération Génitale (vésicules)</b>	Herpès génital (Primo-infection)	Acyclovir 200 mg par voie orale 5 x/ j pendant 10jrs ou	Acyclovir 400 mg par voie orale 3 x/ j pendant 10 jrs	N.B. N'utiliser l'acyclovir que si les avantages remportent sur les risques.
	Herpès (En cas de récurrence)	800mg deux fois par jour pendant 5 jours	Acyclovir 400mg Per os, 3 fois par jours pendant 5 jours	La posologie est la même que lors de la primo-infection

N.B En cas d'allergie à la Penicilline ou rupture de stock on donne :

- pour les adultes ou adolescent Doxycycline 100 mg pendant 14 jours ou Ceftriaxone 1 g IM, pendant 10-14 jours ;
- pour les femmes enceintes ; Erythromycine 500 mg à la pendant 14 jours\* (CI absolue de Doxycycline chez la femme enceinte).

### 3. Écoulement vaginal : Examen au speculum et examen bimanuel

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).

#### Causes

- La cervicite est liée à l'infection par le *Neisseria gonorrhée* et le *Chlamydia trachomatis*.
- La vaginite est due à une vaginose bactérienne, *trichomonas* et *candida albicans*.

Devant un syndrome d'écoulement vaginal, deux éléments sont nécessaires :

- l'évaluation des facteurs de risque ;
- et l'examen au speculum.

On pensera à la cervicite en présence d'une ou des deux situations suivantes :

⇒ **Présence d'au moins 3 facteurs de risque** à l'évaluation :

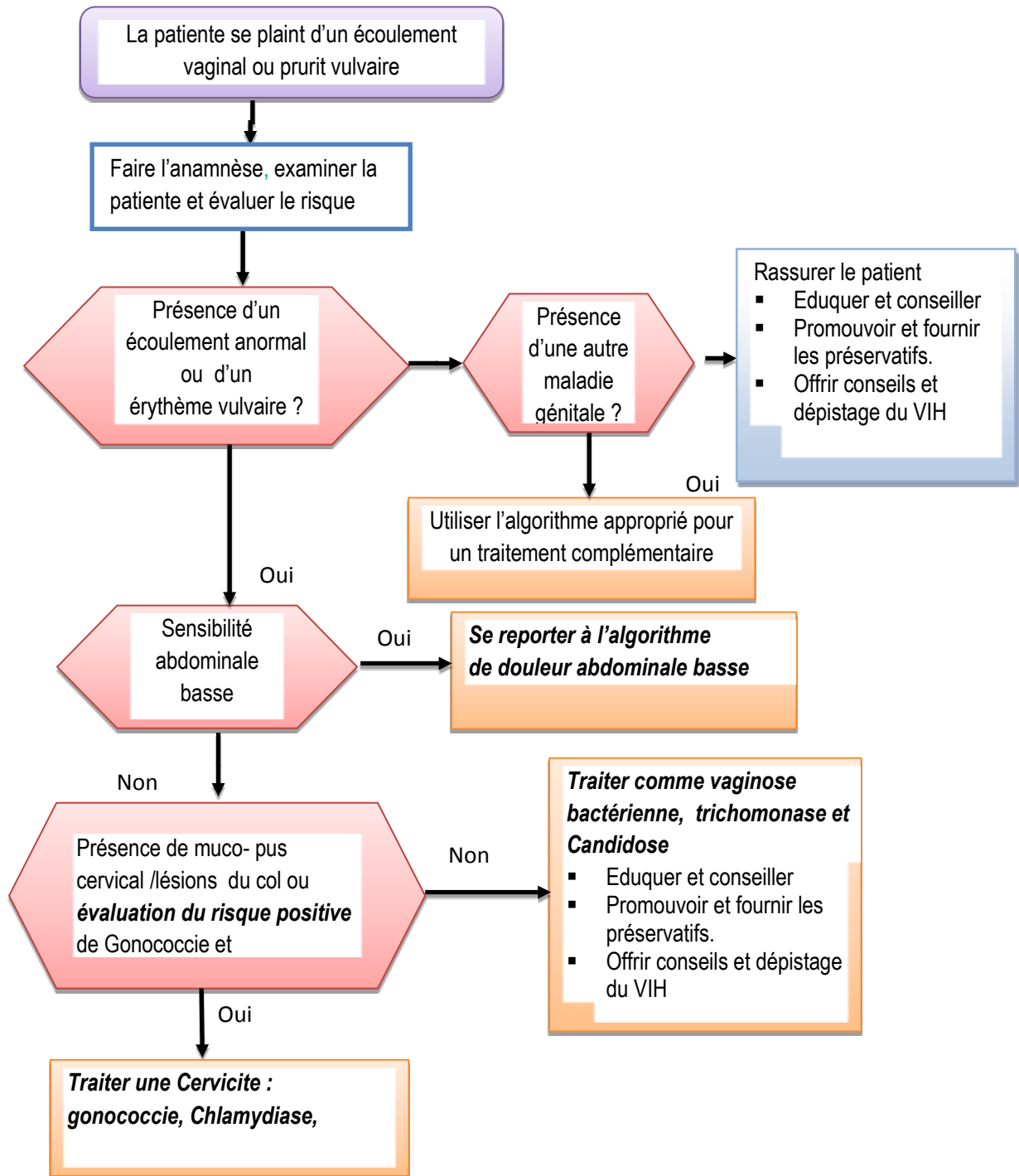
- L'âge inférieur ou égal à 21 ans ;
- Célibataire ;
- Avoir eu plus d'un partenaire sexuel durant les 12 derniers mois ;
- Avoir eu un nouveau partenaire sexuel durant les trois derniers mois ;
- Avoir un (e) partenaire sexuel (le) atteint d'une IST.

⇒ Présence des éléments suivants à l'examen clinique **avec speculum** :

- Muco-pus cervical,
- Erosions cervicales
- Friabilité du col

*En cas d'une vaginite associée à une cervicite ; traiter en 1<sup>er</sup> lieu une cervicite puis une vaginite en second lieu*

Figure 6 : ALGORITHME 3 : CAT devant un écoulement vaginal ou prurit vulvaire



**Tableau IX : Traitement syndromique d'un écoulement vaginal**

Syndrome	Traiter pour	Traitement de première intention	Traitement alternatif	Traitement en cas de grossesse et femmes allaitantes
<b>1. Ecoulement vaginal : cervicite</b>	Gonococcie Chlamydiae	Cefixime 400 mg peros en dose unique + Azithromycine 1 gram peros en dose unique	Ceftriaxone 250 mg IM dose unique+ Azithromycine 1 gram 1 g peros en dose unique	Cefixime 400 mg peros en dose unique + Azithromycine 1 gram peros en dose unique Alternatif : Ceftriaxone 250 mg IM dose unique+ Azithromycine 1 g peros en dose unique
<b>1. Ecoulement vaginal : Infection vaginale</b>	Vaginose Bactérienne + Trichomonase	Métronidazole : 2g par voie orale en dose unique.	Tinidazole 2g par voie orale en dose unique.	Métronidazole <b>peut s'utiliser après le premier trimestre</b>
	Candidose	Nystatine ovule 100,000 UI/j/14j	Clotrimazole 100 mg, comprimés vaginaux, 2x/j/ 3 jours	Nystatine ovule 100,000 UI/j/14jr ou Clotrimazole 100 mg, comprimés vaginaux, 2/jr/3 jrs

Pour la cervicite :

- En cas d'échec thérapeutique, on double la dose comme suit :

- Cefixime (800mg) per os en dose unique ou de ceftriaxone (500mg) en IM en dose unique
- + azythromycine (2g) per os en dose unique

N.B. Chez la femme enceinte sous cefixime ou ceftriaxone plus Azithromycine, il faut surveiller de près les complications notamment les allergies et les signes de toxicité.

