

GUIDE

**POUR LA PRISE EN CHARGE DES
INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**



**ORGANISATION
MONDIALE DE LA SANTÉ**



Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Organisation mondiale de la Santé.

Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles.

1. Maladies sexuellement transmissibles - diagnostic 2. Maladies sexuellement transmissibles - thérapeutique 3. Anti-infectieux 4. Guides de bonne pratique
I. Réunion du Groupe Consultatif sur l'Amélioration de la Prise en Charge des Infections Sexuellement Transmissibles (2001 : Genève, Suisse) II. Titre.

ISBN 92 4 254626 7

(Classification NLM: WC 142)

© Organisation mondiale de la Santé 2005

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en Suisse.



TABLE DES MATIERES

PREFACE	vii
----------------	------------

1. INTRODUCTION	1
------------------------	----------

1.1. Le contexte	1
------------------	---

1.2. Pourquoi des recommandations thérapeutiques standardisées	1
--	---

1.3. Prise en charge	2
----------------------	---

1.4. Prise en charge syndromique	3
----------------------------------	---

1.5. Facteurs de risque de cervicite liée aux IST	4
---	---

1.6. Choix des médicaments	5
----------------------------	---

2. TRAITEMENT EN FONCTION DES SYNDROMES ASSOCIES AUX IST	7
---	----------

2.1. Ecoulement urétral	7
-------------------------	---

Ecoulement urétral persistant ou récurrent	10
--	----

2.2. Ulcérations génitales	12
----------------------------	----

Ulcérations génitales et infection à VIH	13
--	----

Bubon inguinal	17
----------------	----

2.3. Tuméfaction du scrotum	19
-----------------------------	----

2.4. Ecoulement vaginal	22
-------------------------	----

Infection cervicale	23
---------------------	----

Infection vaginale	24
--------------------	----

2.5. Douleur abdominale basse	28
-------------------------------	----

Traitement de la patiente ambulatoire	29
---------------------------------------	----

Traitement de la patiente hospitalisée	30
--	----

2.6. Conjonctivite du nouveau-né	33
----------------------------------	----

3. TRAITEMENT EN FONCTION DE L'ETIOLOGIE DES INFECTIONS	35
--	-----------

3.1. Infections à gonocoque	35
-----------------------------	----

Infection ano-génitale non compliquée	35
---------------------------------------	----

Infection gonococcique généralisée	36
------------------------------------	----



Conjonctivite gonococcique	36
3.2. Infections à chlamydia trachomatis (autres que la lymphogranulomatose vénérienne)	38
Infections ano-génitales non compliquées	38
Infection à chlamydia pendant la grossesse	39
Conjonctivite à chlamydia du nouveau-né	40
Pneumonie du nouveau-né	40
3.3 Lymphogranulomatose vénérienne	41
3.4. Syphilis	41
Résumé de la présentation clinique	41
Syphilis et infection à VIH	43
Syphilis pendant la grossesse	44
Syphilis congénitale	45
Syphilis précoce	46
Syphilis latente tardive	46
Neurosyphilis	47
Syphilis congénitale	48
3.5. Chancre mou	49
3.6. Granulome inguinal (donovanose)	50
3.7. Infections herpétiques génitales	51
Herpès pendant la grossesse	52
Infection mixte à virus de l'herpès-VIH	52
Traitement préventif	53
3.8. Condylomes acuminés	55
Condylomes vaginaux	57
Condylomes cervicaux	57
Condylomes du méat et de l'urètre	57
3.9 Infections à Trichomonas vaginalis	58
Trichomonase pendant la grossesse	58
3.10. Vaginose bactérienne	60
Vaginose bactérienne pendant la grossesse	61
Vaginose bactérienne et chirurgie	61
3.11. Candidoses	62
Candidose vulvo-vaginale	62



Candidose vulvo-vaginale pendant la grossesse	63
Candidose vulvo-vaginale et infection à VIH	63
Balanoposthite	64
3.12. Gale	64
3.13. Phtiriase du pubis	66
4. REMARQUES CONCERNANT LES TRAITEMENTS	68
4.1. Choix des protocoles thérapeutiques antimicrobiens	68
Efficacité	68
Innocuité	69
Coût	69
Observance et acceptabilité	70
Disponibilité	71
Co-infections	71
Risque de perte d'efficacité des médicaments dans d'autres indications	71
4.2. Remarques concernant certains médicaments	72
Cephalosporines	72
Macrolides	72
Sulfamides	74
Quinolones	74
Tétracyclines	75
4.3. Résistance aux antimicrobiens de <i>N. gonorrhoeae</i>	76
4.4. Résistance aux antimicrobiens de <i>H. ducreyi</i>	77
5. QUESTIONS PRATIQUES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES IST	78
5.1. Le module santé publique pour la prévention et la lutte contre les IST	78
5.2. Prise en charge globale des IST	78
Identification du syndrome	79
Traitement syndromique par les antimicrobiens	80
Education du patient	80
Fourniture des préservatifs	81



	Conseil	81
	Notification aux partenaires sexuels et prise en charge	83
	5.3. Accès aux services	84
	6. L'ENFANT, L'ADOLESCENT ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES	86
	6.1. Recherche d'infections sexuellement transmissibles	87
vi TABLE DE MATIERES	Examen initial	88
	Examen 12 semaines après les violences sexuelles	89
	Traitement présomptif	89
	Sensibilité aux IST et tableau clinique chez l'enfant et l'adolescent	90
	Sensibilité	90
	Infections cervicales	91
	Ulcérations génitales	91
	Condylomes acuminés	91
	Infection vaginale	92
		ANNEXE 1. LISTE DES PARTICIPANTS, MAI 1999
	ANNEXE 2. LISTE DES PARTICIPANTS, NOVEMBRE 2000	95
	Remarque sur la terminologie	
	<p>L'Organisation mondiale de la Santé recommande de remplacer l'expression maladies sexuellement transmissibles (MST) par celle d'infections sexuellement transmissibles (IST). L'expression infections sexuellement transmissibles a été adoptée en 1999, car elle tient mieux compte des infections asymptomatiques. En outre, l'expression est maintenant utilisée par de très nombreuses sociétés et publications scientifiques.</p> <p>Les infections des voies génitales recouvrent trois grands groupes de pathologies, en particulier chez la femme, et parfois chez l'homme: les infections endogènes des voies génitales de la femme (candidose et vaginose bactérienne par exemple), les infections iatrogènes qui peuvent être contractées lors de gestes médicaux et de pratiques personnelles ou culturelles non stériles, et les IST classiques. Les infections endogènes n'étant pas transmises sexuellement, les mesures d'ordre clinique et de santé publique recommandées pour les IST peuvent ne pas s'appliquer. Dans l'état actuel des connaissances sur les infections non transmises sexuellement, le traitement des partenaires n'est pas systématiquement recommandé en pratiques de santé publique. Le réconfort et l'information du patient ont un rôle capital compte tenu de la nature de ces infections endogènes.</p>	



PREFACE

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont parmi les causes les plus fréquentes de maladie dans le monde et leurs conséquences sur la santé, la société et l'économie sont considérables pour de nombreux pays.

L'apparition et la propagation de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ont eu un impact majeur sur la prise en charge des IST et la lutte contre ces maladies. Cependant, la résistance aux antimicrobiens de plusieurs agents pathogènes transmis par voie sexuelle a augmenté, aggravant les difficultés du traitement.

En 1991, l'OMS a publié des recommandations pour la prise en charge globale des patients atteints d'IST dans le cadre plus large des programmes de lutte, de prévention et de soins applicables aux IST et à l'infection à VIH. L'OMS a organisé une réunion du groupe consultatif sur le traitement des maladies sexuellement transmissibles en mai 1999 afin de réexaminer et de mettre à jour les recommandations thérapeutiques à la lumière des développements récents (voir Annexe I).

En novembre 2001, une réunion d'un groupe consultatif sur l'amélioration de la prise en charge des IST fut organisée par l'OMS, Genève (voir Annexe 2). La réunion a eu pour thèmes principaux l'étude des syndromes d'ulcérations génitales et l'étude des syndromes de l'écoulement vaginal. La première parce qu'on a observé le développement du virus de l'herpès génital type 2 (HSV2) comme cause principale de l'ulcération génitale dans les pays en développement, et la seconde pour sa complexité et la controverse qu'elle suscite quant au point de départ de la prise en charge des infections cervicales gonococciques et chlamydiales. Les recommandations élaborées à l'issue de cette réunion ont amené des modifications de la prise en charge syndromique des ulcérations génitales et celle de l'écoulement vaginal.



1. INTRODUCTION

1.1. LE CONTEXTE

Les infections sexuellement transmissibles (IST) restent un problème de santé publique majeur presque partout dans le monde. L'incidence des IST aiguës serait élevée dans de nombreux pays. La méconnaissance du diagnostic et l'absence de traitement des IST dès le début de la maladie pourraient être à l'origine de complications et de séquelles graves, notamment infécondité, perte du fœtus, grossesse extrautérine, cancer ano-génital et décès prématuré, ainsi qu'infections du nouveau-né et du nourrisson. Les dépenses liées aux IST, tant individuelles que nationales, peuvent être considérables.

L'apparition du VIH et du SIDA a focalisé l'attention sur la lutte contre les IST. Il existe une forte corrélation entre la propagation des IST classiques et la transmission du VIH, et l'on observe que les IST qui causent ou non des ulcérations augmentent le risque de transmission sexuelle du VIH.

L'émergence et la propagation de l'infection à VIH et du SIDA ont également compliqué la lutte contre certaines autres IST et leur prise en charge. Par exemple, le traitement du chancre mou est devenu de plus en plus difficile là où la prévalence de l'infection à VIH est élevée, en raison de l'immunodépression liée au VIH.

La résistance aux antimicrobiens de plusieurs agents pathogènes sexuellement transmis se développe, détruisant l'efficacité de certains protocoles thérapeutiques. Il existe des agents nouveaux, comme les céphalosporines de troisième génération et les fluoroquinolones, capables de traiter les infections à souches résistantes, mais ils restent coûteux. Leur coût initial élevé est toutefois à mettre en balance avec le coût d'un traitement inadéquat, qui risque de conduire à des complications, des rechutes, la poursuite de la propagation et la sélection de germes résistants.

1.2. POURQUOI DES RECOMMANDATIONS THERAPEUTIQUES STANDARDISEES

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 et est l'occasion idéale pour cibler l'éducation sur la prévention de l'infection à VIH.

Le traitement approprié des patients atteints d'IST lors de leur première rencontre avec un soignant est, par conséquent, capital pour la santé publique. Quand le patient est un adolescent¹, il est alors possible, à un stade critique du développement, d'influer sur le comportement sexuel ultérieur et sur les comportements futurs de recours aux soins.

2

INTRODUCTION

L'utilisation de protocoles standardisés appropriés est fortement recommandée pour qu'à tous les niveaux du service de santé le traitement soit adapté. La standardisation du traitement assure à tous les patients le même traitement approprié, à tous les niveaux de soins, facilite également la formation et la supervision des soignants, retarde l'apparition de la résistance aux antimicrobiens et joue un rôle important dans l'approvisionnement rationnel en médicaments.

Nous espérons que les recommandations qui suivent aideront les pays à mettre au point des protocoles standardisés adaptés aux caractéristiques locales de l'épidémiologie et de la sensibilité aux antimicrobiens. Il est conseillé, en consultation étroite avec les experts locaux des IST et de la santé publique, de mettre au point des recommandations nationales qui permettront une prise en charge efficace des IST.

1.3. PRISE EN CHARGE

La prise en charge des IST consiste à soigner les personnes présentant un syndrome lié à une IST ou ayant eu un test positif pour une ou plusieurs de ces infections. Les composantes de la prise en charge sont les suivantes : recueil des antécédents, examen clinique, diagnostic, traitement précoce et efficace, conseils sur le comportement sexuel, promotion et/ou fourniture des préservatifs, notification au partenaire et traitement, déclaration et suivi clinique le cas échéant. Par conséquent, la prise en charge efficace des cas comprend non seulement le traitement

¹ L'OMS donne les définitions suivantes : l'adolescence est la période qui correspond à la classe d'âge 10-19 ans, tandis que la jeunesse correspond à la classe d'âge 15-24 ans. « Les jeunes » est une expression qui associe ces deux définitions qui se recoupent pour couvrir la classe d'âge 10-24 ans (*A Picture of Health: A review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries* (1995), UNICEF, OMS).



antimicrobien pour obtenir la guérison et réduire le pouvoir infectieux, mais aussi la prise en charge globale des besoins du patient en matière de santé génésique.

1.4. PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE

Dans bien des situations, le diagnostic étiologique des IST par les prestataires de soins est difficile à établir. Il pose des problèmes de temps, de ressources, augmente le coût et réduit l'accès au traitement. En outre, la sensibilité et la spécificité des tests du commerce peuvent varier considérablement, diminuant la fiabilité des tests diagnostiques. Lorsqu'il existe un laboratoire convenablement installé, il faut aussi avoir du personnel convenablement qualifié, formé à la réalisation de tests hautement techniques ; et la mise en place d'un contrôle externe de qualité doit être obligatoire.

Peu de centres de santé des pays en développement disposent du matériel de laboratoire ou des compétences requis pour procéder au diagnostic étiologique des IST. Pour surmonter cette difficulté, une approche syndromique de la prise en charge des patients atteints d'IST a été mise au point et encouragée dans un grand nombre de pays en développement. La prise en charge syndromique repose sur l'identification de groupes cohérents de symptômes et de signes faciles à reconnaître (syndromes), et la fourniture du traitement approprié à la majorité des micro-organismes responsables du syndrome ou aux plus dangereux. L'OMS a mis au point un outil simplifié (algorithme) pour aider les soignants à appliquer la prise en charge syndromique des IST.

La prise en charge syndromique de l'écoulement urétral chez l'homme et des ulcérations génitales chez l'homme et la femme s'est montrée à la fois valable et faisable. Un grand nombre de personnes infectées ont été convenablement traitées, et cette méthode est peu coûteuse, simple et d'un très bon rapport coût/efficacité. Cependant des données récentes ont montré que le virus de l'herpès de type 2 (HSV2) est rapidement devenu la cause la plus répandue de l'ulcération génitale dans les pays en développement. Cela peut compromettre la guérison de cette maladie si un traitement antiviral adapté n'est pas administré correctement.

L'OMS a également mis au point des algorithmes simplifiés pour la prise en charge syndromique de l'écoulement vaginal et/ou de la douleur abdominale basse



chez la femme. S'ils se sont révélés efficaces pour la prise en charge des douleurs abdominales basses, il faut toutefois reconnaître leurs limites pour l'écoulement vaginal, en particulier dans la prise en charge des infections du col (à gonocoque et à chlamydia). En général, mais surtout quand la prévalence est faible et chez l'adolescente, l'écoulement vaginal est principalement dû aux vaginites endogènes plutôt qu'aux IST. On a essayé d'augmenter la sensibilité et la spécificité de l'algorithme pour l'écoulement vaginal applicable au diagnostic des infections cervicales, en y incorporant une évaluation du risque appropriée et spécifique, mais sans grand succès. En outre, l'évaluation du risque basée sur des caractéristiques démographiques telles que l'âge et l'état matrimonial tend à classer par erreur un trop grand nombre d'adolescentes dans la catégorie à risque d'infection cervicale. Par conséquent, il est nécessaire d'identifier les principaux facteurs de risque d'IST chez les adolescentes de la population locale et d'adapter en conséquence l'évaluation. Chez l'adolescente, en particulier, il est préférable de définir les facteurs de risque en fonction du comportement sexuel.

Les recommandations thérapeutiques qui s'appuient sur l'approche syndromique sont indiquées à la section 2.

1.5. FACTEURS DE RISQUE DE CERVICITE LIEE AUX IST

Les algorithmes pour la prise en charge de l'infection cervicale dans la section 1.4 sont loin d'être parfaits. Initialement, on pensait que la présence d'un écoulement vaginal était l'indication d'une infection à la fois vaginale et cervicale. Cependant, il est apparu que, si l'écoulement vaginal est un indicateur d'infection vaginale, c'est un mauvais facteur prédictif d'infection cervicale (à gonocoque et/ou à chlamydia), en particulier chez l'adolescente.

Certains signes cliniques semblent plus fréquemment associés à la présence d'une infection cervicale. Dans la littérature publiée, le tableau clinique systématiquement associé à une infection cervicale comporte les éléments suivants : muco-pus cervical, érosions cervicales, friabilité du col et saignement entre les règles ou au cours des rapports sexuels.

Un certain nombre de facteurs de risque démographiques et comportementaux sont souvent aussi associés à l'infection cervicale, dont certains se sont parfois révélés



prédictifs de ce type d'infection : être âgé de moins de 21 ans (25 dans certains cas), être célibataire, avoir eu plus d'un partenaire sexuel dans les 3 derniers mois, avoir un nouveau partenaire dans les 3 mois précédents, avoir un partenaire ayant une IST et avoir un partenaire qui utilise le préservatif depuis peu de temps. En général, ces facteurs de risque sont cependant spécifiques au groupe de population pour lequel ils ont été identifiés et validés, et ne peuvent pas être facilement appliqués à d'autres populations ou à d'autres pays. D'après la plupart des chercheurs, il est important d'utiliser plusieurs facteurs de risque démographiques au lieu d'un seul pour un patient donné.

Si à l'algorithme pour l'écoulement vaginal l'on ajoute ces signes et une évaluation du risque, on augmente bien sa spécificité et, par conséquent, sa valeur prédictive positive ; cette dernière reste toutefois peu élevée, en particulier lorsque l'algorithme est appliqué à des populations où la fréquence de l'infection est relativement faible.