#### 4. Douleurs abdominales basses

On diagnostique une douleur/sensibilité abdominale basse si la patiente se plaint de douleurs dans le bas-ventre et que l'examen confirme la douleur et la sensibilité à la palpation du bas de l'abdomen.

Toute femme sexuellement active présentant une douleur abdominale basse doit être attentivement examinée à la recherche des signes du syndrome inflammatoire pelvien (SIP).

Les symptômes évocateurs du SIP sont notamment : douleur abdominale basse, douleur pendant les rapports sexuels (dyspareunie), saignement après les rapports sexuels ou entre les règles, et douleurs associées aux règles. L'écoulement vaginal, douleurs à la miction (dysurie). La fièvre, nausées et vomissements sont également des symptômes possibles.

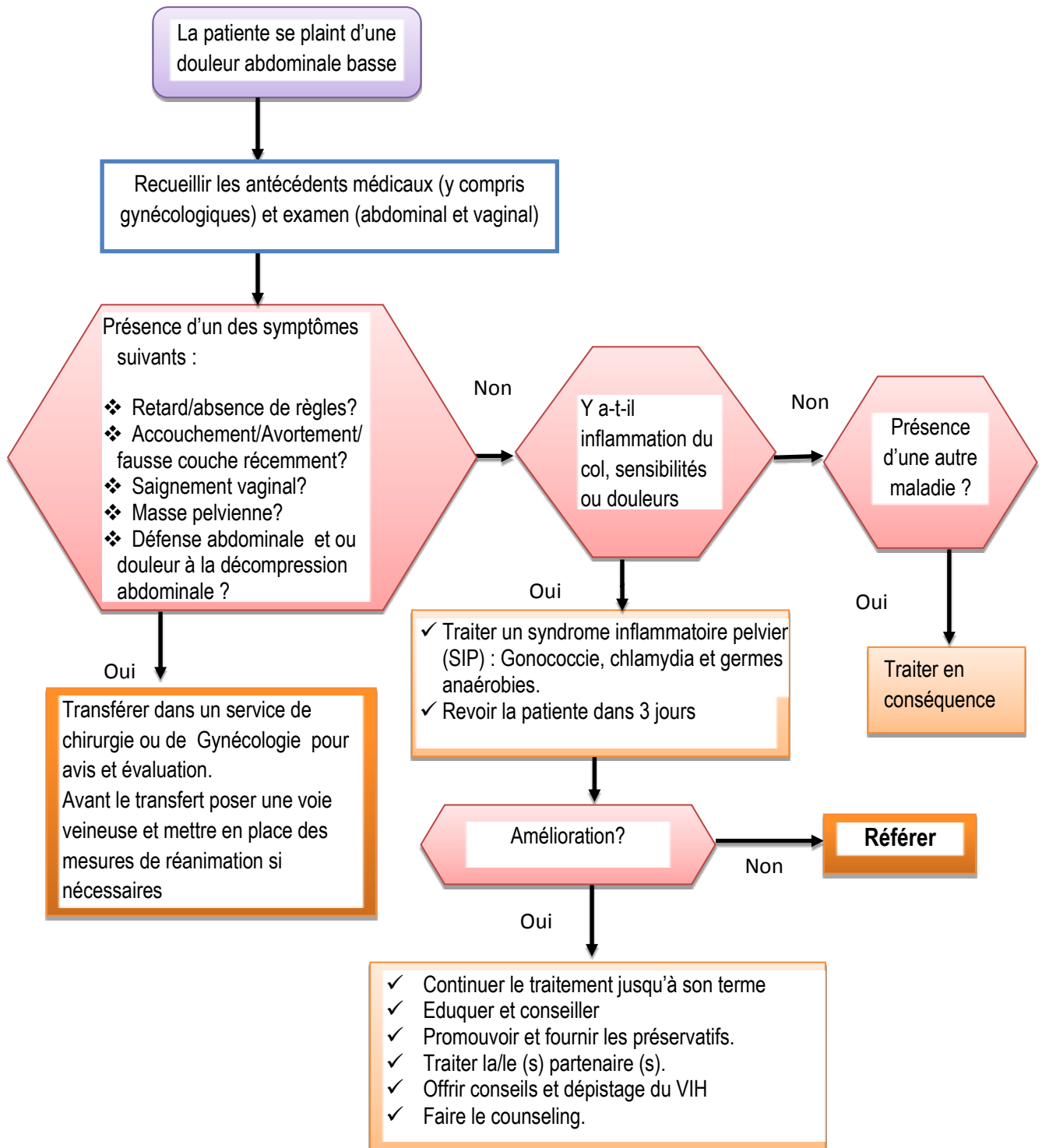
*En raison de la gravité des conséquences du SIP, les prestataires de la santé doivent être attentifs et **traiter tous les cas présumés** ; car la prévention des complications à long terme marche mieux si les antibiotiques sont administrés immédiatement et correctement.*

L'hospitalisation des patientes souffrant d'une salpingite aigue sera sérieusement envisagée dans les cas suivants :

- Une urgence chirurgicale telle que l'appendicite ou grossesse ectopique
- Suspicion d'un abcès pelvien
- La gravité de la maladie exclut la prise en charge en ambulatoire
- La patiente est adolescente
- Impossibilité de la patiente de suivre ou de tolérer les médicaments en ambulatoire



Figure 7 : ALGORITHME 4 : CAT devant une douleur abdominale basse



**Tableau X : Traitement syndromique d'une douleur abdominale**

Syndrome	Traiter pour	Traitement de première intention	Traitement alternatif	Traitement en cas de grossesse et femmes allaitantes
<b>Douleurs abdominales basses</b>	Gonococcie	Céfixime 400mg	Ceftriaxone 250 mg en IM, une fois par jour	Référent
	Chlamydiae	+Azithromycine 1g par voie oral en dose unique	+ Azithromycine 1g par voie oral en dose unique	Référent
	Germes Anaérobies	+Métronidazole 500mg 3x/j pendant 14j		Référent

## 5. Bubon inguinal

Les bubons inguinaux et fémoraux sont des ganglions lymphatiques localement hypertrophiés, palpables dans la région de l'aîne, douloureux et éventuellement mobiles (mou comme liquidien).

On diagnostique un bubon inguinal lorsqu'un patient présente une tuméfaction, des adénopathies inguinales avec fluctuation évoluant vers la fistulisation.

Un bubon qui se rompt prend l'aspect d'une ulcération au niveau de l'aîne.

Le bubon est souvent associé au *lymphogranulome vénérien* et au *chancre mou*. La plus part du temps quand il y a chancre mou, il y a également une ulcération génitale.

*NB : l'ulcération à l'intérieur du vagin chez la femme peut passer inaperçue.*

Dans certains cas, le traitement peut se poursuivre au-delà des 14 jours.

Il convient de se référer à l'algorithme relatif au traitement des ulcérations génitales lorsqu'on constate la présence concomitante d'un bubon inguinal et d'une ulcération génitale.

Figure 8 : ALGORITHME 5 : CAT devant une tuméfaction inguinale

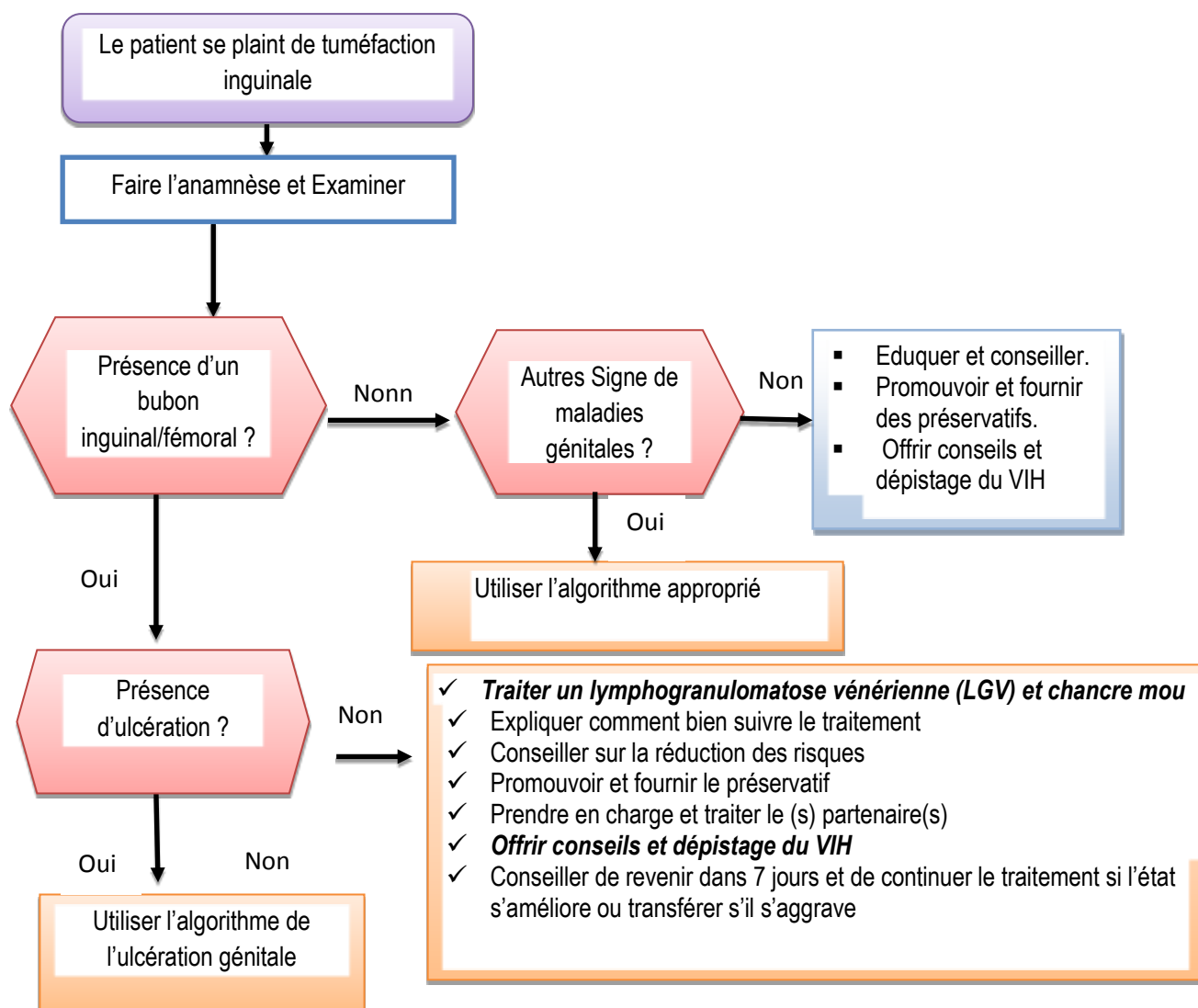


Tableau XI : Traitement syndromique d'un bubon inguinal

Syndrome	Traiter pour	Traitement de première intention	Traitement alternatif	Traitement en cas de grossesse et femmes allaitantes
Bubon inguinal	Chancre mou +	Doxycycline, 100 mg par voie orale 2 x/ j pendant 21jrs	Azithromycinee 1g par voie oral en dose unique	Azithromycinee 1g par voie oral en dose unique
	Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)			

## 6. Tuméfaction du scrotum

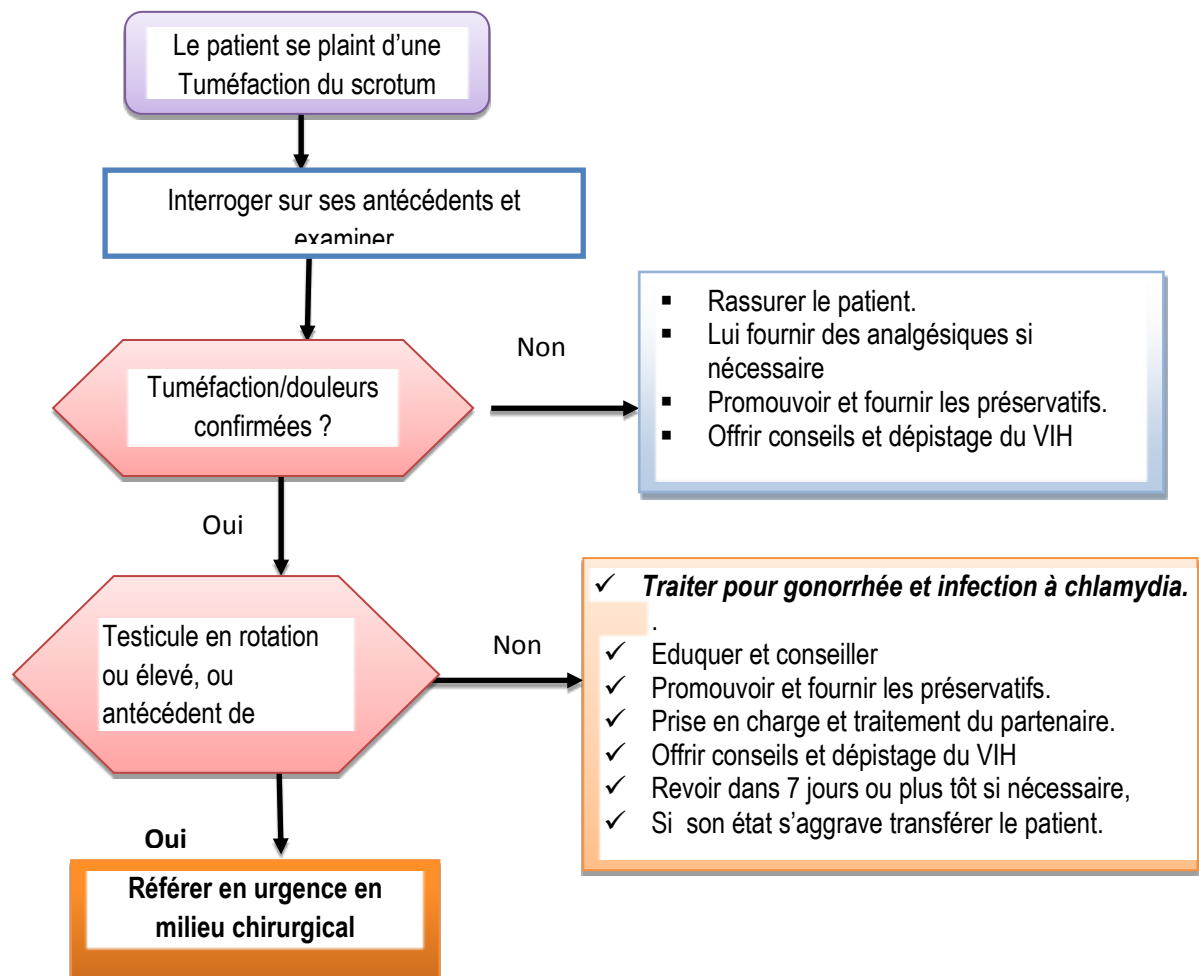
On diagnostique une tuméfaction/douleur scrotale si le patient se plaint de douleurs dans l'un des deux ou les deux testicules, avec ou sans tuméfaction, et confirmé par l'examen physique du patient.