1.6. CHOIX DES MÉDICAMENTS

La résistance aux antimicrobiens de plusieurs agents pathogènes sexuellement transmissibles est en augmentation dans de nombreuses régions du monde, ce qui fait que certains protocoles thérapeutiques peu coûteux sont devenus inefficaces. Les recommandations en faveur de l'utilisation de médicaments plus efficaces sont souvent à l'origine d'inquiétudes concernant leur coût et un éventuel mésusage. Une double politique pharmaceutique, avec fourniture de médicaments peu efficaces au niveau périphérique et fourniture des médicaments les plus efficaces et en général les plus coûteux, uniquement dans des établissements de niveau supérieur, pourrait entraîner un taux inacceptable d'échecs du traitement, de complications et de transferts, et ébranler la confiance dans les services de santé. Cette approche n'est pas recommandée. L'efficacité des médicaments utilisés contre les IST dans tous les centres de santé doit être d'au moins 95 %. Les critères de choix des médicaments sont indiqués dans l'encadré ci-après.



Critères de choix des médicaments contre les IST

Les médicaments choisis pour traiter les IST doivent être conformes aux critères 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

Les médicaments appropriés doivent être inclus dans la liste nationale des médicaments essentiels et le choix devra tenir compte des capacités et de l'expérience des soignants.



2. TRAITEMENT EN FONCTION DES SYNDROMES ASSOCIES AUX IST

Cette section traite de la prise en charge des syndromes cliniques les plus courants dus aux agents sexuellement transmissibles et comporte les algorithmes pour la prise en charge de chacun de ces syndromes.

Dans toutes ces affections (vaginites exceptées), le ou les partenaires sexuels du patient seront aussi examinés à la recherche d'une IST et rapidement traités 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. Il arrive que les soignants ont besoin d'être formés pour pouvoir surmonter leur propre sensibilité et pouvoir considérer les problèmes liés à la sexualité et aux IST de manière ouverte et constructive.

2.1. ECOULEMENT URETRAL

Le patient qui se plaint d'écoulement urétral et/ou de dysurie doit être examiné à la recherche d'un écoulement. En l'absence d'écoulement visible, on massera délicatement l'urètre de la partie proximale du pénis vers le méat pour exprimer les sécrétions. Si l'examen microscopique est possible, le frottis de sécrétions urétrales peut montrer une augmentation du nombre de polynucléaires et la coloration de Gram peut mettre en évidence la présence de gonocoques. Chez l'homme, la présence de plus de 5 polynucléaires par champ à fort grossissement (1000x) est un indicateur d'urétrite. Les germes pathogènes les plus importants à l'origine de l'écoulement urétral sont *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) et *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*). Dans le cadre de la prise en charge syndromique, le traitement du patient atteint d'écoulement urétral doit couvrir convenablement ces



deux micro-organismes. Lorsqu'on dispose de moyens d'analyse suffisants, on peut préciser le diagnostic et instaurer le traitement spécifique.

Traitements syndromiques recommandés

- traitement de la gonococcie non compliquée (voir détails section 3.1)

PLUS

- traitement de l'infection à chlamydia (voir détails section 3.2).

8

Remarque

Conseiller aux patients de revenir si les symptômes persistent 7 jours après le début du traitement.

EN BREF

Ecoulement urétral

Voir détails sections 3.1 et 3.2

Options thérapeutiques pour le traitement de la gonococcie

Ciprofloxacine

Ceftriaxone

Céfixime

Spectinomycine

Autres possibilités

Options thérapeutiques pour le traitement des chlamydioses

Doxycycline

Azithromycine

Autres possibilités

Amoxicilline

Erythromycine (si la tétracycline est contre-indiquée)

Ofloxacine

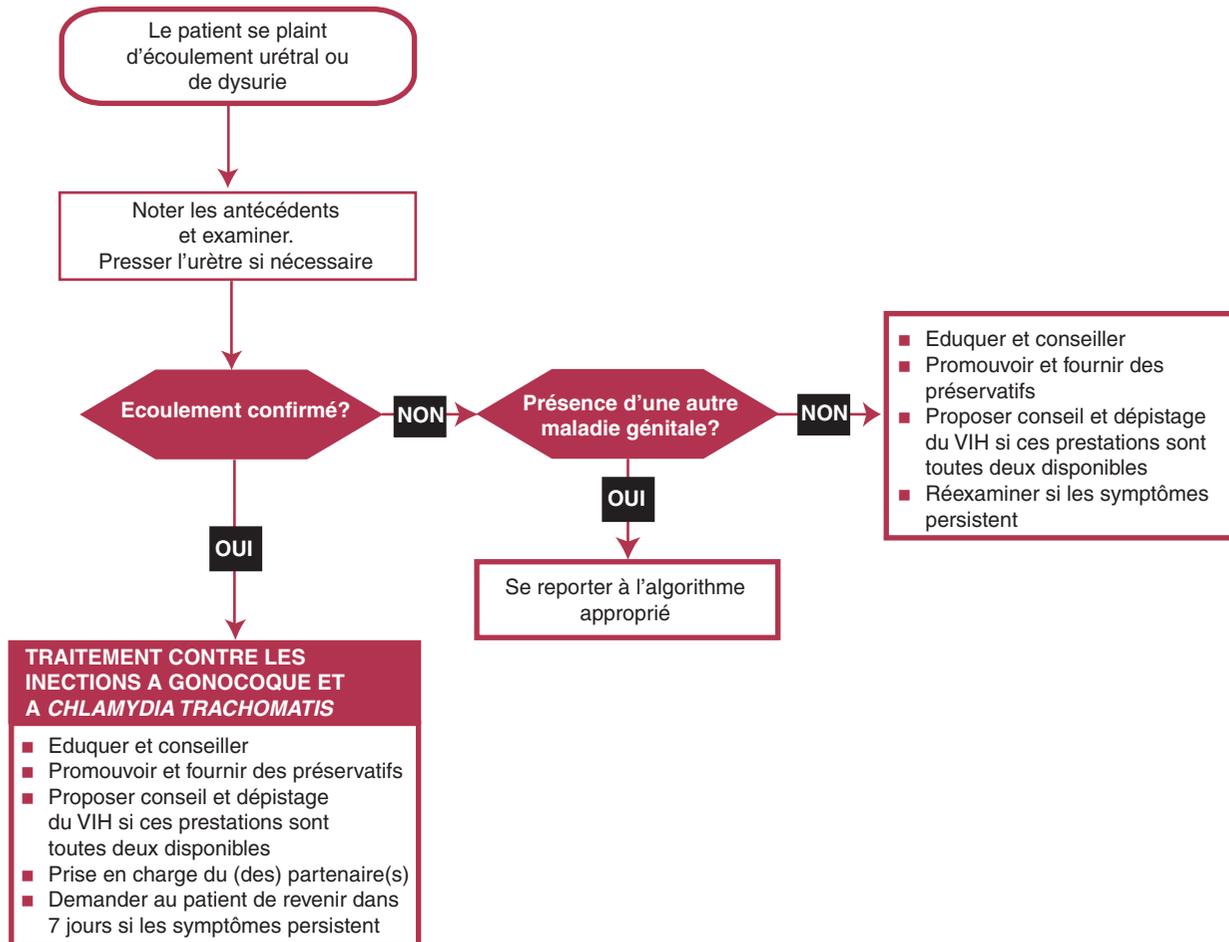
Tétracycline

Remarque

- L'OMS recommande d'utiliser si possible un traitement en dose unique.



FIGURE1. ECOULEMENT URETRAL CHEZ L'HOMME





ÉCOULEMENT URETRAL PERSISTANT OU RECURRENT

Les symptômes persistants ou récurrents d'urétrite peuvent être dus à la résistance au médicament, la mauvaise observance du traitement ou une réinfection. Dans certains cas, il peut y avoir infection par *Trichomonas vaginalis* (TV).

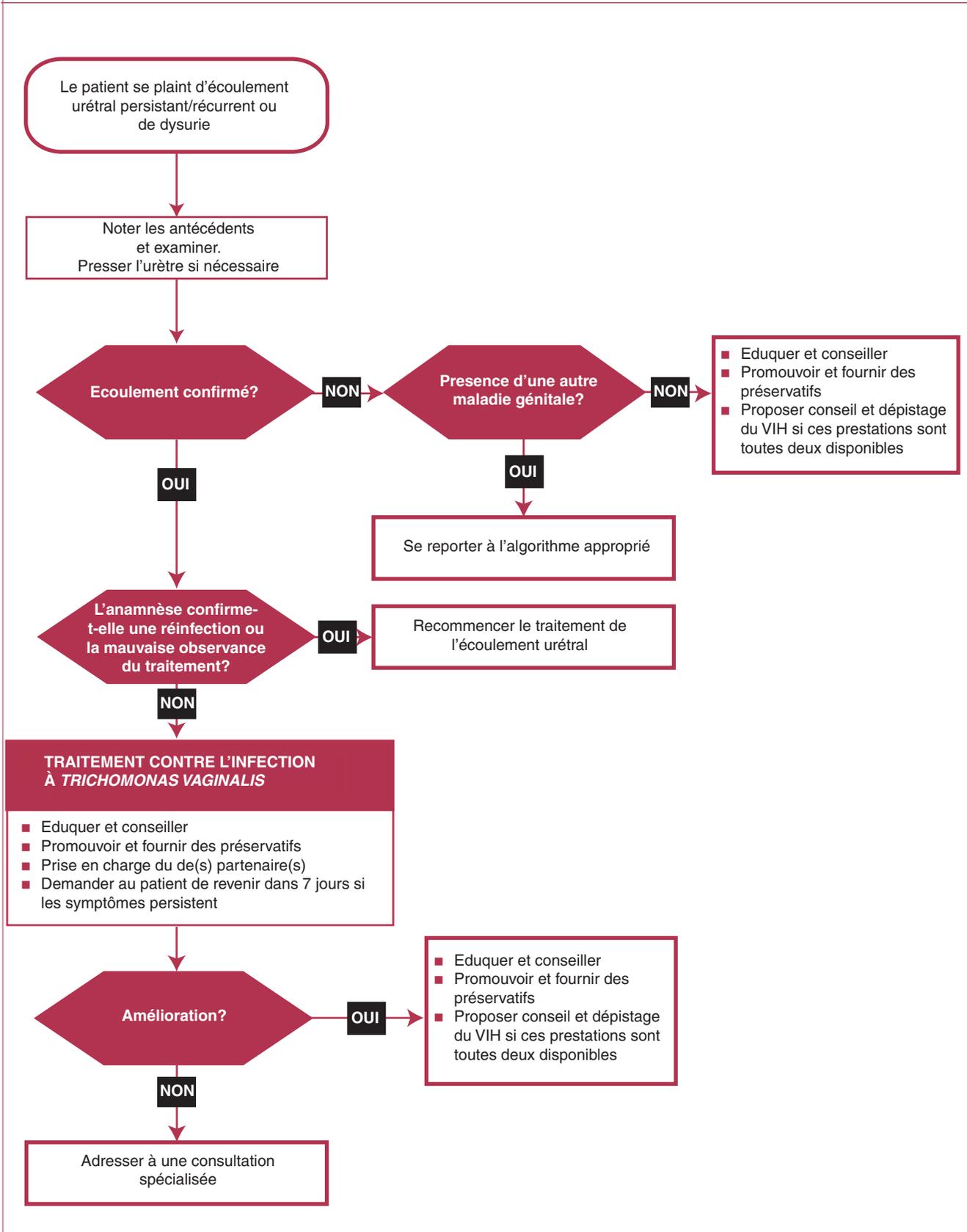
D'après des données nouvelles, dans certains contextes géographiques, la prévalence de TV serait élevée chez l'homme atteint d'écoulement urétral.

Lorsque les symptômes persistent ou reviennent après un traitement adéquat des gonococcies et des chlamydioses du patient indicateur et de son ou ses partenaires, on traitera, si indiqué par le profil démographique local, une éventuelle trichomonase. Si les symptômes persistent encore à la visite de suivi, le patient sera orienté vers une consultation spécialisée. Voir détails section 3.9.

10



FIGURE 2. ECOULEMENT URETRAL PERSISTANT/RECURRENT CHEZ L'HOMME



Remarque importante : l'algorithme suppose qu'avant cette consultation le patient a reçu et pris un traitement efficace contre les infections à Gonocoque et à Chlamydia.



2.2. ULCÉRATIONS GÉNITALES

La prévalence relative des agents étiologiques des ulcérations génitales varie considérablement en fonction de la zone géographique et du temps. Le diagnostic clinique différentiel des ulcérations génitales n'est pas précis, en particulier lorsque plusieurs agents étiologiques sont fréquents. Les manifestations et les caractéristiques cliniques des ulcérations génitales sont en outre modifiées par la présence d'une infection à VIH.

12

Après examen confirmant la présence d'ulcérations génitales, on administrera un traitement approprié aux données locales, agents étiologiques et sensibilité aux antimicrobiens. Par exemple, lorsque la syphilis et le chancre mou sont des pathologies fréquentes, le patient ayant des ulcérations génitales sera traité en même temps contre ces deux affections lors de sa première visite, pour garantir un traitement adapté au cas où le patient ne reviendrait pas. Quand le granulome inguinal est également fréquent, on ajoutera le traitement de cette affection pour les mêmes raisons.

Des données récentes portant sur l'Afrique, l'Asie et l'Amérique latine, montrent que les ulcérations génitales sont plus fréquemment le résultat d'une infection par le virus de l'herpès (HSV2). Ce qui compromet la prise en charge syndromique des ulcérations génitales si un traitement antiviral contre le HSV2 n'est pas administré. Dans les régions à prévalence élevée de l'infection à VIH/SIDA, la présentation des lésions causées par le HSV2 diffèrent des présentations habituelles.

L'algorithme pour les ulcérations génitales propose un traitement spécifique au HSV2, si besoin est.

De plus, le diagnostic différentiel par des analyses de laboratoire est rarement utile lors de la visite initiale, dans la mesure où les infections mixtes sont fréquentes. En outre, lorsque la prévalence de la syphilis est élevée, un test sérologique positif peut être la traduction d'une infection passée et donner un tableau erroné de l'état présent du patient, et un test négatif n'exclut pas pour autant une ulcération due à une syphilis primaire, la séroactivité ne se manifestant que 2 à 3 semaines plus tard.



ULCERATIONS GENITALES ET INFECTION A VIH

D'après un certain nombre d'observations non objectivées figurant dans la littérature, l'histoire naturelle de la syphilis serait modifiée par une infection à VIH concomitante. Certaines observations rapportent un aspect atypique des lésions primaire et secondaire. On a également noté une augmentation du taux d'échecs thérapeutiques chez des patients ayant une syphilis précoce traités par une dose unique de pénicilline.

On a signalé des chancres mous atypiques chez des personnes infectées par le VIH. Les lésions sont souvent plus étendues, à l'origine de lésions multiples pouvant s'accompagner de manifestations générales telles que fièvre et frissons. Certains cliniciens ont noté des lésions rapidement agressives. Tous ces éléments soulignent la nécessité d'un traitement précoce, en particulier chez la personne infectée par le VIH.

Il semble bien que l'infection à VIH pourrait augmenter la fréquence des échecs du traitement du chancre mou, et notamment des traitements en dose unique. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour confirmer ces observations.

Les lésions herpétiques peuvent se présenter sous forme d'ulcérations multiples persistantes nécessitant des soins médicaux, contrairement aux lésions vésiculaires et aux ulcérations qui évoluent spontanément vers la guérison chez le sujet immunocompétent. Le traitement antiviral peut donc être envisagé sous l'angle thérapeutique ou prophylactique pour améliorer le confort du patient. Une information adaptée sera fournie au patient pour lui expliquer la nature et l'objectif du traitement afin d'éviter tout faux espoir de guérison.

Traitements syndromiques recommandés

- traitement de la syphilis (voir détails section 3.4)

PLUS L'UN OU L'AUTRE DES TRAITEMENTS SUIVANTS

- traitement du chancre mou s'il est courant (voir détails section 3.5)

OU

- traitement du granulome inguinal s'il est courant (voir détails section 3.6)

**OU**

- traitement du LGV s'il est courant (voir détails section 3.3).

OU

- traitement de l'infection à HSV2 si nécessaire (voir détails section 3.7).

EN BREF**Ulcérations génitales**

14 Voir détails sections 3.3–3.7

Options thérapeutiques pour le traitement

de la syphilis	du chancre mou	du granulome inguinal	du LGV	de l'herpès génital
----------------	----------------	-----------------------	--------	---------------------

Benzathine	Ciprofloxacine	Azithromycine	Doxycycline	Aciclovir
------------	----------------	---------------	-------------	-----------

benzylpénicilline	Erythromycine	Doxycycline	Erythromycine	Valaciclovir
-------------------	---------------	-------------	---------------	--------------

	Azithromycine			Famciclovir
--	---------------	--	--	-------------

Autres possibilités	Autres possibilités	Autres possibilités	Autres possibilités
---------------------	---------------------	---------------------	---------------------

Procaïne	Ceftriaxone	Erythromycine	Tétracycline
----------	-------------	---------------	--------------

benzylpénicilline	Tétracycline
-------------------	--------------

	Trimthoprime/ sulfaméthoxazole
--	-----------------------------------

Allergie à la pénicilline et pas de grossesse

Doxycycline

Tétracycline

Remarque

- La décision de traiter le chancre mou, le granulome inguinal ou le LGV dépend du profil épidémiologique local de ces infections.
- On recommande d'administrer un traitement spécifique au virus de l'herpès génital car il est bénéfique pour la plupart des patients symptomatiques. La prise en charge intégrale de l'herpès comprend l'information et le conseil portant sur l'aspect récurrent des lésions herpétiques, l'histoire naturelle du virus, son mode de transmission par voie sexuelle et la probable transmission néonatale, ainsi que les méthodes disponibles pour réduire la transmission (voir section 3.7).



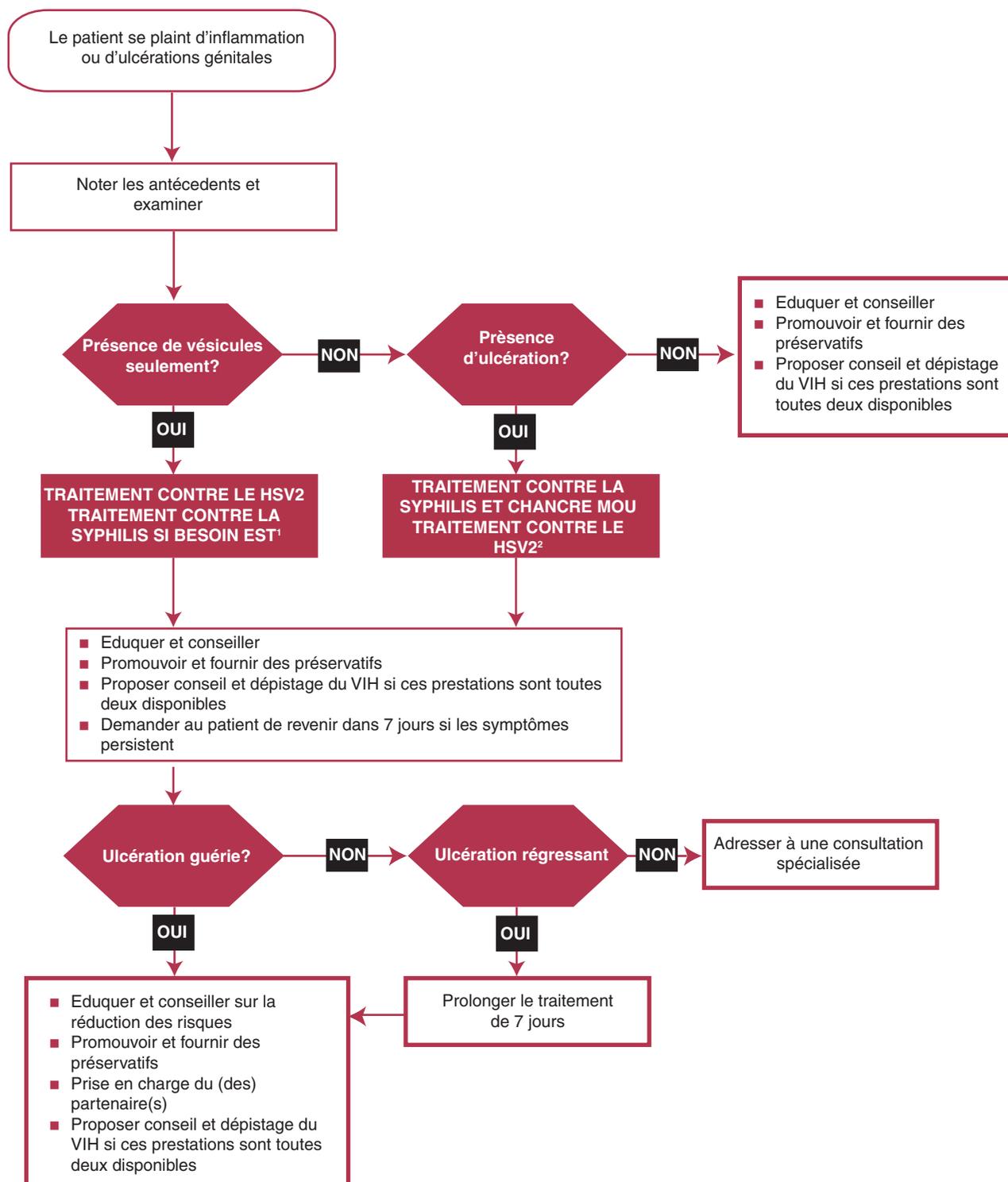
Prise en charge des ulcérations génitales	Prise en charge de l'herpès
<ul style="list-style-type: none">■ Traiter la syphilis et, en fonction du profil épidémiologique local, le chancre mou, le granulome inguinal ou le lymphogranulome vénérien■ Aspirer les ganglions mobiles (éviter l'incision)■ Information et conseil sur la réduction des risques■ Proposer un test sérologique de dépistage de la syphilis et du VIH si le test et le conseil appropriés sont disponibles■ Réexaminer le patient si la lésion n'est pas complètement guérie dans un délai de 7 jours■ Promotion et fourniture des préservatifs	<ul style="list-style-type: none">■ Conseiller le patient sur les soins de base de la lésion (la maintenir propre et sèche)■ Fournir ou prescrire un traitement antiviral spécifique à l'herpès suivant le protocole local■ Information et conseil sur l'observance du traitement, la réduction des risques et l'histoire naturelle de l'infection au HSV2■ Proposer un test sérologique de dépistage de la syphilis et du VIH si le test et le conseil appropriés sont disponibles■ Promotion et fourniture des préservatifs■ Conseiller de revenir dans 7 jours si la lésion n'est pas complètement guérie, plus tôt en cas de détérioration clinique ; traiter alors les autres causes possibles d'ulcérations génitales conformément aux recommandations



FIGURE 3. ULCÉRATIONS GÉNITALES

16

TRAITEMENT EN FONCTION DES SYNDROMES ASSOCIÉS AUX IST



¹ Indications pour le traitement contre la syphilis :

- RPR positif, et
- Patient n'ayant pas été traité contre la syphilis récemment.

² Administrer un traitement contre le HSV2 lorsque la prévalence est de 30% ou plus ou s'adapter à la situation épidémiologique locale.



BUBON INGUINAL

Les bubons inguinaux et fémoraux sont des ganglions lymphatiques localement hypertrophiés situés dans la région de l'aîne, qui sont douloureux et peuvent être mobiles. On les trouve très souvent associés à la lymphogranulomatose vénérienne et au chancre mou. Le chancre mou est très souvent associé à une ulcération génitale visible. Des infections locales ou générales qui ne sont pas sexuellement transmissibles (infections du membre inférieur ou lymphadénopathie tuberculeuse par exemple) peuvent aussi être à l'origine d'une tuméfaction des ganglions lymphatiques inguinaux.

Traitements syndromiques recommandés

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

ET

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

OU

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

Remarque

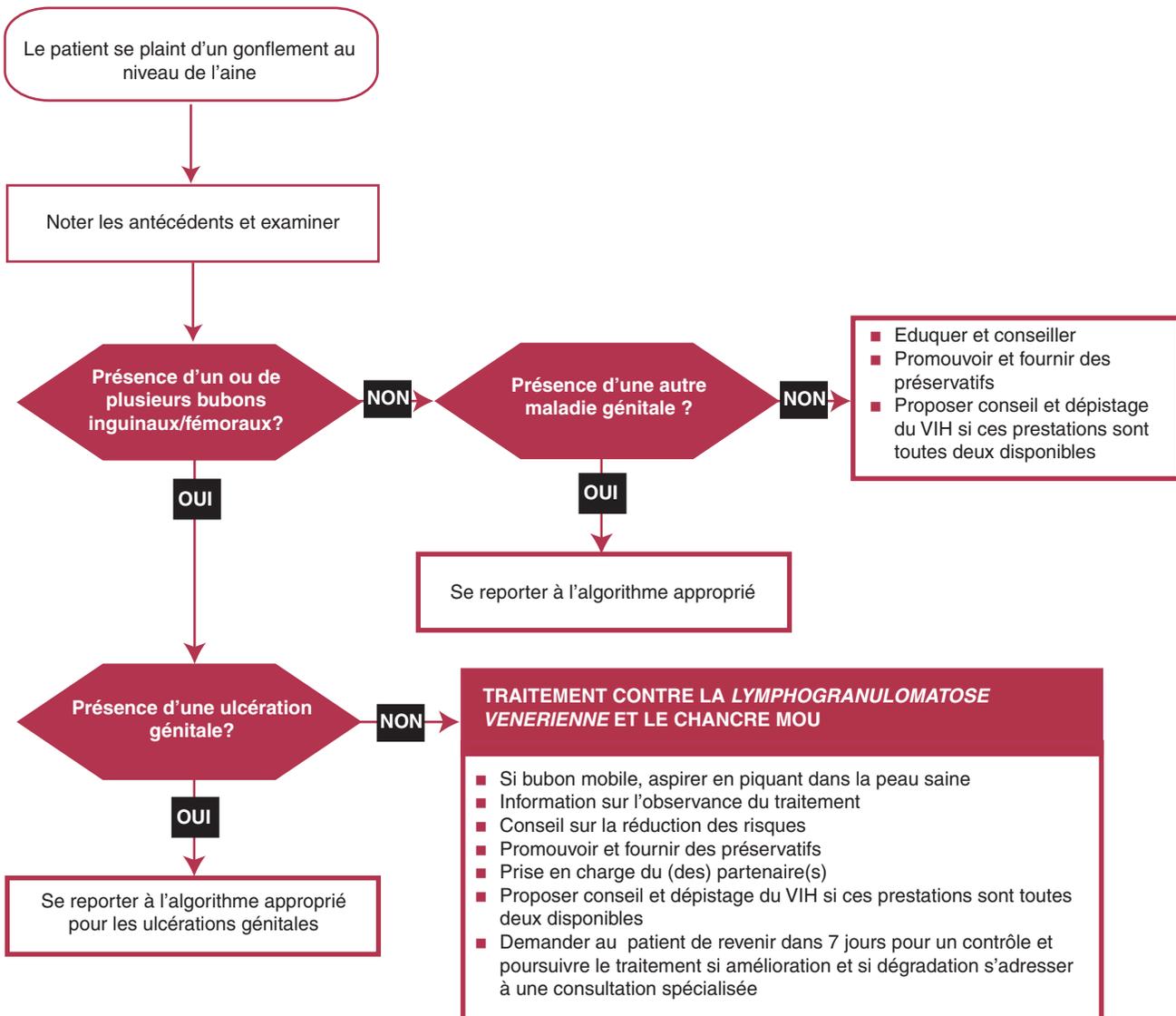
- Dans certains cas, le traitement doit se poursuivre au-delà des 14 jours recommandés ci-dessus. Les ganglions lymphatiques mobiles seront aspirés en piquant l'aiguille dans une zone de peau saine. L'incision et le drainage ou l'excision des ganglions risquent de retarder la cicatrisation et ne seront pas pratiqués. En cas de doute ou d'échec du traitement, on conseille de transférer le patient pour pratiquer une biopsie.



FIGURE 4. BUBON INGUINAL

18

TRAITEMENT EN FONCTION DES SYNDROMES ASSOCIES AUX IST





2.3. TUMEFACTION 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. Chez l'homme de moins de 35 ans, la tuméfaction du scrotum est plus souvent due à des micro-organismes sexuellement transmissibles que chez l'homme plus âgé. 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 également enflammé (orchite), donnant lieu à une orchioépididymite.

Chez l'homme âgé, lorsqu'il n'y a eu aucun risque d'infection sexuellement transmissible, d'autres infections générales sont possibles, par exemple à *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp. ou *Pseudomonas aeruginosa*. Une orchite tuberculeuse, généralement accompagnée d'épididymite, est toujours secondaire à d'autres lésions, pulmonaires ou osseuses en particulier. Au cours de la brucellose, due en général à *Brucella melitensis* ou *Brucella abortus*, l'orchite est en général cliniquement plus nette que l'épididymite.

Chez l'enfant prépubère, l'étiologie habituelle est une infection à coliformes, à *Pseudomonas* ou à virus ourlien. L'orchi-épididymite ourlienne s'observe en général dans la semaine qui suit la tuméfaction des parotides.

Il est important de ne pas oublier les autres causes non infectieuses d'oedème scrotal, comme par exemple un traumatisme, une torsion ou une tumeur testiculaires. La torsion testiculaire, qu'il faut évoquer quand le début de la douleur scrotale est brutal, est une urgence chirurgicale qui nécessite un transfert urgent vers un service spécialisé.

En l'absence de traitement efficace, l'épididymite associée aux IST peut conduire à l'infécondité.

Traitements syndromiques recommandés

- traitement de la gonococcie non compliquée (voir détails section 3.1)

PLUS

- traitement des infections à chlamydia (voir détails section 3.2)



EN BREF

Oedème scrotal

Voir details sections 3.1 et 3.2

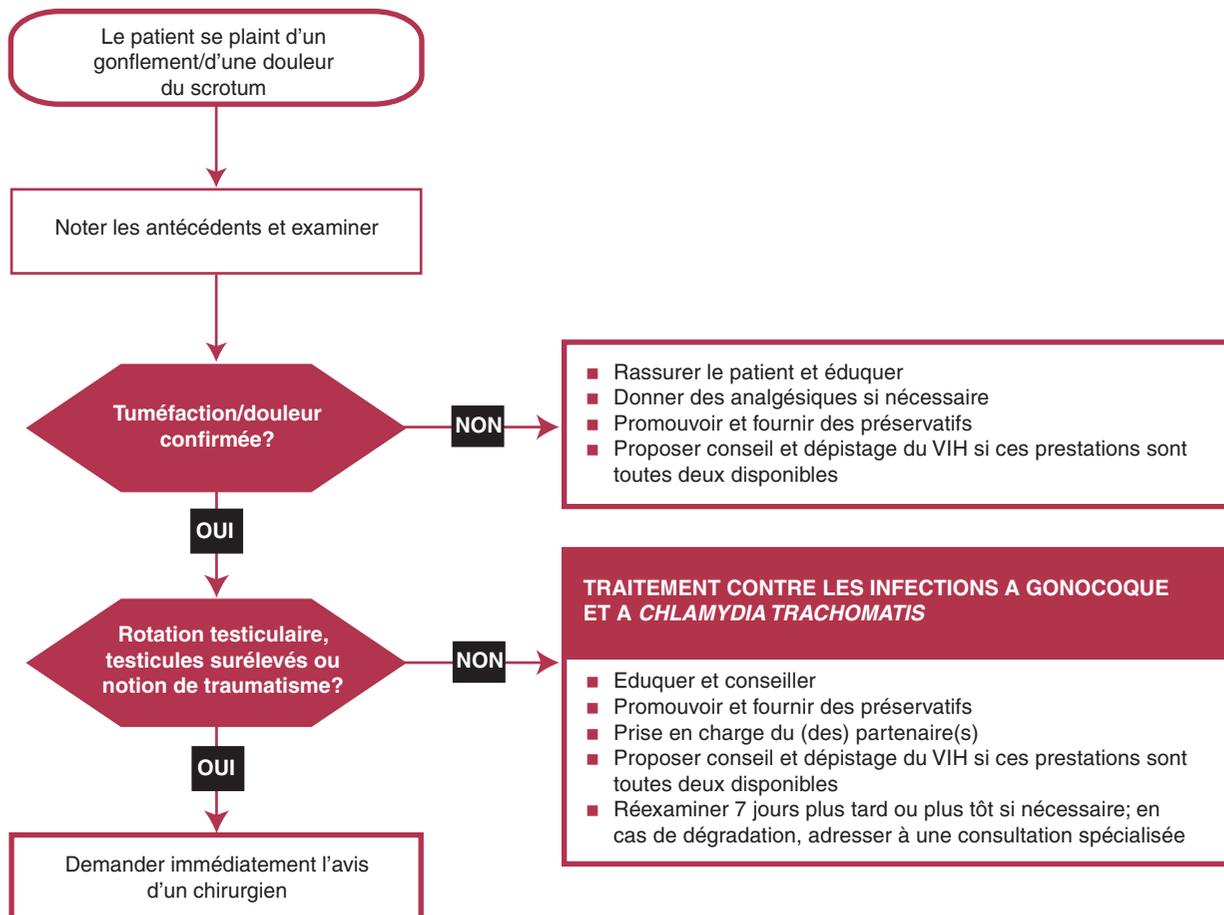
Options thérapeutiques pour le traitement de la gonococcie	Options thérapeutiques pour le traitement des chlamydioses
Ciprofloxacine	Doxycycline
Ceftriaxone	Azithromycine
Spectinomycine	
Céfixime	
	Autres possibilités
	Amoxicilline
	Ofloxacine
	Erythromycine (si la tétracycline est contre-indiquée)
	Tetracyclina

20

TRAITEMENT EN FONCTION DES SYNDROMES ASSOCIES AUX IST



FIGURE 5. TUMEFACTION DU SCROTUM





2.4. ECOULEMENT VAGINAL

Une plainte spontanée pour écoulement vaginal anormal (quantité, couleur ou odeur) est le plus souvent due à une infection vaginale. Elle résulte rarement d'une cervicite muco-purulente liée aux IST. *T. vaginalis*, *C. albicans* et la vaginose bactérienne sont les causes les plus fréquentes d'infection vaginale, tandis que *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* provoquent des infections cervicales. Le repérage clinique d'une infection cervicale est difficile dans la mesure où la plupart des femmes ayant une infection cervicale à gonocoque ou à chlamydia sont asymptomatiques. L'écoulement vaginal anormal est un symptôme fortement indicateur d'infection vaginale mais un très mauvais indicateur prédictif d'infection cervicale. Par conséquent, toutes les femmes ayant un écoulement vaginal recevront un traitement contre la trichomonase et la vaginose bactérienne.

Parmi les femmes ayant un écoulement, on peut essayer d'identifier celles qui sont exposées à un risque accru d'être infectées par *N. gonorrhoeae* et/ou *C. trachomatis*. On peut, pour identifier les femmes ayant un plus grand risque d'infection cervicale, évaluer le risque chez ces femmes, et notamment lorsque les facteurs de risque sont adaptés à la situation locale. Comme la microscopie nécessite une formation particulière, prend du temps et est peu informative comparativement au temps et aux ressources mobilisés, elle n'est généralement pas recommandée au niveau des soins de santé primaires. Cependant, dans le cas où on peut procéder à une coloration Gram-négative, en clinique de recours par exemple, on peut faire une recherche de diplocoques intra-cellulaires et/ou de *T. vaginalis*.