L'infection des testicules ou de l'épididyme est une complication grave de l'urétrite *gonococcique* et *l'urétrite à chlamydia*. Lorsqu'il est infecté le testicule gonfle, devient chaud et très douloureux. Si on ne traite pas précocement, l'infection guérira en laissant des cicatrices fibreuses et détruisant les tissus testiculaires, ce qui peut conduire à la *stérilité*.

A l'examen on doit observer le scrotum : recherche de gonflement, comparer les deux côtés, palper pour noter la sensibilité, noter la position du testicule, élevé ou en rotation. On doit également observer des contusions sur la peau qui pourraient indiquer un traumatisme.

En cas de testicule en rotation ou élevé ou notion de traumatisme, on doit transférer le patient.

Figure 9 : ALGORITHME 6 : CAT devant une tuméfaction du scrotum



**Tableau XII : Traitement syndromique d'une tuméfaction scrotale**

Syndrome	Traiter pour	Traitement de première intention	Traitement alternatif
Tuméfaction scrotale	Gonococcie Chlamydiase	Céfixime 400 mg en dose unique Azithromycinee 1g par voie orale en dose unique	Ceftriaxone 250 mg en IM, une fois par jour Azithromycinee 1g par voie orale en dose unique

## 7. Conjonctivite du nouveau-né

On diagnostique une conjonctivite néonatale si un nourrisson **de moins d'un mois** présente des symptômes d'écoulement au niveau de la conjonctive ou de gonflement et de rougeur des paupières et que l'examen met en évidence la présence d'un écoulement purulent au niveau de la conjonctive.

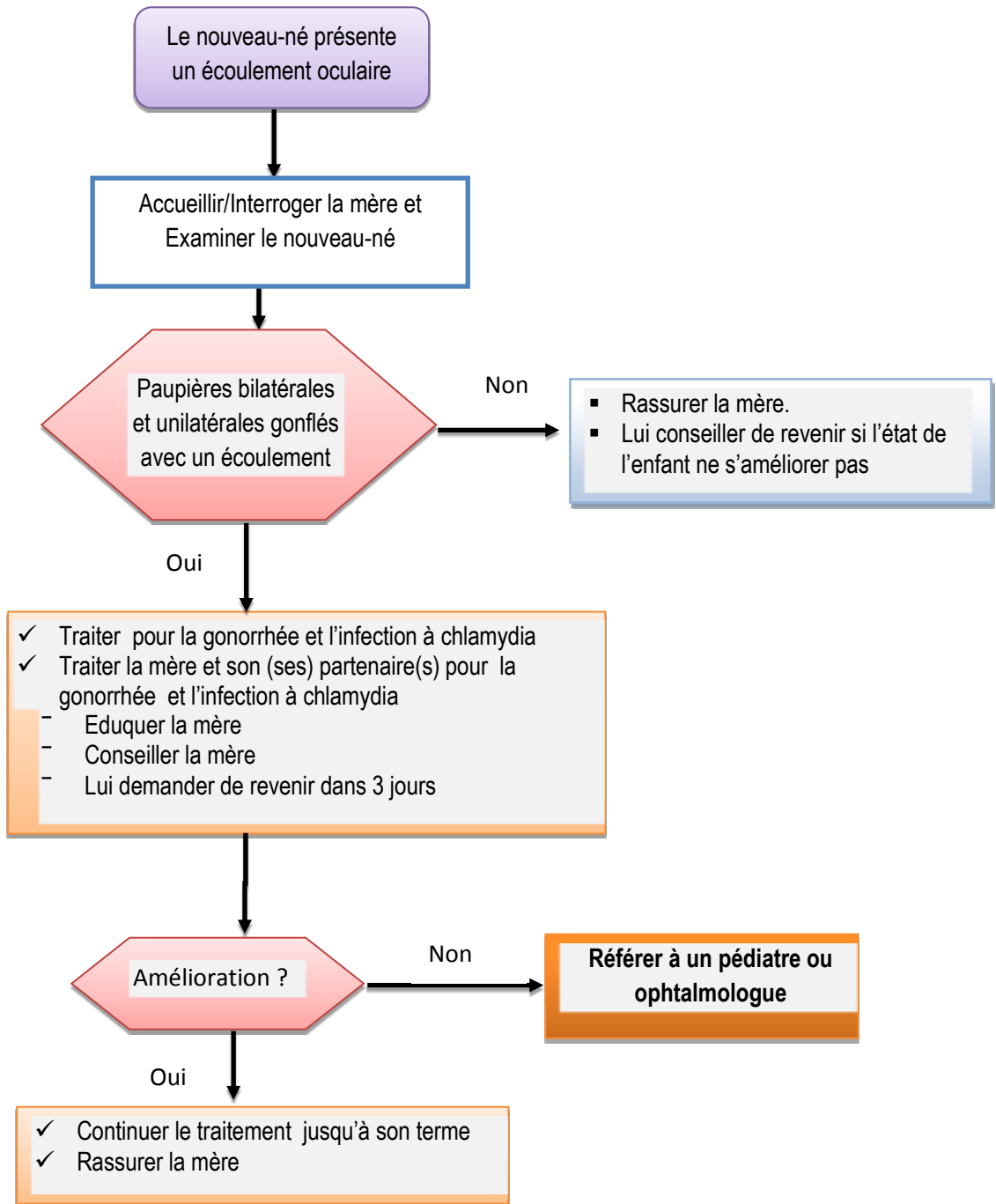
Les principaux micro-organismes responsables sont *le Neisseria gonorrhoeae* et *le Chlamydia Trachomatis*. D'autres germes comme le *Staphylococcus aureus*, le *Streptococcus pneumoniae*, l'*Haemophilus ducreyi* sont aussi généralement en cause.

Les causes les plus importantes de cette condition pouvant entraîner la cécité sont *la gonorrhée* et *l'infection à chlamydia*.