Il est important de connaître la prévalence des gonococcies et/ou des chlamydioses chez la femme ayant un écoulement vaginal pour décider de traiter une infection cervicale. Plus la prévalence est élevée plus le traitement est justifié. Une évaluation positive du risque indique une probabilité plus grande d'infection cervicale qu'une évaluation négative. Devant un écoulement vaginal et une évaluation du risque positive, on pourra par conséquent proposer à la femme un traitement de la cervicite à gonocoque et à chlamydia.

Quand les ressources sont disponibles, on pourra envisager d'employer des tests de laboratoire pour faire un dépistage chez les femmes ayant un écoulement vaginal. Un tel dépistage peut s'appliquer à l'ensemble des femmes ayant un écoulement ou sélectivement à celles ayant un écoulement et une évaluation du risque positive.



Dans certains pays, les algorithmes pour la prise en charge syndromique ont été utilisés comme outils de dépistage des infections cervicales chez des femmes n'ayant pas de symptômes génitaux (dans le cadre de la planification familiale par exemple). Si un tel outil peut aider à repérer un certain nombre d'infections cervicales, il y a des chances pour que le surdiagnostic soit considérable.

INFECTION CERVICALE

Traitements syndromiques recommandés

- traitement de la gonococcie non compliquée (voir détails section 3.1)

PLUS

- traitement des chlamydioses (voir détails section 3.2)

EN BREF

Infection cervicale

Voir détails sections 3.1 et 3.2

Options thérapeutiques pour le traitement de la gonococcie	Options thérapeutiques pour le traitement des chlamydioses
Ciprofloxacine	Doxycycline
Ceftriaxone	Azithromycine
Céfixime	
Spectinomycine	
	Autres possibilités
	Amoxicilline
	Ofloxacine
	Erythromycine (si la tétracycline est contre-indiquée)
	Tetracyclina

Remarque

- Les tétracyclines sont contre-indiquées pendant la grossesse.



INFECTION VAGINALE

Traitements syndromiques recommandés

- traitement des infections à *Trichomonas vaginalis* (voir détails section 3.9)

PLUS

- traitement de la vaginose bactérienne (voir détails section 3.10)

ET, SI INDIQUE,

- traitement des infections à *Candida albicans* (voir détails section 3.11)

24

EN BREF

Infection vaginale

Voir détails sections 3.9-3.11

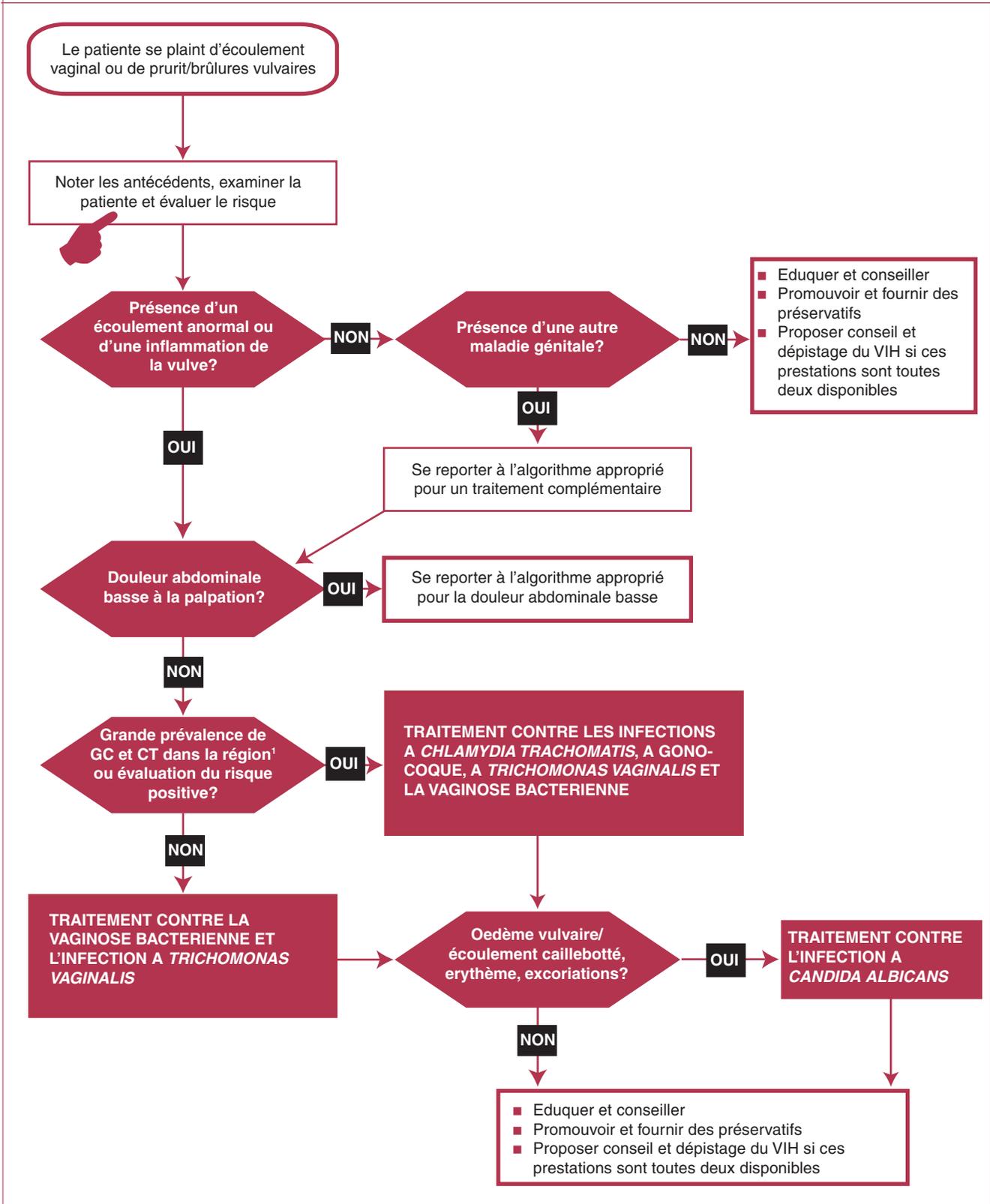
Options thérapeutiques pour le traitement de la vaginose bactérienne	Options thérapeutiques pour le traitement des infections à <i>Trichomonas vaginalis</i>	Options thérapeutiques pour le traitement des infections à <i>Candida</i>
Métronidazole	Métronidazole	Miconazole
	Tinidazole	Clotrimazole
		Fluconazole
Autres possibilités		Autres possibilités
Clindamycine		
Métronidazole gel		
Clindamycine crème vaginale		

Remarque

- La consommation d'alcool est déconseillée pendant le traitement par le métronidazole.
- Le métronidazole n'est pas recommandé pendant le premier trimestre de grossesse sauf dans le cas où les avantages sont plus importants que les risques potentiels.



FIGURE 6. ECOULEMENT VAGINAL

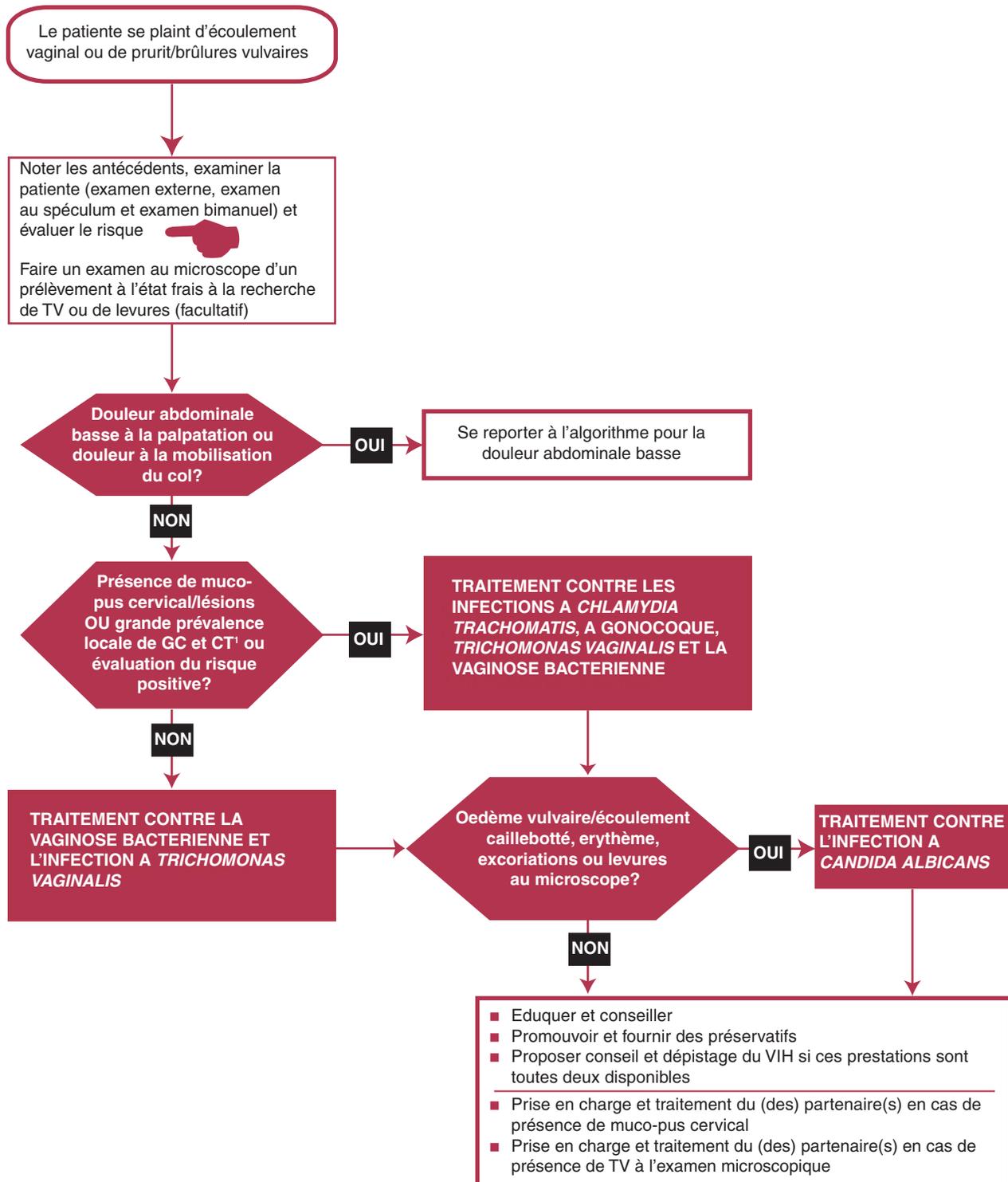


Adaptation nécessaire des facteurs de risque à la situation locale, sociale, comportementale et épidémiologique.

¹ La détermination du degré de prévalence doit se faire en fonction de l'épidémiologie locale.



FIGURE 7. ECOULEMENT VAGINAL : EXAMEN AU SPECULUM ET EXAMEN BIMANUEL AVEC OU SANS MICROSCOPE

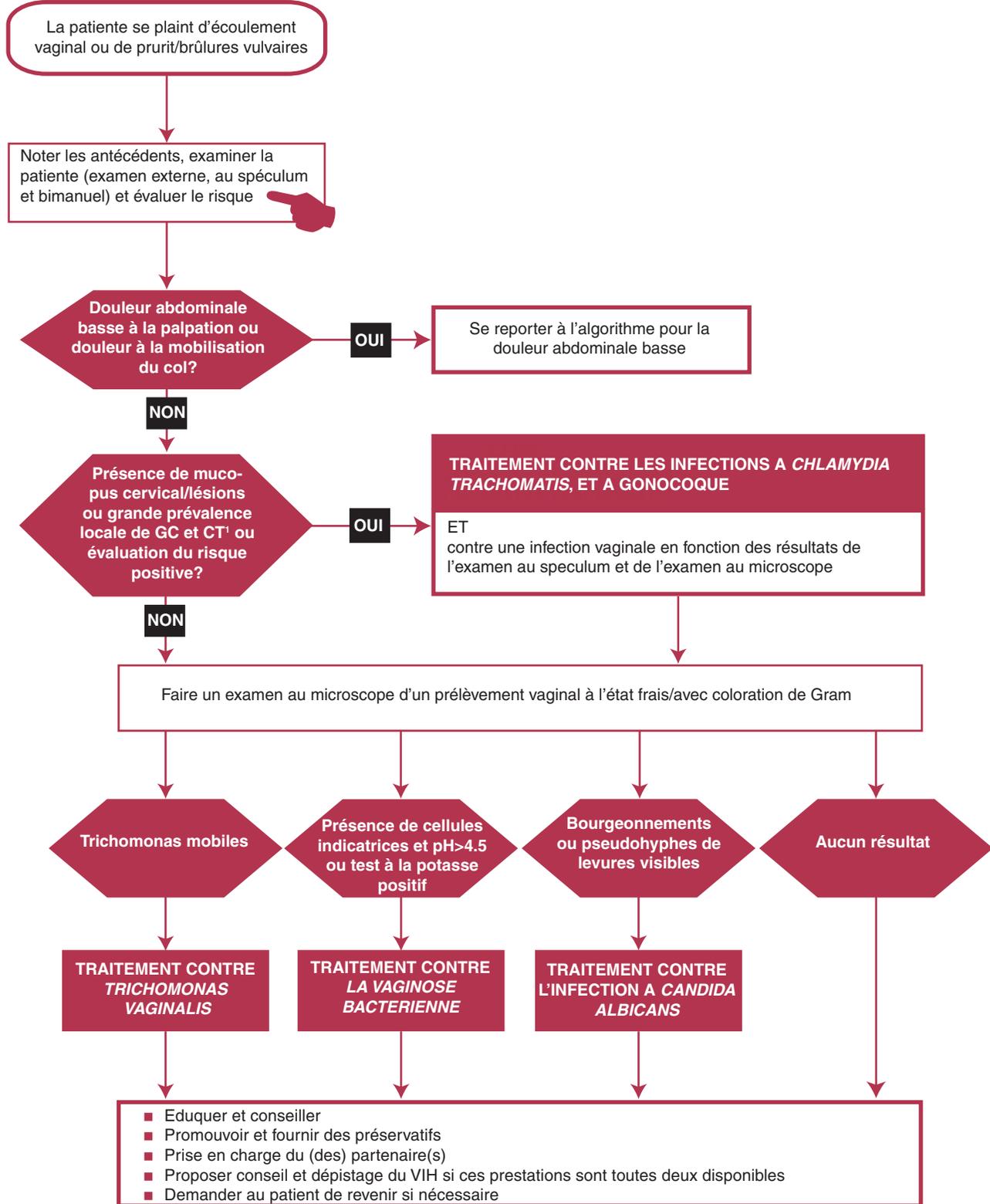


Adaptation nécessaire des facteurs de risque à la situation locale, sociale, comportementale et épidémiologique.

¹ La détermination du degré de prévalence doit se faire en fonction de l'épidémiologie locale.



FIGURE 8. ECOULEMENT VAGINAL : EXAMEN AU SPECULUM ET EXAMEN AU MICROSCOPE



Adaptation nécessaire des facteurs de risque à la situation locale, sociale, comportementale et épidémiologique.

¹ La détermination du degré de prévalence doit se faire en fonction de l'épidémiologie locale.



2.5. DOULEUR ABDOMINALE BASSE

Toute femme sexuellement active présentant une douleur abdominale basse sera attentivement examinée à la recherche d'une salpingite et/ou d'une endométrite qui constituent la maladie inflammatoire pelvienne (MIP). En outre, l'examen bimanuel (toucher vaginal combiné au palper abdominal) de routine sera réalisé systématiquement chez toutes les femmes devant une présomption d'IST, vu qu'un certain nombre de femmes ayant la MIP ou une endométrite ne se plaignent pas de douleur abdominale. En présence d'une endométrite, on peut observer à l'examen gynécologique des signes d'écoulement et/ou de saignement vaginal et/ou des douleurs utérines à la palpation. Les symptômes évocateurs de la MIP sont notamment: douleur abdominale, dyspareunie, écoulement vaginal, ménométrorragie, dysurie, fièvre, et parfois nausées et vomissements.

La MIP est difficile à diagnostiquer, les manifestations cliniques étant diverses. Elle devient fort probable lorsqu'un ou plusieurs des symptômes ci-dessus sont observés chez une femme présentant une douleur annexielle à la palpation, des signes d'infection des voies génitales basses ou une hyperesthésie à la mobilisation du col. L'hypertrophie ou l'induration d'une ou des deux trompes de Fallope, la présence d'une masse pelvienne sensible ainsi qu'une hyperesthésie directe ou à la décompression de l'abdomen. La température de la patiente peut être élevée, mais est très souvent normale. Le clinicien devra en général s'orienter par prudence vers le surdiagnostic et le surtraitement des cas présumés.

L'hospitalisation des patientes ayant la MIP sera sérieusement envisagée dans les cas suivants :

- diagnostic incertain ;
- une suspicion d'urgence chirurgicale telle qu'une appendicite ou une grossesse extrautérine (GEU) ;
- abcès pelvien présumé ;
- gravité de la maladie qui empêche la prise en charge en ambulatoire ;
- grossesse ;
- impossibilité de suivre ou de tolérer un traitement ambulatoire ; ou
- échec du traitement ambulatoire.



De nombreux experts recommandent d'hospitaliser toutes les patientes ayant la MIP en vue du traitement.

Les agents étiologiques sont notamment *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* et les bactéries anaérobies (*Bacteroides* spp. et les cocci Gram-positifs). Des germes en bâtonnet Gram-négatifs facultatifs et *Mycoplasma hominis* ont également été impliqués. Dans la mesure où la distinction clinique des agents est impossible et où le diagnostic microbiologique précis est difficile, le protocole thérapeutique doit être efficace contre l'ensemble de ces agents pathogènes. Les protocoles recommandés ci-après s'appuient sur ce principe.

TRAITEMENT DE LA PATIENTE AMBULATOIRE

Traitements syndromiques recommandés

- traitement en dose unique de la gonococcie non compliquée (voir section 3.1 – la ceftriaxone en dose unique s'est montrée efficace ; les autres schémas thérapeutiques en dose unique n'ont pas été formellement évalués dans le traitement de la MIP)

PLUS

- doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 fois par jour, ou tétracycline, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 14 jours

PLUS

- métronidazole, 400–500 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 14 jours

Remarque

- la consommation d'alcool est déconseillée pendant le traitement par le métronidazole
- Les tétracyclines sont contre-indiquées pendant la grossesse.

Traitement d'appoint : retrait du stérilet (DIU)

Si la MIP survient alors que la patiente porte un stérilet, il faut traiter l'infection avec les antibiotiques adaptés. On ne possède aucune donnée montrant les avantages du



retrait du stérilet.^{2,3,4} Si la patiente désire le garder, le laisser en place. Si elle souhaite le retirer, le retrait n'est recommandé qu'après la mise en route du traitement antimicrobien. Le retrait du stérilet rend le conseil de contraception nécessaire.

Suivi

La patiente ambulatoire atteinte de la MIP sera revue 72 heures plus tard et hospitalisée si son état ne s'est pas amélioré.

TRAITEMENT DE LA PATIENTE HOSPITALISEE

Traitements syndromiques recommandés pour l'IGH

1. Ceftriaxone, 250 mg en injection intramusculaire, 1 fois par jour

PLUS

doxycycline, 100 mg par voie orale ou en injection intraveineuse, 2 fois par jour, ou tétracycline, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour

PLUS

- métronidazole, 400–500 mg par voie orale ou en injection intraveineuse, 2 fois par jour, ou chloramphénicol, 500 mg par voie orale ou en injection intraveineuse, 4 fois par jour
2. Clindamycine, 900 mg en injection intraveineuse, toutes les 8 heures
- #### PLUS
- gentamicine, 1,5 mg/kg de poids corporel en injection intraveineuse, toutes les 8 heures
3. Ciprofloxacine, 500 mg par voie orale, 2 fois par jour, ou spectinomycine, 1 g en injection intramusculaire, 4 fois par jour

² Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception*, 1981. 24(2):137-43.

³ Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Ann Med*, 1989. 21(1):63-5.

⁴ Larsson B, Wennergren M. Investigation of a copper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1977. 15(2):143-149.



PLUS

- doxycycline, 100 mg par voie orale ou en injection intraveineuse, 2 fois par jour, ou tétracycline, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour

PLUS

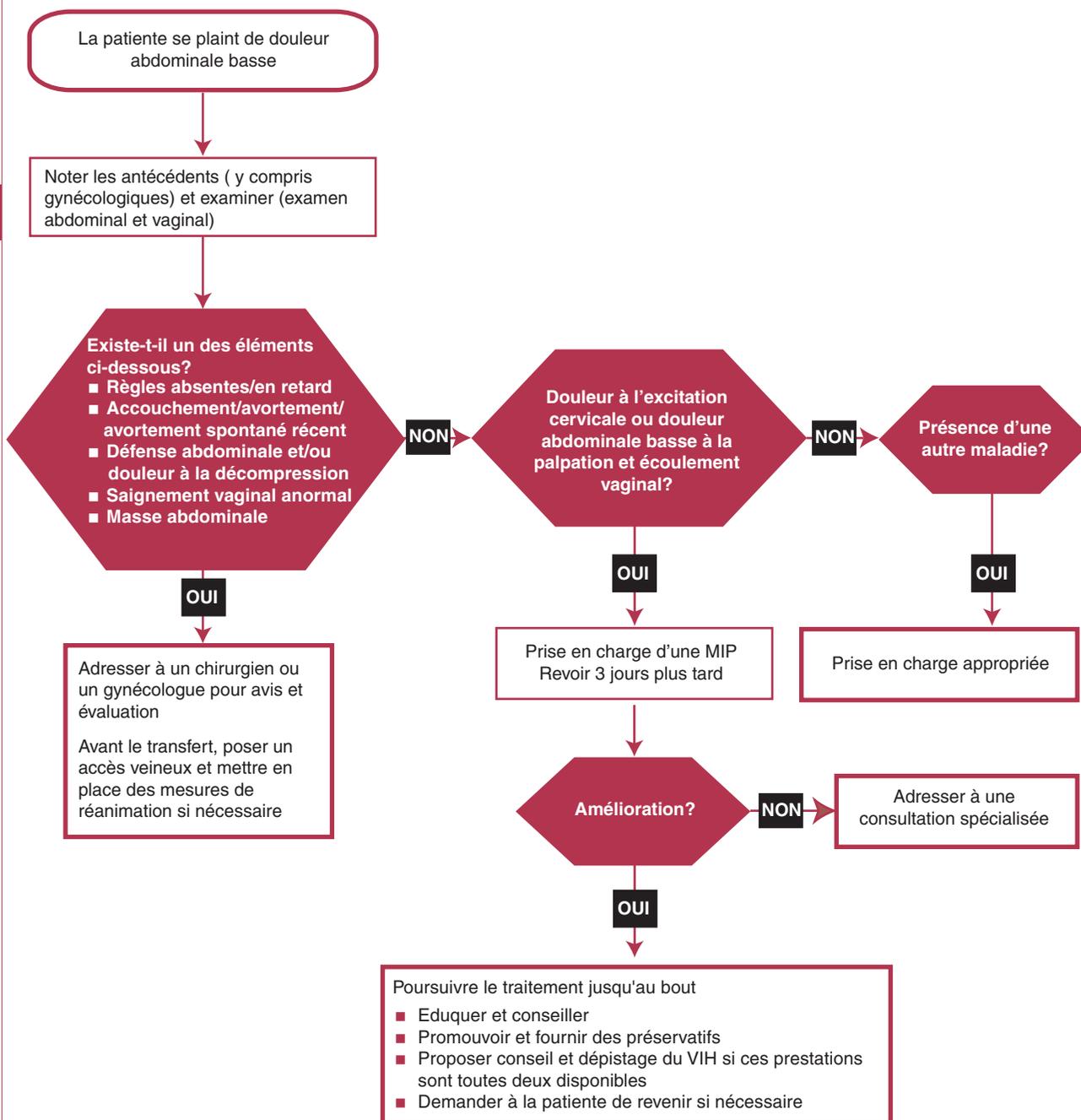
- métronidazole, 400–500 mg par voie orale ou en injection intraveineuse, 2 fois par jour, ou chloramphénicol, 500 mg par voie orale ou en injection intraveineuse, 4 fois par jour

Remarque

- Concernant ces trois protocoles thérapeutiques, le traitement sera poursuivi pendant au moins 2 jours après l'amélioration, puis sera suivi soit par la doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 14 jours, soit par la tétracycline, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 14 jours.
- La consommation d'alcool est déconseillée pendant le traitement par le métronidazole.
- Les tétracyclines sont contre-indiquées pendant la grossesse.



FIGURE 9. DOULEUR ABDOMINALE BASSE





2.6. CONJONCTIVITE DU NOUVEAU-NE

La conjonctivite du nouveau-né peut entraîner la cécité lorsqu'elle est due à *N. gonorrhoeae* et que la mise en route du traitement a tardé. Les agents pathogènes sexuellement transmissibles les plus importants à l'origine de la conjonctivite du nouveau-né sont *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. Dans les pays en développement, *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* représentent respectivement 20 à 75 % et 15 à 35 % des cas soumis au médecin. D'autres causes sont fréquentes : *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus spp.* et *Pseudomonas spp.* 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.

Dans la mesure où les manifestations cliniques et les complications éventuelles des infections à gonocoque et à chlamydia sont comparables, le traitement fourni devra couvrir ces deux infections lorsque la situation locale ne permet pas de les distinguer. On donnera donc un traitement en dose unique contre la gonococcie et une polythérapie contre chlamydia.

EN BREF

Conjonctivite du nouveau-né

Voir détails sections 3.1 et 3.2

Options thérapeutiques pour le traitement de la gonococcie

Ceftriaxone

Autres possibilités

Kanamycine

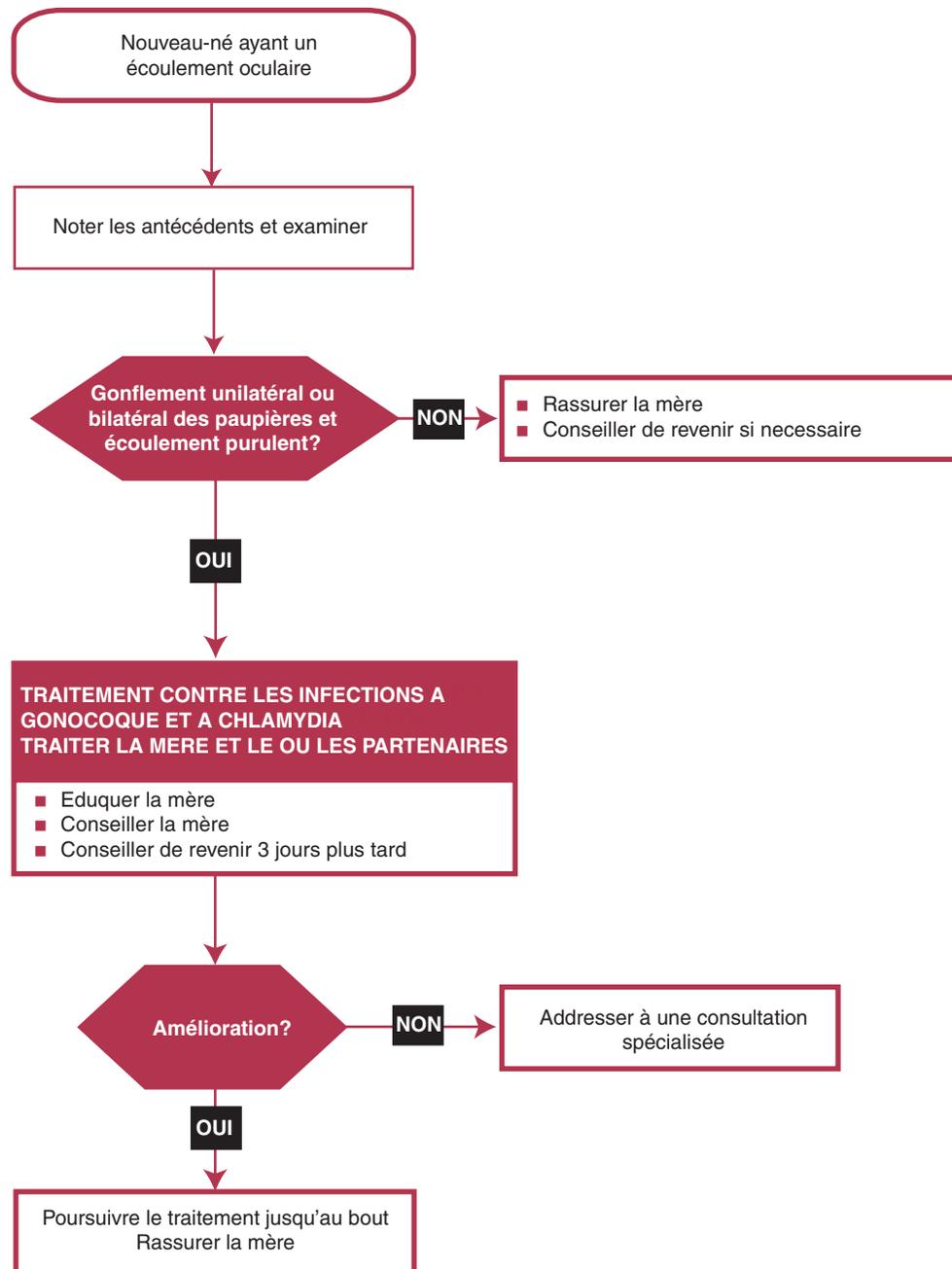
Spectinomycine

Options thérapeutiques pour le traitement des chlamydioses

Erythromycine



FIGURE 10. CONJONCTIVITE DU NOUVEAU-NE





3. TRAITEMENT EN FONCTION DE L'ÉTIOLOGIE DES INFECTIONS

3.1. INFECTIONS À GONOCOQUE

La plupart des gonocoques isolés dans le monde sont maintenant résistants aux pénicillines, aux tétracyclines et à d'autres agents antimicrobiens plus anciens qui ne peuvent donc plus être recommandés pour le traitement de la gonococcie.

Il est important de vérifier la sensibilité *in vitro* locale ainsi que l'efficacité clinique des protocoles thérapeutiques recommandés.

Il est généralement recommandé d'administrer simultanément un traitement contre chlamydia à tous les patients atteints de gonococcie, comme indiqué dans la section 3.2, l'infection mixte étant fréquente. Cette remarque ne s'applique pas aux patients chez lesquels un test de laboratoire a permis d'exclure *C. trachomatis*.

INFECTION ANO-GENITALE NON COMPLIQUÉE

Protocoles thérapeutiques recommandés

- ciprofloxacine, 500 mg par voie orale, en dose unique

OU

- ceftriaxone, 125 mg en injection intramusculaire, en dose unique

OU

- céfixime, 400 mg par voie orale, en dose unique

OU

- spectinomycine, 2 g en injection intramusculaire, en dose unique

Remarque

- La ciprofloxacine est contre-indiquée pendant la grossesse et n'est pas recommandée chez l'enfant et l'adolescent.
- L'activité antigonococcique varie avec les quinolones utilisées et il est important de n'administrer que la plus active.



INFECTION GONOCOCCIQUE GENERALISEE

Protocoles thérapeutiques recommandés

- ceftriaxone, 1 g en injection intramusculaire ou intraveineuse, 1 fois par jour, pendant 7 jours (si la ceftriaxone n'est pas disponible, il est nécessaire de la remplacer par des céphalosporines de troisième génération, ce qui oblige à des administrations plus fréquentes)

OU

- spectinomycine, 2 g en injection intramusculaire, 2 fois par jour, pendant 7 jours. D'après certaines données, le traitement pendant 3 jours serait inapproprié.

Remarque

- Le traitement de la méningite et de l'endocardite gonococciques se fait à la même posologie, mais la durée du traitement doit être portée à 4 semaines dans le cas de l'endocardite.

CONJONCTIVITE GONOCOCCIQUE

C'est une infection grave qui exige un traitement général et une irrigation locale avec du sérum physiologique ou d'autres solutions appropriées. 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.

A. Conjonctivite gonococcique de l'adulte

Protocoles thérapeutiques recommandés

- ceftriaxone, 125 mg en injection intramusculaire, en dose unique

OU

- spectinomycine, 2 g en injection intramusculaire, en dose unique

OU

- ciprofloxacine, 500 mg par voie orale, en dose unique

Remarque

- Il semble que ce traitement soit efficace même s'il n'existe aucune donnée publiée concernant son utilisation dans le traitement de la conjonctivite gonococcique.



Autre protocole thérapeutique quand les médicaments recommandés ne sont pas disponibles

- kanamycine, 2 g en injection intramusculaire, en dose unique.

Suivi

Il est important de suivre attentivement l'évolution clinique.

B. Conjonctivite gonococcique du nouveau-né

Protocole thérapeutique recommandé

- ceftriaxone, 50 mg/kg en injection intramusculaire, en dose unique, jusqu'à un maximum de 125 mg.

Autres protocoles thérapeutiques quand la ceftriaxone n'est pas disponible

- kanamycine, 25 mg/kg en injection intramusculaire, en dose unique, jusqu'à un maximum de 75 mg

OU

- spectinomycine, 25 mg/kg en injection intramusculaire, en dose unique, jusqu'à un maximum de 75 mg.

Remarque

- La ceftriaxone et la kanamycine en dose unique ont une efficacité prouvée. L'addition à ces traitements d'une pommade ophtalmique à la tétracycline n'apporte pas d'avantage démontré.

Suivi

Le patient doit être revu 48 heures plus tard.

Prévention de la conjonctivite du nouveau-né

Les soins oculaires prophylactiques réalisés en temps voulu permettent de prévenir la conjonctivite gonococcique du nouveau-né. Les yeux du nourrisson doivent être soigneusement nettoyés immédiatement après la naissance, et le traitement des yeux par instillation d'une solution de nitrate d'argent à 1 % ou application d'une pommade à la tétracycline à 1 % chez tous les enfants à la naissance est fortement recommandé comme mesure prophylactique. En outre, la prophylaxie oculaire



apporte une bonne protection contre la conjonctivite à *C. trachomatis*. Le nouveau-né dont la mère est atteinte d'une infection gonococcique doit recevoir un traitement complémentaire.

Protocole thérapeutique recommandé pour le nouveau-né dont la mère est atteinte

- ceftriaxone, 50 mg/kg en injection intramusculaire, en dose unique, jusqu'à un maximum de 125 mg

38

Autres protocoles thérapeutiques quand la ceftriaxone n'est pas disponible

- kanamycine, 25 mg/kg en injection intramusculaire, en dose unique, jusqu'à un maximum de 75 mg

OU

- spectinomycine, 25 mg/kg en injection intramusculaire, en dose unique, jusqu'à un maximum de 75 mg.