*Dans le cadre de la prévention des conjonctivites néonatales, il est conseillé de donner systématiquement de la tétracycline hydrochloride 1% pommade oculaire ou chloramphénicol 1% pommade oculaire ou le Nitrate d'Argent solution 1% (Argyrol), une seule application à la naissance.*

Pour les bébés de plus d'un mois, il est peu probable que la cause en soit une IST

Figure 10 : ALGORITHME 7 : CAT devant un écoulement oculaire chez un nouveau-né



**Tableau XIII : Traitement syndromique d'une conjonctivite du nouveau-né**

Syndrome	Traiter pour	Traitement de première intention	Traitement alternatif
Conjonctivite du Nouveau- né	Gonococcie+	Ceftriaxone, 50 mg/kg en IM, en dose unique, jusqu'à un maximum de 150 mg.	Spectinomycine, 25 mg/kg en IM, en dose unique, jusqu'à un maximum de 75 mg.
	Chlamydiase	Azithromycine 20 mg/kg/jour oral, une dose quotidienne pendant 3 jours	Erythromycine sirop 50mg/Kg/J par voie orale : 4 doses/jr pendant 14 Jrs

NB :

- La doxycycline est déconseillée pendant la grossesse et en période d'allaitement.
- Le métronidazole est déconseillé pendant le premier trimestre de la grossesse.
- La consommation d'alcool est déconseillée pendant le traitement par le métronidazole ou le tinidazole.

## 7. Végétations ano génitales ou condylomes acuminés

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



**Figure 11 : Végétations ano génitales ou condylomes acuminés**

Ils sont causés par le *virus du papillome humain (HPV)* qui est sexuellement transmissible. Les condylomes acuminés sont indolores, mais risquent de provoquer une occlusion génitale.

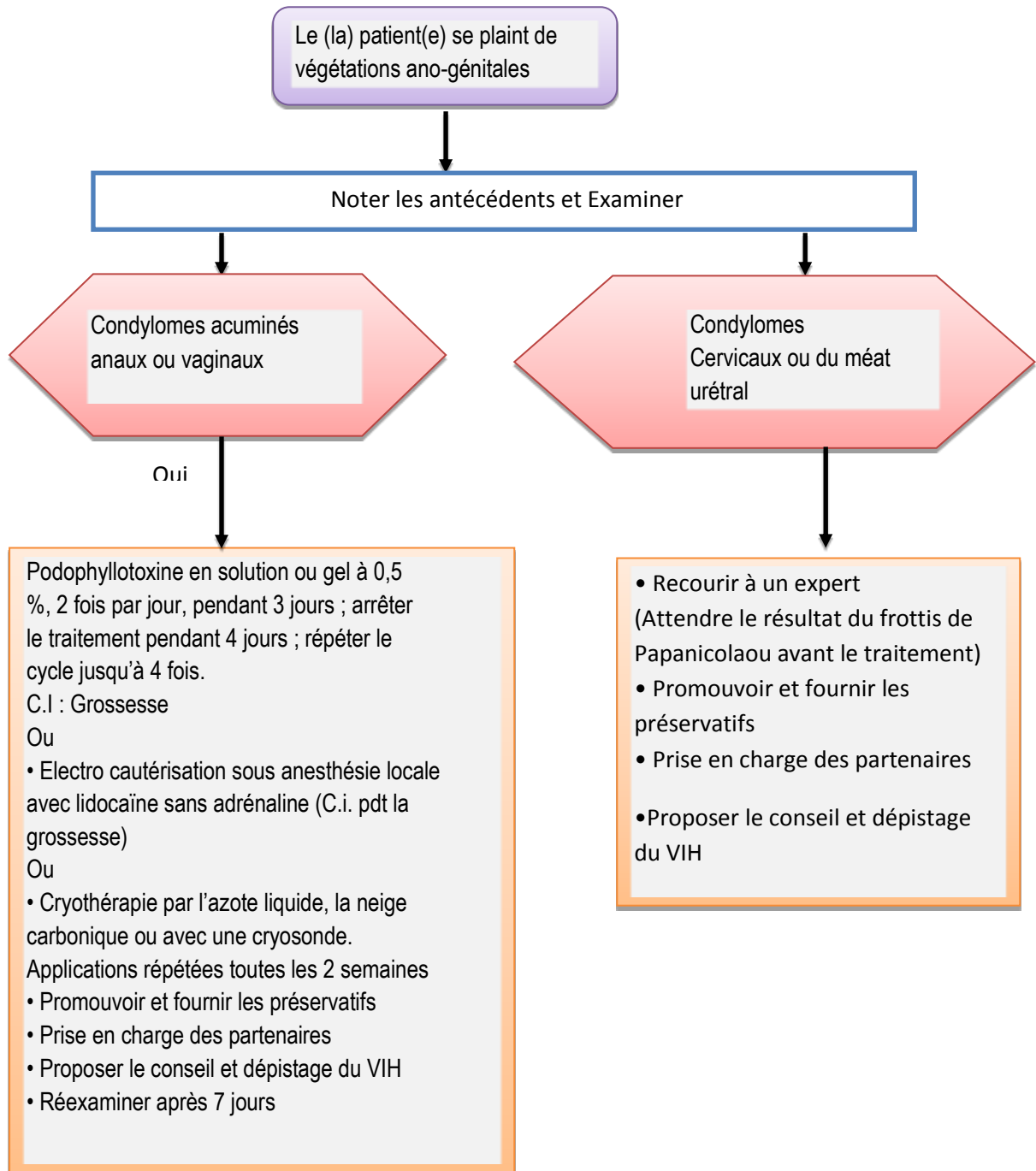
Certains types d'HPV peuvent donner naissance à un cancer invasif du col. Il est donc recommandé de pratiquer un examen du col chez toutes les femmes ayant une IST et d'effectuer des frottis cervicaux réguliers dans cette population en vue du cytodiagnostics de Papanicolaou.



L'excision de la lésion ne signifie pas la guérison de l'infection. Aucun traitement n'est complètement satisfaisant. Néanmoins un vaccin contre le papillomavirus est disponible ;Au Burundi,il est administré depuis 2016 dans deux districts en phase pilote (Ngozi et Rumonge).



**Figure 12 : ALGORITHME 8 : CAT devant des végétations ano génitales ou condylomes acuminés**



## Les Protocoles thérapeutiques recommandés

Les méthodes chimiques utilisant la podophylline et l'électrocoagulation.

- a) la podophylline et ses dérivés ont peu d'intérêt en matière de papillomatose anale dans la mesure où ils sont souvent mal tolérés et d'une efficacité restreinte.

D'autres thérapeutiques locales (Imiquimod) paraissent prometteuses mais demandent à être validées dans la liste des médicaments essentiels.

- b) L'électrocoagulation pratiquée sous anesthésie locale ou générale, constitue la méthode de référence.

### **Critères de choix des médicaments utilisés pour le traitement des infections gonococciques et chlamydiae :**

Une étude de Résistance aux gonocoques menée au Burundi s'est heurtée à la culture des germes de *Neisseria gonorrhoeae* qui n'a pas poussé. Une décapitation des germes suite à l'auto médication en serait la cause.

La résistance des gonocoques aux quinolones dont fait partie la Ciprofloxacine est en augmentation dans plusieurs régions du monde (OMS 2005, Guide pour la Prise charge des infections sexuellement transmissibles). Le même guide recommande l'utilisation des thérapeutiques standardisées efficaces (qui guérissent au moins 95 % des patients)

L'efficacité de la prise en charge des IST est à la base de la lutte contre les IST, car elle empêche la survenue des complications et des séquelles, réduit la propagation de ces maladies dans la communauté.

Comme mentionné dans l'introduction; les médicaments préconisés dans le présent guide se réfèrent conformément aux critères et protocoles recommandés par l'OMS et c'est l'occasion idéale pour les intégrer dans la liste des médicaments essentiels.

Par ailleurs, d'autres pays voisins de la sous-région des Grands Lacs en l'occurrence la République Démocratique du Congo utilise la même approche thérapeutique.

### III.5 : TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

Le diagnostic étiologique est posé à l'aide des tests de laboratoires et guide le traitement en dehors de l'approche syndromique. Les directives 2016 de l'OMS orientent vers la combinaison des deux approches dans la prise en charge des IST et l'approche étiologique est privilégiée partout où les moyens le permettent.

#### III.5.1 Syphilis

🚩 Syphilis Précoce (primaire, secondaire, latent < 2 ans)

➤ Chez la femme enceinte, l'adolescent et l'adulte :

- ✓ 1<sup>ère</sup> option : Benzathine pénicilline 2,4 Millions d'Unité Internationale en IM en dose unique ;
- ✓ Alternative : Pénicilline G procaïne 1.2 million unités, une injection en IM par jour pendant 10-14 jours ;
- ✓ En cas d'allergie à la Pénicilline ou rupture de stock :
  - Chez l'adulte et l'adolescent: Doxycycline 100mg deux fois /jour pendant 14 jours ou ceftriaxone 1g en IM /j pendant 10-14 jours
  - Chez la femme enceinte : Erythromycine 500 mg x 2/jour pendant 14jours.

➤ Chez l'enfant :

- ✓ Chez les enfants avec syphilis congénitale confirmée ou les enfants cliniquement normaux, mais qui naissent des mères avec syphilis non traitée, inadéquatement traitée (y compris celles traitées dans les 30 jours ayant précédé l'accouchement) ou traitées avec un régime non - pénicilline:
  - Benzyl penicilline forme aqueuse 100,000-150,000 UI/kg/jour en intraveineuse pendant 10-15 jours ;
  - Pénicilline G procaïne 50,000 UI/kg/jour en une injection en IM pendant 10-15 jours ;

- ✓ Chez les enfants qui sont cliniquement normaux et les mères avec syphilis traitée adéquatement sans signes de réinfection, la directive nationale suggère d'assurer le suivi de l'enfant et donner une injection de Benzathine pénicilline G 50,000 UI/kg/jour dose unique en IM

NB : Suite aux complications de la syphilis chez le fœtus ou le nouveau-né, les ruptures de stock en benzathine pénicilline utilisée en soins prénatals sont à éviter.

✚ Syphilis tardive (infection d'une durée de plus de 2 ans sans signe d'appel ou évidence de l'infection au *Treponema Pallidum*)

- ✓ 1<sup>ère</sup> option : Benzathine pénicilline G 2.4 million unités internationales en une injection IM par semaine pendant 3 semaines consécutives
- ✓ Alternative : Pénicilline G procaine 1.2 million unités internationales en une injection IM par jour pendant 20 jours
- ✓ En cas d'allergie à la pénicilline ou rupture de stock :
  - Chez l'adulte et l'adolescent : Doxycycline 100 mg x 2/jour pendant 30 jours
  - Chez la femme enceinte : Erythromycine 500 mg x 4/jour pendant 30 jours,

*N.B. Le volume de Benzathine pénicilline étant important (2,4millions), cette dose est administrée en deux injections à des endroits séparés.*

### III.5.2. Formes particulières de *Neisseria gonorrhoea*

#### ✚ Gonococcie ano-rectale

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), et leur localisation ano-rectale, sont l'une des préoccupations actuelles majeures de santé publique

L'infection est liée à une bactérie appelée *Neisseria gonorrhoeae*. Les symptômes commencent 3 à 7 jours après le rapport contaminant. Il s'agit généralement :

- d'une douleur anale ou rectale ;
- d'une émission de pus par l'anus, de glaires, de sang à la selle ;
- voire des faux-besoins d'aller à la selle qui peuvent être douloureux.

Le diagnostic repose sur la recherche de germes à l'examen direct et en culture par prélèvements à travers l'anuscope.

Le traitement repose sur deux options :

1<sup>ère</sup> option : cefixime 400 mg per os dose unique + Azithromycine 1 g en per os dose unique ;

Alternative : ceftriaxone 250 mg intramusculaire (IM) en dose unique+ Azithromycine 1 g en per os en dose unique.

### **Gonococcie oro - pharyngée**

Le principal symptôme de la gonorrhée buccale est un mal de gorge, mais jusqu'à 90% des personnes infectées peuvent avoir peu ou pas de symptômes. Ces symptômes de la gonorrhée oro- pharyngée sont les mêmes pour les hommes et les femmes et surviennent habituellement quelques jours après un contact oral (environ 7 à 21 jours) avec les parties génitales ou la région anale d'un partenaire lorsque celui-ci est infecté par *Neisseria gonorrhoeae*.

Le traitement :

- ✓ 1<sup>ère</sup> option : cefixime 400 mg per os en dose unique + Azithromycine 1 g per os en dose unique
- ✓ Alternative : ceftriaxone 250 mg IM dose unique + Azithromycine 1 g per os en dose unique
  
- Retraitement des infections à *Neisseria* Gonorrhée après échec du 1er traitement

Chez les gens avec infection à *Neisseria* Gonorrhée traitée sans succès, la directive suggère les options suivantes:

- Si réinfection suspectée, retraiter avec un schéma recommandé par les directives nationales, renforcer l'abstinence sexuelle ou l'utilisation du condom, et traiter le partenaire ;
- Si échec du traitement apparaît après traitement avec un schéma non recommandé par les présentes directives, retraiter avec schéma recommandé par les directives nationales ;
- Si l'échec du traitement apparaît et que les données sur la résistance sont disponibles (antibiogramme), retraiter en fonction de la sensibilité aux molécules ;
- Si l'échec du traitement apparaît après traitement en monothérapie, retraité avec bithérapie recommandée par les directives nationales ;

- Si l'échec du traitement apparait après une bithérapie recommandée par les présentes directives retraiter avec une des options suivantes :
- ✓ 1<sup>ère</sup> option : cefixime 800 mg per os dose unique + Azithromycine 2 g per os dose unique
- ✓ Alternative : ceftriaxone 500 mg IM en dose unique + Azithromycine 2 g per os en dose unique

NB : On parle d'échec, s'il y a persistance des symptômes avec une bonne observance d'un traitement correct et en absence de réinfection

### III.5.3. Chlamydia génitale et ano rectale

#### Infection génitale

Le traitement repose sur les cyclines (doxycycline) pendant 7 jours à 3 semaines ou sur l'Azithromycine et l'érythromycine.

- ✓ 1<sup>ère</sup> option : Doxycycline 100 mg en per os 2 fois par jour pendant 7 jours ou Azithromycine 1 g en per os en dose unique
- ✓ Alternative : Erythromycine 500mg per os x4/jr pendant 7 jours

#### Infection Ano – rectale

Cette IST est responsable de rectites chez les hommes ou les femmes ayant des rapports anaux passifs ou des rapports bucco- anaux. Elle est retrouvée chez environ 15% des homosexuels asymptomatiques.