3.2. INFECTIONS A CHLAMYDIA TRACHOMATIS (AUTRES QUE LA LYMPHOGRANULOMATOSE VENERIENNE)

INFECTIONS ANO-GENITALES NON COMPLIQUEES

Protocoles thérapeutiques recommandés

- doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours

OU

- azithromycine, 1 g par voie orale, en dose unique

Autres protocoles thérapeutiques possibles

- amoxicilline, 500 mg par voie orale, 3 fois par jour, pendant 7 jours

OU

- érythromycine, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 7 jours

OU

- ofloxacine, 300 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours



OU

- tétracycline, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 7 jours

Remarque

- La doxycycline (et les autres tétracyclines) sont contre-indiquées pendant la grossesse et l'allaitement.
- D'après les observations disponibles, 1 g d'azithromycine en dose unique traite efficacement les chlamydioses.
- Il semble que la prolongation du traitement au-delà de 7 jours n'améliore pas le taux de guérison des chlamydioses non compliquées.
- Ne pas prendre l'érythromycine à jeun.

Suivi

Il est très important de respecter la durée (7 jours) du protocole thérapeutique. Il n'a pas été observé de résistance de *C. trachomatis* aux protocoles thérapeutiques recommandés.

INFECTION A CHLAMYDIA PENDANT LA GROSSESSE

Protocoles thérapeutiques recommandés

- érythromycine, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 7 jours

OU

- amoxicilline, 500 mg par voie orale, 3 fois par jour, pendant 7 jours

Remarque

- La doxycycline (et les autres tétracyclines) ainsi que l'ofloxacine sont contre-indiquées chez la femme enceinte.
- Des premières données suggèrent l'innocuité de l'azithromycine chez la femme enceinte.^{5,6} Cependant, le nombre de femmes étudiées jusqu'à ce jour est trop faible pour évaluer son innocuité chez la femme enceinte, les rares issues défavorables ayant très peu de chance d'être détectées.

⁵ Adair CD et al. Chlamydia in pregnancy : a randomized trial of azithromycin and erythromycin. *Obstet Gynecol*, 1998, 91:165-168.

⁶ Wehbeh HA et al. Single dose azithromycin for chlamydia in pregnant women. *J Reprod Med*, 1998, 43:509-514.



- L'érythromycine sous forme d'estolate est contre-indiquée pendant la grossesse en raison de son hépatotoxicité et, par conséquent, seules l'érythromycine base ou l'éthylsuccinate d'érythromycine seront employés.

CONJONCTIVITE A CHLAMYDIA DU NOUVEAU-NE

En raison du risque d'infection mixte, il faut traiter tous les cas de conjonctivite du nouveau-né contre *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* simultanément.

40

TRAITEMENT EN FONCTION DE L'ETIOLOGIE DES INFECTIONS

Protocole thérapeutique recommandé

- érythromycine, sirop, 50 mg/kg par jour par voie orale, répartis en 4 doses, pendant 14 jours

Autre protocole thérapeutique possible

- triméthoprime, 40 mg, associé au sulfaméthoxazole, 200 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 14 jours

Remarque

- Rien n'indique qu'un traitement d'appoint sous forme topique apporte une amélioration. En cas de récurrence de conjonctivite à inclusions après un traitement bien conduit, le traitement par l'érythromycine sera repris pendant 2 semaines.

PNEUMONIE DU NOUVEAU-NE

Protocole thérapeutique recommandé

- érythromycine en sirop, à la dose de 50 mg/kg par jour (oralement en 4 doses), pendant 14 jours.

Remarque

- La durée optimale du traitement n'a toutefois pas été déterminée mais ne devrait pas être inférieure à 14 jours.



3.3. LYMPHOGRANULOMATOSE VENERIENNE

Il n'y a que très peu de données publiées sur le traitement de la lymphogranulomatose vénérienne. Les recommandations s'appuient sur l'avis des experts et sur une étude comparative publiée dans un *Bulletin de l'OMS* en 1963.⁷

Protocoles thérapeutiques recommandés

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

OU

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

Autre protocole thérapeutique possible

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

Remarque

- Les tétracyclines sont contre-indiquées pendant la grossesse.
- Les ganglions lymphatiques mobiles seront aspirés en piquant l'aiguille dans une zone de peau saine. L'incision et le drainage ou l'excision des ganglions risquent de retarder la guérison. Lorsque la maladie est très avancée, un traitement de plus de 14 jours est parfois nécessaire, et les séquelles telles que des brides et/ou des fistules doivent parfois être opérées.

3.4. SYPHILIS

RESUME DE LA PRESENTATION CLINIQUE

La syphilis est une maladie intéressant l'organisme entier dès l'origine, due au spirochaeta *Treponema palladium* (*T. palladium*). L'infection est considérée comme congénitale (transmise de la mère à l'enfant *in utero*) ou comme acquise (par voie sexuelle ou transfusion sanguine).

La syphilis acquise comprend la syphilis précoce et la syphilis tardive. La syphilis précoce comporte trois stades : primaire, secondaire et latent précoce. La syphilis

⁷ Greaves AB. The frequency of lymphogranuloma venereum in persons with perirectal abscesses, fistulae in ano, or both. *Bulletin of the World Health Organization*, 1963, 29:797-801.



tardive englobe la syphilis latente tardive, l'ulcère gommeux syphilitique, la syphilis cardiovasculaire et la neurosyphilis.

La syphilis primaire se caractérise par une ulcération ou un chancre à l'endroit de l'infection ou de l'inoculation. La syphilis secondaire se reconnaît à une éruption cutanée, une condylomatose, des lésions cutanéomuqueuses et une lymphadénopathie généralisée.

42

Comme son nom l'indique, la syphilis latente ne présente pas de manifestations cliniques. La syphilis latente précoce est une infection de moins de deux ans. Une infection présente depuis plus de deux ans, sans signe clinique d'infection tréponémique est une syphilis latente tardive. L'OMS a établi cette distinction en se basant sur le caractère contagieux de la syphilis et la réaction de la maladie aux traitements thérapeutiques. A un stade précoce, la maladie est plus contagieuse mais répond mieux aux traitements.

Au stade précoce de la syphilis primaire, les réactions non tréponémiques d'agglutination lipidiques pour le sérodiagnostic, tels que le VDRL et le RPR, peuvent être négatives et ne pas signifier pour autant l'absence de la maladie.

Considérations thérapeutiques

Le traitement efficace de la syphilis nécessite un dosage des anticorps antitréponémiques du sérum et du liquide céphalo-rachidien (LCR). Une dose de pénicilline supérieure à 0,018 mg par litre est suffisante et doit être maintenue pendant au moins 7 à 8 jours dans le cas d'une syphilis précoce et pour une durée supérieure dans le cas d'une syphilis tardive. La benzathine benzylpenicilline en dose de 2,4 millions UI produit une pénicillinémie tréponémicide pendant trois semaines et est recommandée pour le traitement de la syphilis tardive.

L'administration parentérale plutôt qu'orale du traitement à la pénicilline garantit sa biodisponibilité et son contrôle. Des données supplémentaires seront nécessaires pour recommander soit le ceftriaxone ou l'azithromycine par voie orale. L'azithromycine à l'avantage d'être efficace pour lutter contre *C. trachomatis*, *H. ducreyi* et les gonocoques.



Le traitement de la syphilis cardiovasculaire doit inclure une consultation en cardiologie. Toutes les formes cardiovasculaires et neurologiques seront suivies pendant plusieurs années. Le suivi doit comporter plusieurs examens : examen clinique et sérologique, analyse du liquide céphalo-rachidien et, si nécessaire, examen radiologique, suivant l'état du patient et l'évolution de la maladie appréciés par le clinicien.

Suivi des patients traités contre la syphilis

Le suivi des patients traités pour une syphilis précoce doit s'appuyer sur les services et les ressources médicaux existants. L'état clinique des patients sera évalué et l'on cherchera à déceler une réinfection au cours de la première année qui suit le traitement. L'état du patient atteint de syphilis précoce traité avec des préparations et des doses appropriées de benzathine benzylpénicilline sera évalué cliniquement et sérologiquement au moyen d'un test non tréponémique 3 mois plus tard pour apprécier le résultat du traitement. Une deuxième évaluation sera réalisée 6 mois plus tard et, selon les résultats à 6 mois, de nouveau à 12 mois, pour réévaluer l'état du patient et déceler une éventuelle réinfection.

Le renouvellement du traitement sera envisagé, quel que soit le stade de la maladie, dans les situations suivantes :

- signes ou symptômes cliniques de persistance ou de récurrence de syphilis évolutive ;
- augmentation confirmée du titre avec un test non tréponémique.

L'examen du liquide céphalo-rachidien sera pratiqué avant le renouvellement du traitement, sauf si un diagnostic de réinfection et de syphilis précoce peut être établi. Les patients seront retraités conformément au schéma thérapeutique recommandé pour la syphilis évoluant depuis plus de deux ans. En général, un seul renouvellement du traitement est indiqué dans la mesure où le patient correctement traité peut conserver des titres faibles et stables mis en évidence par des tests non tréponémiques.



SYPHILIS ET INFECTION A VIH

Tous les patients syphilitiques seront invités à faire un test de dépistage du VIH, en raison de la fréquence élevée des infections mixtes et de leurs conséquences sur l'évaluation clinique et la prise en charge. La neurosyphilis sera envisagée au cours du diagnostic différentiel des formes neurologiques chez le sujet infecté par le VIH. En cas de syphilis congénitale, la mère sera incitée à faire un dépistage du VIH ; si le test est positif, l'enfant sera adressé à un service spécialisé pour y être suivi.

44

TRAITEMENT EN FONCTION DE L'ETIOLOGIE DES INFECTIONS

Le protocole thérapeutique recommandé pour le traitement de la syphilis précoce n'est pas différent chez le patient infecté par le VIH et non infecté. Cependant, certaines autorités de santé conseillent l'analyse du liquide céphalo-rachidien et/ou un traitement plus intensif avec un protocole approprié de tous les patients ayant une infection mixte à *Treponema pallidum* et à VIH, quel que soit le stade clinique de la syphilis. Dans tous les cas, un suivi attentif est indispensable pour que le traitement soit bien adapté.

SYPHILIS PENDANT LA GROSSESSE

Les femmes enceintes seront considérées comme un groupe distinct qui nécessite une surveillance attentive, en particulier pour déceler une éventuelle réinfection après l'administration du traitement. Il est en outre important de traiter le ou les partenaires sexuels. Quel que soit le stade de la grossesse, la patiente enceinte qui n'est pas allergique à la pénicilline sera traitée par ce médicament conformément aux posologies recommandées en l'absence de grossesse, en fonction de la phase de la maladie.

L'efficacité de l'érythromycine à tous les stades de la syphilis ainsi que son aptitude à éviter les stigmates de la syphilis congénitale sont fortement mises en doute et de nombreux échecs ont été signalés. Son efficacité dans le traitement de neurosyphilis est probablement faible. Même en l'absence de données, il est probablement souhaitable de recourir au traitement prolongé par les céphalosporines de troisième génération chez la femme enceinte qui n'a pas de manifestations anaphylactiques d'allergies.

La désensibilisation à la pénicilline de la femme enceinte atteinte de syphilis doit se faire en milieu hospitalier. C'est une technique qui n'est pas réalisable dans la



plupart des centres de santé primaires et qui ne peut pas être recommandée en routine.

Suivi

Après traitement, on pratiquera tous les mois des tests sérologiques quantitatifs non tréponémiques jusqu'à l'accouchement et, en cas de signes sérologiques de réinfection ou de rechute, on procédera au renouvellement du traitement.

SYPHILIS CONGÉNITALE

On distingue deux formes de syphilis congénitale: précoce (deux premières années de vie) et tardive (apparaissant plus tard).

Il est possible de prévenir la syphilis congénitale par des programmes de stratégies de dépistage de la syphilis chez la femme enceinte lors de la première visite prénatale. Certains programmes recommandent de refaire le test à 28 semaines de grossesse et à la naissance pour les populations à incidence élevée de syphilis congénitale.

La syphilis congénitale est possible si la femme enceinte est syphilitique, mais le risque est minimal si elle a été traitée par la pénicilline pendant la grossesse. Tous les enfants nés de mères ayant une sérologie positive seront examinés à la naissance, puis tous les mois pendant 3 mois, jusqu'à négativation définitive confirmée des tests sérologiques. Les anticorps maternels transmis à l'enfant disparaissent en général dans les 3 mois qui suivent la naissance. La sérologie IgM facilite le diagnostic et sera utilisée si disponible.

Tous les nouveau-nés dont la mère a une sérologie positive pour la syphilis doivent être traités avec une dose unique intramusculaire de benzathine benzylpénicilline, 50 000 UI/kg, que la mère ait été traitée ou non pendant la grossesse (par la pénicilline ou un autre médicament). L'hospitalisation de tous les nouveau-nés symptomatiques est recommandée quand leur mère est séropositive. Les enfants (jusqu'à l'âge de 2 ans) symptomatiques ou non, ayant des anomalies du liquide céphalo-rachidien, seront traités comme pour une syphilis congénitale précoce.



La syphilis congénitale précoce répond en général bien, à la fois cliniquement et sérologiquement, quand la posologie de la pénicilline est adaptée. La guérison est parfois lente chez l'enfant gravement malade ayant des atteintes cutanées, muqueuses, osseuses ou viscérales importantes. Quand l'état nutritionnel est mauvais, l'enfant risque de succomber à d'autres infections concomitantes, une pneumonie par exemple.

PROTOCOLE THERAPEUTIQUE RECOMMANDE CONTRE LA SYPHILIS

SYPHILIS PRECOCE

(primaire, secondaire, ou latente d'une durée inférieure à deux ans)

Protocole thérapeutique recommandé

- benzathine benzylpénicilline⁸, 2,4 millions UI, en injection intramusculaire, administrée lors de la même visite. Le volume étant important, cette dose de pénicilline est généralement administrée en deux injections à différents endroits.

Autre protocole thérapeutique possible

- benzylpénicilline procaine⁹, 1,2 million UI par jour, en injection intramusculaire, pendant 10 jours consécutifs

Autres protocoles thérapeutiques destinés aux patients allergiques à la pénicilline, en l'absence de grossesse

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

OU

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

Autres protocoles thérapeutiques destinés aux patientes enceintes allergiques à la pénicilline

- érythromycine, 500 mg par orale, 4 fois par jour, pendant 14 jours

⁸ Synonymes de benzathine benzylpénicilline : benzathine pénicilline G, benzylpénicilline benzathine, benzathine pénicilline.

⁹ Synonyme de benzylpénicilline procaine : procaine pénicilline G.



SYPHILIS LATENTE TARDIVE

(Infection durant depuis plus de deux ans sans risque d'infection tréponémique)

Protocole thérapeutique recommandé

- benzathine benzylpénicilline, 2,4 millions UI, en injection intramusculaire, 1 fois par semaine, pendant 3 semaines consécutives.

Autre protocole thérapeutique

- benzylpénicilline procaïne, 1,2 million UI, en injection intramusculaire, 1 fois par jour, pendant 20 jours consécutifs.

Autres protocoles thérapeutiques destinés aux patients allergiques à la pénicilline, en l'absence de grossesse

- doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 30 jours

OU

- tétracycline, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 30 jours

Autres protocoles thérapeutiques destinés aux patientes enceintes allergiques à la pénicilline

- erythromycine, 500 mg par orale, 4 fois par jour, pendant 30 jours

NEUROSYPHILIS

Protocole thérapeutique recommandé

- benzylpénicilline aqueuse,¹⁰ 12-24 millions UI, en injection intraveineuse, administrée tous les jours à la dose de 24 millions UI toutes les 4 heures, pendant 14 jours

Autre protocole thérapeutique possible

- benzylpénicilline procaïne, 1,2 million UI, en injection intramusculaire, 1 fois par jour, et probénécide, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, le tout pendant 10-14 jours.

Ce schéma thérapeutique ne sera utilisé que lorsque l'observance peut être garantie chez un patient ambulatoire.

¹⁰ Synonymes de benzylpénicilline aqueuse : benzylpénicilline potassium, benzylpénicilline sodium, pénicilline cristallisée, pénicilline G potassium, pénicilline G sodium.



Remarque

- Les autorités recommandent d'ajouter de la benzathine benzylpénicilline, 2,4 millions UI, en injection intramusculaire, en 3 injections consécutives 1 fois par semaine, après achèvement de ces traitements ; cette approche ne repose toutefois sur aucune donnée. La benzathine benzylpénicilline à la dose de 2,4 millions UI en injection intramusculaire ne permet pas d'obtenir une concentration thérapeutique dans le liquide céphalorachidien.

48

Autres protocoles thérapeutiques destinés aux patients allergiques à la pénicilline, en l'absence de grossesse

- doxycycline, 200 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 30 jours

OU

- tétracycline, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 30 jours

Remarque

- Le traitement de la neurosyphilis par d'autres médicaments que la pénicilline n'a pas été évalué de manière systématique. Bien que leur efficacité ne soit pas bien définie, les céphalosporines de troisième génération pourraient être utiles dans le traitement de la neurosyphilis.
- Le système nerveux central peut être atteint quel que soit le stade de la syphilis. Les signes cliniques d'atteinte neurologique (symptômes visuels ou auditifs, paralysie des nerfs crâniens) justifient l'analyse du liquide céphalo-rachidien. Un tel examen est aussi très conseillé chez tous les patients atteints de syphilis de durée supérieure à deux ans ou de durée inconnue, pour apprécier la présence éventuelle d'une neurosyphilis asymptomatique. La consultation d'un neurologue est recommandée par certains experts lors de la prise en charge d'un patient neurosyphilitique et un suivi attentif est indispensable.

SYPHILIS CONGÉNITALE

A. Syphilis congénitale précoce (jusqu'à l'âge de 2 ans)

ET

Nourrisson ayant des anomalies du liquide céphalo-rachidien

Protocoles thérapeutiques recommandés

- benzylpénicilline aqueuse, 100 000–150 000 UI/kg par jour administrées de la manière suivante : 50 000 UI/kg par dose IV toutes les 12 heures, pendant les



7 premiers jours de la vie, puis toutes les 8 heures par la suite, jusqu'à atteindre 10 jours de traitement au total

OU

- benzylpénicilline procaïne, 50 000 UI/kg par jour, donnée en une injection intramusculaire unique, pendant 10 jours

Remarque

- Certains experts traitent tous les enfants atteints de syphilis congénitale comme si le liquide céphalo-rachidien était anormal. Les antimicrobiens autres que la pénicilline (érythromycine) ne sont pas indiqués dans le traitement de la syphilis congénitale, sauf en cas d'allergie grave à la pénicilline. Les tétracyclines ne doivent pas être utilisées chez le jeune enfant.