- ✓ Traitement : la Doxycycline 100 mg per os 2 fois par jour pendant 7 jours,

### III.5.4. Herpès Simplex Virus type 2

#### ➤ Herpès génital (Primo-infection) :

Le traitement repose sur l'acyclovir qui est un inhibiteur compétitif de l'ADN polymérase virale. La posologie se donne selon deux options :

- 1 ère intention : Acyclovir 200 mg par voie orale 5 x/ j pendant 10jrs
- Alternative : Acyclovir 400 mg par voie orale 3 x/ j pendant 10 jrs

#### ➤ Herpès (En cas de récurrence) :

- 1 ère intention : Acyclovir 800mg deux fois par jour en per os pendant 5 jours
- Alternative : Acyclovir 400mg trois fois par jour en per os pendant 5 jours

#### ➤ Herpès Simplex Virus associé au VIH ou à l'immunodépression :

- Acyclovir 400mg per os 3fois par jour jusqu'à la résolution des symptômes cliniques

## CHAPITRE IV. EDUCATION SANITAIRE ET CONSEIL

### IV.1 L'éducation sanitaire et conseil

Un des avantages de la prise en charge syndromique est qu'elle offre l'occasion de faire l'éducation pour la santé et le conseil.

En effet, l'éducation sanitaire et le conseil en matière d'IST sont importants car ils aident les individus à mesurer leurs propres responsabilités et les occasions qui s'offrent à eux de réduire la transmission des IST.

L'éducation sanitaire et le conseil sont étroitement liés. Les deux activités pouvant se faire en même temps.

**L'éducation sanitaire** est la fourniture de renseignements exacts et fiables pour qu'une personne soit amplement informée sur le sujet et fasse des choix éclairés

L'éducation sanitaire a pour but de mieux informer le patient afin qu'il puisse choisir en connaissance de cause ses partenaires et ses pratiques sexuels.

#### **Les principaux sujets à aborder :**

- ✓ Les méfaits de l'auto-médication ;
- ✓ Expliquer l'IST et son traitement ;
- ✓ L'importance d'adhérer au traitement ;
- ✓ Les effets secondaires possibles que l'on doit surveiller ;
- ✓ Eduquer en matière de prévention d'infection future ;
- ✓ Promouvoir l'usage de préservatifs ;
- ✓ La circoncision masculine selon les cas ;
- ✓ Nécessité de traiter les partenaires sexuels ;
- ✓ L'évaluation du niveau de risque d'un patient ;
- ✓ L'importance du changement de comportement ;
- ✓ Les obstacles à ce changement ;
- ✓ Le dépistage du VIH/SIDA.



**L'éducation sanitaire devra insister sur la nature de l'infection, les conséquences néfastes de l'automédication. En effet une IST traitée de façon inadéquate non seulement engendre des résistances mais surtout évolue vers des complications et séquelles irréversibles.**

- Le conseil est un échange réciproque entre un client et un prestataire. C'est un processus de communication interpersonnelle et dynamique qui implique une sorte d'accord mutuel entre un client et son conseiller qui a été correctement formé et qui est tenu de se conformer à un code éthique et déontologique. Cela nécessite de l'empathie, de la sincérité et l'absence de tout jugement moral ou personnel.
  
- Le conseil cible plutôt les problèmes, l'anxiété et la façon de gérer une infection et ses conséquences, à la fois biomédicales et sociales.

#### **IV.2 Conseil en matière d'IST et de VIH**

Le malade atteint d'IST présente un très grand risque d'infection du VIH/SIDA. C'est une occasion d'initier le conseil pour le dépistage du VIH.

On doit insister tout d'abord sur le mode de transmission du VIH qui est le même que pour les autres IST sur le caractère confidentiel du test, établir les raisons de cette démarche et énumérer tous les antécédents de risques probables

N.B : Le dépistage du VIH doit être :

- Confidentiel ;
- Accompagné de conseil pré et post test ;
- Volontaire et n'être effectué qu'en cas de consentement éclairé du patient.

## CHAPITRE V. PRISE EN CHARGE DES PARTENAIRES

### V.1 But

Le traitement des partenaires est l'un des éléments essentiels de la prise en charge des IST. Le but de cette prise en charge est de rompre la chaîne de transmission des IST par le traitement, le conseil et l'éducation du patient initial et de ses partenaires sexuels.

### V.2 Orientation des partenaires

Comme la prise en charge des partenaires vise à traiter le plus grand nombre de partenaires, il existe deux façons d'entrer en contact avec les partenaires : *orientation de partenaires par le patient initial ou par le prestataire de soins*

#### ➤ Orientation de partenaire par le patient initial

Conduite à tenir :

- Expliquer la nécessité de ne pas se réinfecter : Dans ce cas c'est le patient qui entre en contact avec le partenaire et lui demande de se faire soigner :
  - soit en accompagnant le partenaire ;
  - soit lui demander de se rendre au centre de santé seul sans lui préciser le motif ;
  - soit en remettant une carte d'invitation lui demandant de se présenter au centre de santé.
- Garder la confidentialité et le respect de la vie privée est de rigueur.
- Se servir de la carte d'orientation suivante :

**Tableau XIV : Carte d'orientation**

Carte No	<b>Carte No</b>
Date d'émission :	<b>Date d'émission :</b>
Code du patient initial: Code diagnostic du patient initial : Registre du service de :	Centre de santé de :
Nom, prénom et/ou coordonnées du ou de la partenaire (si possible):	Code du patient initial:
Centre de santé de :	<b>Veillez-vous présenter au centre de santé de..... et apporter cette carte</b>
Cachet et signature :	Service de .....

➤ *Orientation de partenaires par le prestataire de soins*

Un membre de l'équipe sanitaire entre en contact avec les partenaires de patients souffrant d'une IST. Cette deuxième approche peut générer des coûts et demande du temps. La première approche est la plus facilement réalisable.

**V.3 .Traitement des partenaires**

Le partenaire sexuel doit se faire traiter exactement pour la même IST que *le patient initial* « *patient de référence* » sauf dans le cas d'écoulement vaginal.

Il n'est pas nécessaire d'examiner le partenaire mais il est recommandé de le faire si possible pour chercher les signes d'une éventuelle nouvelle IST.

L'entretien, l'éducation et la prise charge en charge sont identiques que pour le patient initial « *patient de référence* »

**Tableau XV : Traitement du partenaire selon le syndrome du patient de référence**

Syndrome du patient de référence	Traitement du partenaire
Ecoulement urétral	Traiter le partenaire pour la gonorrhée et l'infection à chlamydia.
Ulcération génitale	Traiter le partenaire pour la syphilis et le chancre mou
Ecoulement vaginal : Patiente traitée pour la vaginite et Cervicite Patiente traitée pour la vaginite seulement	Traiter le partenaire pour la gonorrhée et l'infection à chlamydia. Il n'est pas nécessaire de traiter le partenaire à moins que l'écoulement vaginal ne soit récurrent.
Syndrome inflammatoire pelvien	Traiter le partenaire pour la gonorrhée et l'infection à chlamydia.
Tuméfaction du scrotum	Traiter la partenaire pour la gonococcie et l'infection à chlamydia.
Bubon inguinal	Traiter le partenaire pour le lymphogranulome vénérien.
Conjonctivite du nouveau -né	Traiter les parents pour la gonococcie et l'infection à chlamydia.

**NB :**

- Si la patiente présentant un écoulement vaginal souffre de **vaginite récurrente**, on traitera le partenaire pour **une candidose ou une trichomonase**.
- L'abstinence sexuelle pendant la durée de traitement est conseillée.

#### V.4 Prophylaxie des IST en cas d'exposition

*Le traitement prophylactique des IST prévient l'infection à chlamydia, à gonocoques, à tréponème (Syphilis), à trichomonas ou le chancre mou.*

**Azithromycine 1g par voie orale en dose unique**

**+**

**Cefixime 400 mg par voie orale en dose unique**

**+**

**Métronidazole 2 g par voie orale en dose unique**

**OU**

**Doxycycline ® 100 mg x 2/jour par voie orale pendant 7 jours**

**+**

**Benzathine pénicilline G 2,4 millions IU en dose unique en IM**

**+**

**Ceftriaxone ® 250 mg en IM en dose unique**

**+**

**Métronidazole 2g par voie orale en dose unique**

## Chap. VI. NOTIFICATION DES CAS D'IST

Dans la pratique, les patients atteints d'IST se présentent en consultation curative. Avec l'intégration des services de santé, des cas d'IST sont aussi diagnostiqués dans d'autres services tels que CPN, CPoN, PF et PEV **notamment les cas de conjonctivite du nouveau-né.**

L'utilisation de plusieurs registres dans la notification des cas d'IST peut occasionner un double comptage. Pour pallier à ce problème l'utilisation d'une feuille de pointage dans les différents services est recommandée pour améliorer le système de surveillance des IST dont l'ampleur n'est pas bien connue jusqu'aujourd'hui.

Pour permettre une bonne notification en amont et une planification rationnelle des ressources (intrants) en aval, le MSPLS à travers son Programme National de Lutte contre le Sida et les IST propose une fiche de notification ci-après :

Tableau XVI : FICHE DE POINTAGE

FICHE DE POINTAGE						
Province sanitaire				Année :		
District sanitaire				Mois :		Date :
Nom de la FOSA:						
	<b>Masculins</b>					
<b>Syndromes</b>	<b>&lt;5 ans</b>	<b>5-14ans</b>	<b>15-24 ans</b>	<b>25-49 ans</b>	<b>&gt;49 ans</b>	<b>Total de cas</b>
<b>Ecoulement urétral</b>	00000	00000	00000	00000	00000	.....
	00000	00000	00000	00000	00000	
<b>Ulcération génitale</b>	00000	00000	00000	00000	00000	.....
	00000	00000	00000	00000	00000	
<b>Bubon inguinal</b>	00000	00000	00000	00000	00000	.....
	00000	00000	00000	00000	00000	
<b>Tuméfaction du scrotum</b>	00000	00000	00000	00000	00000	.....
	00000	00000	00000	00000	00000	
<b>Condylome génital</b>	00000	00000	00000	00000	00000	.....
	00000	00000	00000	00000	00000	
<b>Total hommes</b>	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	<b>Féminins</b>					
<b>Syndromes</b>	<b>&lt;5 ans</b>	<b>5-14ans</b>	<b>15-24 ans</b>	<b>25-49 ans</b>	<b>&gt;49 ans</b>	<b>Total de cas</b>
<b>Ecoulement Vaginal</b>	00000	00000	00000	00000	00000	.....
	00000	00000	00000	00000	00000	
<b>Ulcération génitale</b>	00000	00000	00000	00000	00000	.....
	00000	00000	00000	00000	00000	
<b>Bubon inguinal</b>	00000	00000	00000	00000	00000	.....
	00000	00000	00000	00000	00000	
<b>Douleurs abdominales basses</b>	00000	00000	00000	00000	00000	.....
	00000	00000	00000	00000	00000	
<b>Condylomes génitaux</b>	00000	00000	00000	00000	00000	.....
	00000	00000	00000	00000	00000	
<b>Total femmes</b>	.....	.....	.....	.....	.....	.....

**Tableau XVII : Nombre de cartes d'orientation émises**

Nombre de cartes d'orientation émises				
Conjonctivite du NN < 30jrs:	00000	00000	00000	00000
	00000	00000	00000	00000
	00000	00000	00000	00000
	00000	00000	00000	00000
Total de cas : .....				

## CONCLUSION

Malgré que les infections sexuellement transmissibles soient un problème de santé publique préoccupante; il est possible de les prévenir et les soigner efficacement par des stratégies combinant le diagnostic correct, le traitement approprié du patient initial et son partenaire.

L'éducation sanitaire visant l'usage du préservatif, l'observance au traitement sans recourir à l'automédication reste d'une importance capitale.

Ces différentes interventions constituent donc les piliers d'une prise en charge syndromique des IST et doivent être menées de manière pleinement intégrée dans les services curatives et préventives.

Toutefois, la prise en charge syndromique des IST ne veut pas dire de se passer des examens cliniques tels que les examens gynécologiques notamment la pose de speculum en cas d'écoulement vaginal, la recherche systématique de la syphilis chez les femmes enceintes par des méthodes de laboratoire et aussi pour les cas douteux.

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant doit être reliée à la prévention de la syphilis congénitale pour éviter le sort tragique du nouveau-né qui échappe au VIH mais qui meurt de la syphilis. Les formations sanitaires doivent rendre disponible les tests de diagnostic rapide pour dépister systématiquement toute femme enceinte.



## ANNEXES

### LISTE DES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS UTILISES CONTRE LES IST

Acide trichloracétique 80-90 %  
Acyclovir 200 mg , 400 mg  
Azithromycine 250 mg,500 mg  
Benzathine penicilline 2, 4 MUI  
Céfixime 200 mg ; 400 mg  
Ceftriaxone inj 250 mg, 500 mg et 1g  
Ciprofloxacine 500 mg  
Clotrimazol co vaginal de 200 mg  
Cotrimoxazole 480 mg  
Doxycycline 100 mg  
Erythromycine 500 mg  
Erythromycine sirop 125 mg  
Famciclovir 250 mg  
Métronidazole 250mg ,500 mg  
Pénicilline G procaïne  
Podophyllotoxine, en solution ou gel à 0,5 %  
Spectinomycine 1 g  
Tinidazole 500 mg

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Annuaire statistique des données des centres de santé et des hôpitaux pour l'année 2012.
2. Bulletin épidémiologique de l'USLS/Santé 2010.
3. Enquête épidémiologique de santé 2010
4. Gina Dallabetta, Marie Laga, Peter lamptey, Lutte contre les maladies sexuellement transmissibles AIDSCAP / Family Health International
5. Modules de formations pour la prise en charge syndromique des Infections sexuellement transmissibles 2<sup>ème</sup> Edition
6. Natalie BROUTET, Unité de contrôle des Infections sexuellement transmissibles et ITR, Département santé, Reproduction et recherche, OMS Genève : XXVII Cours sur les Infections sexuellement transmissibles (IST classiques et VIH) et leur retentissement sur la santé de la reproduction
7. OMS : Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur, Guide de pratiques essentielles
8. OMS : Stratégies mondiales de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles 2006-2015 : rompre avec la chaîne de transmission
9. OMS : Guide pour la prise en charge des Infections sexuellement transmissibles 2005
10. ONUSIDA, Stratégies de surveillance des Infections sexuellement transmissibles 2012
11. Professeur Pierre Aubry, Infections sexuellement transmissibles .Actualités 2011
12. Sexual Transmitted Diseases, Zambia, Ministry of Health, Zambia in conjunction with UNICEF 1991
13. Stratégie Mondiale IST 2016-2021
14. EDSB-III, 2016-2017