B. Syphilis congénitale évoluant depuis 2 ans ou plus

Protocoles thérapeutiques recommandés

- benzylpénicilline aqueuse, 200 000–300 000 UI/kg par jour en injection intraveineuse ou intramusculaire, administrées en doses fractionnées de 50 000 UI/kg toutes les 4–6 heures, pendant 10–14 jours

Autre protocole thérapeutique destiné aux patients allergiques à la pénicilline, après le premier mois de vie

- érythromycine, 7,5–12,5 mg/kg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 30 jours

3.5. CHANCRE MOU

L'agent infectieux est le bacille anaérobie facultatif Gram-négatif, *H. ducreyi*. Cette infection est fréquente dans plusieurs régions du monde, y compris en Afrique, dans les Caraïbes et le Sud-Est asiatique. En raison de l'extension de la résistance à tous les secteurs géographiques, la tétracycline et la pénicilline n'ont pas de place dans le traitement du chancre mou. Pour faciliter son observance, le traitement en dose unique par d'autres antimicrobiens est le traitement de choix.

Traitement des lésions

Aucun traitement spécial n'est nécessaire. Les ulcérations seront maintenues propres et les ganglions lymphatiques mobiles seront évacués en piquant l'aiguille dans la



zone de peau saine qui entoure la lésion. L'incision et le drainage ou l'excision des ganglions risquent de retarder la guérison et ne sont pas recommandés.

Suivi

Tous les patients seront suivis jusqu'à obtenir des signes clairs d'amélioration ou de guérison. Chez le patient infecté par le VIH, le traitement semble parfois moins efficace, ce qui peut être dû à une co-infection par un herpès génital ou une syphilis. Dans la mesure où le chancre mou et l'infection à VIH sont étroitement associés et où l'échec thérapeutique risque d'être observé de plus en plus souvent, les patients seront revus toutes les semaines jusqu'à l'apparition de signes nets d'amélioration.

50

Protocoles thérapeutiques recommandés

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

OU

- érythromycine base, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour, pendant 7 jours

OU

- azithromycine, 1 g par voie orale, en dose unique.

Autre protocole thérapeutique

- ceftriaxone, 250 mg en injection intramusculaire, en dose unique

3.6. GRANULOME INGUINAL (DONOVANOSE)

La donovanose, ou encore granulome ulcéreux des organes génitaux, est due à une bactérie Gram-négative intracellulaire *Klebsiella granulomatis*, (connue précédemment sous le nom *Calymmatobacterium granulomatis*). Cliniquement, la maladie se présente comme des ulcérations évolutives non douloureuses, sans adénopathie associée. Les lésions sont très vascularisées et saignent facilement au contact.

Le traitement sera poursuivi jusqu'à ce que toutes les lésions soient complètement réépithélialisées.



Protocoles thérapeutiques recommandés

- azithromycine, 1 g par voie orale le premier jour, puis 500 mg par voie orale, 1 fois par jour

OU

- doxycycline, 100 mg par voie orale, 2 fois par jour

Autres protocoles thérapeutiques

- érythromycine, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour

OU

- tétracycline, 500 mg par voie orale, 4 fois par jour

OU

- triméthoprim 80 mg/sulfaméthoxazole 400 mg, 2 comprimés par voie orale, 2 fois par jour, pendant 14 jours au moins.

Remarque

- Chez le patient infecté par le VIH, l'administration d'appoint d'un aminoglycoside comme la gentamycine par voie parentérale sera fortement envisagée.

Suivi

Les patients seront suivis cliniquement jusqu'à résolution des signes et des symptômes.

3.7. INFECTIONS HERPETIQUES GENITALES

L'herpès génital est dû au virus herpès simplex de type 2 (HSV2). Il est très répandu dans de nombreuses parties du monde et est la cause la plus fréquente d'ulcérations génitales dans le monde. C'est une préoccupation majeure de santé publique car il facilite la transmission du VIH.

Il n'existe pas de traitement curatif connu de l'herpès génital, mais l'évolution des symptômes peut être modifiée si, dès l'apparition des symptômes, un traitement général par l'aciclovir ou ses analogues est administré. Le traitement doit diminuer la formation de nouvelles lésions, la durée de la douleur et le temps nécessaire à la guérison, ainsi que l'excrétion virale. Il ne semble cependant pas modifier l'histoire naturelle des récurrences. Le traitement topique par l'aciclovir ne permet d'obtenir



qu'un petit raccourcissement de la durée des épisodes symptomatiques et n'est pas recommandé.

Recidives

La plupart des patients ayant fait une primo-infection génitale à HSV-2 auront des récurrences. Un traitement antiviral des poussées ou préventif permet d'abrèger la durée des lésions génitales. Dans la mesure où le traitement antiviral est bénéfique à de nombreux patients, les diverses possibilités de traitement seront discutées avec tous. Lorsque le traitement est mis en place pendant les prodromes ou dans le jour qui suit l'apparition des lésions, nombreux sont les patients faisant des récurrences qui bénéficient du traitement des poussées de récurrence. Si l'on choisit cette modalité de traitement des poussées de récurrence, le patient doit avoir à disposition le traitement antiviral ou une prescription qui lui permet de l'obtenir, de façon à pouvoir commencer le traitement dès les prodromes ou les premiers signes de lésions génitales.

HERPES PENDANT LA GROSSESSE

Traiter le premier épisode clinique d'herpès génital par l'aciclovir par voie orale.

L'accouchement par les voies naturelles chez la femme qui fait une primo-infection génitale peu avant l'accouchement expose l'enfant au risque d'herpès néonatal. Au cours des récurrences, l'enfant n'est exposé qu'à un risque très faible. Les cultures de sécrétions génitales réalisées tardivement pendant la grossesse sont de mauvais indicateurs prédictifs d'élimination du virus pendant l'accouchement. Le recours à la césarienne chez la mère ayant des lésions herpétiques génitales s'appuiera sur un recueil soigneux des antécédents et l'examen physique.

INFECTION MIXTE A VIRUS DE L'HERPES-VIH

Chez l'immunodéprimé, on observe parfois des ulcérations cutanéomuqueuses persistantes et/ou sévères, qui touchent souvent des secteurs cutanés importants, périanal, scrotal ou pénien. Les lésions peuvent être douloureuses et atypiques, rendant le diagnostic clinique difficile. L'histoire naturelle des lésions herpétiques peut être modifiée. Chez la personne infectée par le VIH, la plupart des lésions



herpétiques répondent à l'aciclovir, mais la dose doit parfois être augmentée et le traitement plus long que le traitement classique recommandé. Par la suite, le patient peut bénéficier d'un traitement préventif au long cours. Il arrive qu'apparaissent des mutants déficients en thymidine-kinase, sur lesquels les antiviraux classiques deviennent inefficaces.

TRAITEMENT PREVENTIF

Le traitement préventif administré quotidiennement réduit la fréquence des récurrences d'herpès génital de plus de 75 % chez les patients ayant des récurrences fréquentes (six récurrences au moins par an). La sécurité et l'efficacité ont été documentées pour l'aciclovir chez des patients ayant reçu un traitement quotidien pendant 6 ans, et pour le valaciclovir et le famciclovir pendant 1 an. Le traitement préventif n'a pas été associé à l'apparition d'une résistance cliniquement importante à l'aciclovir chez les patients immunocompétents.

Le traitement préventif par l'aciclovir diminue l'excrétion virale, sans toutefois la supprimer. Par conséquent, on ignore dans quelle mesure le traitement préventif peut empêcher la transmission du HSV.

PROTOCOLES THERAPEUTIQUES RECOMMANDES CONTRE L'HERPES GENITAL

Protocoles recommandés lors de la primo-infection

- aciclovir, 200 mg par voie orale, 5 fois par jour, pendant 7 jours

OU

- aciclovir, 400 mg par voie orale, 3 fois par jour, pendant 7 jours

OU

- valaciclovir, 1 g, 2 fois par jour, pendant 7 jours.

OU

- famciclovir, 250 mg, 3 fois par jour, pendant 7 jours

Protocoles thérapeutiques recommandés lors de récurrence

- aciclovir, 200 mg par voie orale, 5 fois par jour, pendant 5 jours

OU

- aciclovir, 400 mg par voie orale, 3 fois par jour, pendant 5 jours



OU

- aciclovir, 800 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 5 jours

OU

- valaciclovir, 500 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 5 jours

OU

- valaciclovir, 1 000 mg par voie orale, 1 fois par jour, pendant 5 jours

OU

- famciclovir, 125 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 5 jours

54

Protocoles thérapeutiques recommandés pour un traitement préventif

- aciclovir, 400 mg par voie orale, 2 fois par jour, en traitement continu

OU

- valaciclovir, 500 mg par voie orale, 1 fois par jour, en traitement continu

OU

- valaciclovir, 1 000 mg par voie orale, 1 fois par jour, en traitement continu

OU

- famciclovir, 250 mg par voie orale, 2 fois par jour, en traitement continu

Remarque

- Certains experts recommandent d'interrompre le traitement par l'aciclovir après un an d'utilisation ininterrompue, de façon à pouvoir mesurer la fréquence de récurrence. La plus petite dose qui, en continu, permet d'empêcher les récurrences chez un sujet donné ne peut être déterminée qu'empiriquement.

Traitement thérapeutique pour les formes graves

- aciclovir, 5–10 mg/kg IV, toutes les 8 heures, 5–7 jours ou jusqu'à la résolution des symptômes cliniques.

Traitement recommandé contre l'infection mixte à virus de l'herpès+VIH

- aciclovir, 400 mg par voie orale, 3 à 5 fois par jour, jusqu'à la résolution des symptômes cliniques.

Traitement du nouveau-né

- aciclovir, 10 mg/kg par voie intraveineuse, 3 fois par jour, pendant 10–21 jours.



3.8. CONDYLOMES ACUMINES

Le virus du papillome humain (VPH) est un agent pathogène sexuellement transmissible fréquent. Les condylomes acuminés sont indolores et n'entraînent pas de complications sérieuses sauf lorsqu'ils risquent de provoquer une occlusion, particulièrement chez la femme enceinte. L'excision de la lésion ne signifie pas la guérison de l'infection. Aucun traitement n'est complètement satisfaisant. Dans la plupart des cas, on utilise la podophylline (ou podophyllotoxine) ou l'acide trichloracétique pour traiter les condylomes génitaux externes et périanaux. La cryothérapie, avec une cryosonde, l'azote liquide ou la neige carbonique est la technique de choix pour de nombreux médecins lorsqu'elle est disponible. La cryothérapie n'est pas toxique, elle ne nécessite pas d'anesthésie et, utilisée correctement, elle ne laisse pas de cicatrice.

Le ou les partenaires sexuels seront examinés à la recherche de condylomes. En cas de condylomes anogénitaux, le patient sera informé qu'il est contagieux pour ses partenaires sexuels. L'utilisation de préservatifs est recommandée pour essayer de diminuer la transmission.

Certains types de VPH 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. Chez l'adolescente, un nombre élevé de frottis peuvent apparaître anormaux.

Les traitements disponibles pour les condylomes ano-génitaux visibles peuvent être appliqués par le patient (podophyllotoxine et imiquimod), évitant le recours à des visites fréquentes, ou appliqués par le soignant. La solution de podophyllotoxine à 0,5 % peut être appliquée avec un écouvillon de coton et le gel peut être appliqué au doigt.

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 4 jours ; répéter le cycle jusqu'à 4 fois (le volume total de podophyllotoxine ne doit pas dépasser 0,5 ml par jour)

**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

- L'innocuité de la podophyllotoxine et de l'imiquimod pendant la grossesse n'a pas été démontrée.

56

TRAITEMENT EN FONCTION DE L'ÉTIOLOGIE DES INFECTIONS

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'anuscope. Le traitement sera répété toutes les semaines
- on recommande d'utiliser la podophyllotoxine à 0,5 % si elle est disponible, cette substance étant l'un des composés actifs de la résine de podophylline. Son efficacité est égale à celle de la podophylline, mais elle est moins toxique et semble provoquer moins d'érosions
- certains experts déconseillent 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 crysonde. Applications répétées toutes les 1-2 semaines

OU

- électrochirurgie



OU

- exérèse chirurgicale

CONDYLOMES VAGINAUX

Protocoles thérapeutiques recommandés

- cryothérapie à l'azote liquide

OU

- podophylline, à 10–25 %. Laisser sécher avant d'enlever le spéculum

OU

- acide trichloracétique à 80–90 %

CONDYLOMES CERVICAUX

Le traitement des condylomes cervicaux ne doit pas être entrepris avant que les résultats du frottis cervical soient connus. La plupart des experts déconseillent l'emploi de la podophylline ou de l'acide trichloracétique pour traiter les condylomes cervicaux.

Recommandations pour le traitement des condylomes cervicaux

- la prise en charge devra faire appel à un expert
- frottis de Papanicolaou
- pas d'application d'acide trichloracétique ni de podophylline

CONDYLOMES DU MEAT ET DE L'URETRE

Les condylomes du méat accessibles peuvent être traités par la podophylline à 10–25 %, dans la teinture de benjoin, ou par la podophyllotoxine à 0,5 % lorsqu'elle est disponible. Veiller attentivement à ce que la zone traitée soit sèche avant d'entrer en contact avec les surfaces épithéliales normales. Avec la podophylline, le taux de succès signalé est faible.

L'urétroscopie est nécessaire pour diagnostiquer des condylomes intra-urétraux et ils devront être évoqués quand l'homme fait des condylomes du méat récidivants. Certains experts préfèrent l'ablation électrochirurgicale. L'instillation intra-urétrale d'une crème à 5 % de fluorouracil ou de thiotépa est parfois efficace, mais aucun de



ces deux traitements n'a été évalué convenablement. La podophylline ne sera pas utilisée.

Traitements recommandés

- cryothérapie

OU

- podophylline 10–25 %

3.9. INFECTIONS A *TRICHOMONAS VAGINALIS*

Chez les adultes, le protozoaire flagellé *T. vaginalis* est presque exclusivement transmis par voie sexuelle. L'infection peut être asymptomatique. En cas de trichomonase symptomatique, on observe un écoulement vaginal nauséabond, une démangeaison de la vulve chez les femmes et une urétrite chez les hommes.

Prise en charge des partenaires sexuels

La notification sera faite à tous les partenaires sexuels qui seront traités. Les rapports sexuels seront déconseillés jusqu'à ce que le patient indicateur et son ou ses partenaires aient été traités. La trichomonase est souvent asymptomatique chez l'homme, mais il apparaît de plus en plus qu'elle est la cause d'urétrites symptomatiques non gonococciques et non chlamydiales.

TRICHOMONASE PENDANT LA GROSSESSE

Il semble de plus en plus que l'infection par *T. vaginalis* soit associée à des issues défavorables de la grossesse et particulièrement la rupture prématurée des membranes, une naissance prématurée et un petit poids de naissance. Cette corrélation est particulièrement importante chez les femmes symptomatiques. Des études plus poussées sont nécessaires pour démontrer l'importance du traitement de la trichomonase pour éviter une issue défavorable de la grossesse.

Bien que le métronidazole ne soit pas recommandé pendant le premier trimestre de la grossesse, il peut être administré si ce traitement donne le maximum de chance d'éviter une issue défavorable de la grossesse. Dans ce cas, on utilisera la dose efficace minimale (2 g par voie orale, en dose unique). La corrélation entre



L'utilisation du métronidazole pendant la grossesse et les effets tératogènes et mutagènes chez les nouveau-nés n'a pas été clairement démontrée.

Suivi

Il est demandé aux patients de revenir 7 jours plus tard si les symptômes persistent. La réinfection sera soigneusement exclue. En l'absence de guérison après le premier traitement, on obtient souvent une réponse favorable en répétant le traitement avec le protocole de 7 jours. Des cas de résistance aux 5-nitroimidazoles ont été signalés et sont parfois une cause d'échec thérapeutique.

En l'absence de guérison après la cure répétée de métronidazole, la patiente pourra être traitée de la manière suivante : métronidazole, 2 g par voie orale, tous les jours, associé à 500 mg par voie intravaginale chaque nuit, pendant 3-7 jours. Des préparations de métronidazole pour voie vaginale existent un peu partout dans le monde, mais ne sont recommandées que pour le traitement des infections réfractaires et non pour le traitement de première intention de la trichomonase. Un autre schéma thérapeutique consiste à administrer 400 ou 500 mg de métronidazole¹¹ par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours.

Protocoles thérapeutiques recommandés contre l'infection vaginale

- métronidazole, 2 g par voie orale, en dose unique

OU

- tinidazole, 2 g par voie orale, en dose unique

Remarque

- Le taux de guérison signalé chez la femme est de 82 % à 88 %, mais peut s'élever à 95 % si les partenaires sexuels sont traités simultanément.

Autres protocoles thérapeutiques

- métronidazole, 400 ou 500 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours

OU

- tinidazole, 500 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 5 jours

¹¹ Le métronidazole existe en gélules dosées à 200 mg ou 250 mg.

**Remarque**

- Il existe d'autres 5-nitroimidazoles efficaces, soit en dose unique soit en schémas multidoses.
- La consommation d'alcool est déconseillée pendant le traitement par le métronidazole et les autres imidazolés, y compris pendant les 24 heures qui suivent la dernière prise.
- Le métronidazole n'est généralement pas recommandé pendant le premier trimestre de la grossesse (voir plus haut).
- La femme sera traitée de la même manière, que la trichomonase soit asymptomatique ou symptomatique.

Protocoles thérapeutiques recommandés de l'urétrite à *Trichomonas vaginalis*

- métronidazole, 400 ou 500 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours
- OU**
- tinidazole, 500 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 5 jours

Traitement thérapeutique des infections néonatales

- métronidazole, 5 mg/kg par voie orale, 3 fois par jour, pendant 5 jours.

Remarque

- Les nourrissons ayant une trichomonase symptomatique ou une colonisation des voies urogénitales qui persiste après le quatrième mois seront traités par le métronidazole.

3.10. VAGINOSE BACTÉRIENNE

La vaginose bactérienne est un syndrome clinique qui résulte du remplacement de *Lactobacillus* sp. qui produit du peroxyde d'hydrogène (H₂O₂) et fait partie de la flore vaginale normale par des fortes concentrations de bactéries anaérobies telles que *G. vaginalis* et *Mycoplasma hominis*. La cause de cette altération de la flore microbienne est mal connue.

Si la trichomonase est une infection sexuellement transmissible, la vaginose bactérienne est une infection endogène des voies génitales. Le traitement des



partenaires sexuels n'a pas fait la preuve de son intérêt. Il est recommandé de réduire ou d'éliminer les facteurs prédisposants tels que préparations vaginales antiseptiques/antibiotiques et douches vaginales.

Des études complémentaires sont nécessaires pour confirmer la relation entre les modifications de la microflore vaginale et l'acquisition d'une infection à VIH.

VAGINOSE BACTERIENNE PENDANT LA GROSSESSE

Il semble que la vaginose bactérienne soit associée à une incidence accrue des issues défavorables de la grossesse (rupture prématurée des membranes, accouchement prématuré, petit poids de naissance par exemple). Symptomatique, la femme enceinte doit être traitée et, en cas d'antécédents d'accouchement avant terme, on recherchera une infection asymptomatique. Les femmes enceintes chez lesquelles les symptômes sont récurrents seront re-traitées. Le dépistage chez les femmes enceintes asymptomatiques n'ayant pas d'antécédents d'accouchement prématuré n'est pas recommandé.

L'administration du métronidazole n'est pas recommandée pendant le premier trimestre de la grossesse, mais il peut être utilisé au cours des deuxième et troisième trimestres. Si on doit cependant administrer du métronidazole pendant le premier trimestre, on recommande d'en diminuer la posologie pour réduire les risques d'éventuels effets secondaires.

VAGINOSE BACTERIENNE ET CHIRURGIE

En cas de chirurgie des voies génitales ou d'avortement thérapeutique, la femme atteinte de vaginose bactérienne devra être traitée par le métronidazole.

Protocole thérapeutique recommandé

- métronidazole, 400 ou 500 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours

Remarque

- La consommation d'alcool est déconseillée pendant le traitement par le métronidazole, y compris pendant les 24 heures qui suivent la dernière prise



Autres protocoles thérapeutiques

- métronidazole, 2 g par voie orale, en dose unique

OU

- clindamycine, en crème vaginale à 2 %, 5 g au coucher par voie intravaginale, pendant 7 jours

OU

- métronidazole, en gel à 0,75 %, 5 g 2 fois par jour par voie intravaginale, pendant 5 jours

OU

- clindamycine, 300 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours

Suivi

- Il est conseillé aux patientes de revenir si les symptômes persistent, le renouvellement du traitement pouvant être nécessaire.

Protocole thérapeutique recommandé pour les femmes enceintes

- métronidazole, 200 ou 250 mg par voie orale, 3 fois par jour, tous les jours pendant 7 jours, après le premier trimestre.
- métronidazole, 2 g par voie orale, en dose unique, si on doit impérativement traiter durant le premier trimestre de la grossesse (voir plus haut).

Autres protocoles thérapeutiques

- métronidazole, 2 g par voie orale, en dose unique

OU

- clindamycine, 300 mg par voie orale, 2 fois par jour, pendant 7 jours

OU

- métronidazole, en gel à 0,75 %, 5 g 2 fois par jour par voie intravaginale, pendant 7 jours

3.11. CANDIDOSES

CANDIDOSE VULVO-VAGINALE

Dans la plupart des cas, la candidose vulvo-vaginale est due à la présence de *Candida albicans* (*C. Albicans*). Chez 20 % des femmes l'infection peut



être asymptomatique. Si des symptômes se manifestent, ils consistent en une démangeaison de la vulve, une sensibilité et un écoulement vaginal qui n'est pas nauséabond mais peut être épais. Un examen clinique peut révéler une inflammation de la vulve ou des lésions de grattage et un oedème de la vulve.

La candidose vulvo-vaginale n'est en général pas contractée au cours des rapports sexuels. Si le traitement des partenaires sexuels n'est pas recommandé, il peut toutefois être envisagé quand la femme a des infections récidivantes. Un petit nombre de partenaires sexuels masculins ont parfois une balanite, caractérisée par un érythème (rougeur) ou une inflammation du gland et du prépuce, et une balanoposthite.

Le traitement implique en général l'utilisation en topique de l'un des nombreux imidazolés (miconazole, clotrimazole, éconazole, butoconazole, terconazole) ou de la nystatine. Les imidazolés sont administrés en cure plus courte et semblent être plus efficaces que la nystatine. Toutefois, ils sont généralement plus coûteux.

CANDIDOSE VULVO-VAGINALE PENDANT LA GROSSESSE

Même s'il existe maintenant des traitements efficaces par voie orale en dose unique, on ignore leur degré d'innocuité et d'efficacité. Seuls les azolés pour application locale seront utilisés pour traiter la femme enceinte. Parmi les traitements qui ont été étudiés au cours de la grossesse, les plus efficaces sont le miconazole, le clotrimazole, le butoconazole et le terconazole.

CANDIDOSE VULVO-VAGINALE ET INFECTION A VIH

La candidose multifocale, y compris vulvaire et vaginale, est associée à la maladie due au VIH. Elle est souvent assez grave et les récives sont fréquentes. Un traitement au long cours est en général indispensable et le traitement préventif au long cours est souvent employé.

Récidives

Il est recommandé de réduire ou d'éliminer les facteurs prédisposants, administration d'antibiotiques, préparations vaginales antiseptiques/antibiotiques



et douches vaginales. Le traitement oral simultané d'un foyer rectal par la nystatine ou le fluconazole est sans intérêt dans la prévention des récurrences. Parmi d'autres facteurs de candidose vulvo-vaginale récurrente, on peut noter le diabète sucré non contrôlé, l'immunodépression ou l'usage de corticoïdes.

BALANOPOSTHITE

64

TRAITEMENT EN FONCTION DE L'ÉTIOLOGIE DES INFECTIONS

La balanoposthite est une inflammation du gland et du prépuce. Quand elle est due au *C. albicans*, elle se développe chez des hommes souffrant d'immunodépression ou de diabète sucré non contrôlé.

Protocoles thérapeutiques recommandés

- miconazole ou clotrimazole, 200 mg par voie intravaginale, tous les jours pendant 3 jours

OU

- clotrimazole, 500 mg par voie intravaginale, en dose unique

OU

- fluconazole, 150 mg par voie orale, en dose unique

Autre protocole thérapeutique

- nystatine, 100 000 UI par voie intravaginale, tous les jours pendant 14 jours

Protocoles thérapeutiques recommandés contre la balanoposthite

- clotrimazole, crème à 1 %, une fois par jour pendant 14 jours

OU

- miconazole, crème à 2 %, 2 fois par jour pendant 7 jours

Autre protocole thérapeutique

- nystatine crème, deux fois par jour pendant 7 jours

3.12. GALE

Le sarcopte responsable, *Sarcoptes scabiei*, se propage par contact physique direct. La gale est souvent sexuellement transmise chez l'adulte. Toutefois, il existe



manifestement des situations où la gale est transmise par contact corporel intime sans rapport avec une activité sexuelle. C'est notamment le cas lorsque les personnes vivent très rapprochées, écoles et quartiers pauvres surpeuplés par exemple, ou en institutions, maisons de retraite et hôpitaux psychiatriques. On évitera de cataloguer systématiquement la gale comme une maladie sexuellement transmise, quand la cause probable est la promiscuité, de façon à éviter la stigmatisation. De plus, la prise en charge recommandée est différente quand la gale a été contractée sexuellement. Quand les flambées de gale sont liées à des rapports étroits et non sexuels, le traitement de tous les contacts est capital.

Les sarcoptes peuvent s'introduire sous la peau en une heure. Les protéases (enzymes) contenues dans leur matière fécale provoquent une réaction de démangeaison, généralement 2 à 6 semaines après l'infestation.

Remarques spécifiques

Le prurit peut persister plusieurs semaines après un traitement bien mené. Une application unique une semaine plus tard peut être indiquée en l'absence d'amélioration clinique. Un traitement complémentaire hebdomadaire ne se justifie que si l'on peut mettre en évidence des sarcoptes vivants. Si l'on peut exclure la réinfestation et garantir le respect du traitement, un traitement anti-inflammatoire local pourra être envisagé, la manifestation clinique étant parfois due à une réaction allergique. Le linge et les draps qui auraient pu être contaminés dans les deux jours précédant le début du traitement seront lavés et séchés convenablement, ou lavés à sec.

Adultes, adolescents et enfants de plus de dix ans

Protocoles thérapeutiques recommandés

- 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

- perméthrine, 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 ; dans certaines zones géographiques, il est nécessaire de porter le traitement à 5 jours (le crotamiton a l'avantage d'avoir une action antiprurigineuse)

66

OU

- soufre, à 6 % dans la vaseline, appliqué sur la totalité du corps, du cou jusqu'aux pieds, au coucher, 3 nuits de suite ; le patient peut prendre un bain avant réapplication du produit et doit prendre un bain 24 heures après la dernière application

Remarque

- Le lindane n'est pas recommandé chez la femme enceinte ou allaitante.
- Une résistance au lindane a été signalée dans certains secteurs.

Protocoles recommandés pour les nourrissons, les enfants de moins de 10 ans, les femmes enceintes ou allaitantes

- crotamiton à 10 %, comme ci-dessus

OU

- soufre à 6 %, comme ci-dessus

OU

- perméthrine, en crème à 5 %, appliquée comme le traitement au soufre décrit plus haut

Contacts

Les contacts sexuels et l'entourage familial proche seront traités comme ci-dessus.

3.13. PHTIRIASE DU PUBIS

C'est une infestation du pou, *Phthirus pubis*, qui se propage lors de rapports sexuels. Les patients consultent car ils souffrent de prurit.



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 renouvellement du traitement est indiqué 7 jours plus tard si l'on observe des poux ou des oeufs à la base des poils. Les vêtements et les draps qui auraient pu être contaminés dans les deux jours précédant le début du traitement seront lavés et séchés convenablement, ou lavés à sec

OU

- perméthrine à 1 %, comme ci-dessus

Remarque

- Le lindane n'est pas recommandé chez la femme enceinte ou allaitante.

Remarques particulières

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.



4. REMARQUES CONCERNANT LES TRAITEMENTS

4.1. CHOIX DES PROTOCOLES THERAPEUTIQUES ANTIMICROBIENS

EFFICACITE

68

REMARQUES CONCERNANT LES TRAITEMENTS

L'efficacité est le critère le plus important du choix d'un schéma thérapeutique antimicrobien. Un schéma de traitement des IST doit, pour bien faire, guérir au moins 95 % des personnes infectées par une bactérie sexuellement transmissible. Les schémas thérapeutiques qui donnent des taux de guérison plus faibles ne doivent être utilisés qu'avec beaucoup de précaution, car si le profil de sensibilité est localement instable, ces traitements risquent de sélectionner des souches résistantes et de limiter rapidement leur propre utilité. La prudence doit être de règle quand le taux de guérison des schémas thérapeutiques se situe entre 85 % et 95 %. Quand le taux de guérison est inférieur, les schémas thérapeutiques ne sont pas acceptables.

Pour réduire le risque d'apparition et de transmission à la population générale des souches résistantes des agents pathogènes sexuellement transmissibles, des programmes particuliers assurant une prise en charge efficace doivent être conçus à l'intention des groupes à haut risque, les travailleurs sexuels et leurs clients par exemple. Les protocoles thérapeutiques destinés à ces groupes doivent avoir une efficacité proche de 100 %, et l'on essaiera de développer les comportements favorables à la santé dans ces groupes de population, grâce à une approche qui favorise la participation en recourant à des pairs pour assurer les tâches d'éducation et de soins.

Les données concernant l'efficacité ne peuvent pas être extrapolables d'un lieu à un autre ou, dans certains cas, d'une sous-population à une autre. Il faut donc, idéalement, baser les évaluations sur des études bien conçues conduites dans les populations où le traitement doit être appliqué. Suite aux modifications épidémiologiques locales de la résistance de *N. gonorrhoeae* et *H. ducreyi*, l'efficacité thérapeutique contre ces agents infectieux évolue avec le temps. Il est recommandé de surveiller périodiquement l'efficacité clinique et/ou la sensibilité in vitro. Si le



degré de résistance et le taux de guérison sont inconnus dans une zone, le protocole thérapeutique appliqué sera celui qui, selon toute probabilité, est censé donner un taux acceptable de guérison dans la situation écologique la plus défavorable. Il faut cependant reconnaître que peu d'essais cliniques comparatifs comportent un nombre suffisant de sujets pour permettre de déceler des petites différences d'efficacité entre des traitements antimicrobiens fortement efficaces.

Remarque

- Pour que l'efficacité soit garantie, il est recommandé aux praticiens de ne pas utiliser une posologie inférieure à la posologie recommandée.

INNOCUITE

La toxicité est le deuxième point important du traitement des IST, en raison de la fréquence des réinfestations et, par conséquent, de l'exposition répétée aux antimicrobiens. En outre, le traitement contre les agents des IST résistants exige souvent des titres sériques en antimicrobiens relativement élevés, et parfois pendant 7 jours ou plus. Les protocoles associant plusieurs médicaments augmentent encore le risque de réactions indésirables. La grossesse, relativement fréquente dans les groupes sexuellement actifs chez lesquels l'incidence des IST est élevée, est une situation particulière au cours de laquelle il faut, en outre, tenir compte de la sécurité du fœtus. L'innocuité des fluoroquinolones pendant la grossesse et l'adolescence n'est pas certaine, ce qui limite leur utilisation dans ces groupes. Dans certaines régions, la doxycycline n'est pas utilisée en raison des risques de photosensibilisation. Les tétracyclines sont contre-indiquées pendant la grossesse et chez l'enfant de moins de 8 ans.

La place importante donnée aux céphalosporines de troisième génération dans les protocoles thérapeutiques recommandés vient de ce qu'elles réunissent une grande efficacité, même contre des agents relativement résistants, et une faible toxicité.

COUT

Le coût est partout un facteur limitant important. Dans certains pays en voie de développement, la kanamycine est préférée à la spectinomycine pour le traitement de la gonococcie en raison de son faible coût. Il faut supposer que les



programmes locaux utilisent les meilleurs protocoles thérapeutiques qu'ils peuvent financièrement supporter. Lorsqu'on calcule le coût total des différents protocoles, il est toutefois important de tenir compte du coût associé aux traitements moins efficaces : traitements répétés, propagation des agents, complications et sélection d'agents de plus en plus résistants aux antimicrobiens. Le choix du schéma thérapeutique le mieux adapté peut être facilité en appliquant les règles de l'analyse décisionnelle, et l'antibiogramme permet quelquefois de compenser l'absence de précision des données de base.

OBSERVANCE ET ACCEPTABILITE

L'observance des protocoles thérapeutiques contre les IST pose continuellement des problèmes qui limitent gravement l'efficacité des schémas multidoses, comme ceux qui comportent de l'érythromycine et des tétracyclines. On préférera donc les protocoles en dose unique ou en très courte cure. Le conseil et l'éducation sanitaire appropriés, dont on a pu montrer qu'ils augmentent l'observance, feront donc partie intégrante de la prise en charge clinique.

Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour obtenir l'observance chez les adolescents, qui sont souvent moins tolérants aux effets secondaires. Ils peuvent aussi ne pas souhaiter que l'on sache qu'ils prennent des médicaments. Les soignants devront s'assurer que les instructions ont été bien comprises, surtout si plusieurs protocoles sont appliqués, de même que les conséquences des interruptions de traitement.

Dans certaines sociétés, le traitement oral est nettement préféré aux injections, tandis que, dans d'autres groupes, l'injection est considérée comme la seule forme de traitement acceptable. Compte tenu de l'apparition et de la propagation de l'infection à VIH, la préférence sera donnée aux traitements par voie orale, de façon à diminuer les risques associés à la réutilisation de matériel d'injection non stérilisé. L'éducation des patients concernant l'efficacité des préparations orales sera intégrée à la prise en charge des IST.



DISPONIBILITE

La disponibilité et la distribution des médicaments varient considérablement selon la situation géographique. La disponibilité régionale de certains excellents médicaments pourrait être améliorée s'ils étaient inclus dans les listes nationales de médicaments essentiels.

CO-INFECTIONS

Quand une population est touchée par plusieurs IST, les co-infections peuvent être fréquentes. Malheureusement, la possibilité de traiter les co-infections courantes par des médicaments uniques a été réduite suite à l'apparition de souches de *N. gonorrhoeae* résistantes aux tétracyclines. Dans la plupart des cas, une bithérapie est maintenant nécessaire pour pouvoir traiter simultanément les infections à gonocoque et à chlamydia. La co-infection par le chancre mou et la syphilis doit être traitée par une polychimiothérapie. La gravité de la maladie due à plusieurs agents pathogènes sexuellement transmissibles (virus de l'herpès, *H. ducreyi*, *T. pallidum*) peut être augmentée par l'infection à VIH et le SIDA, et leur traitement doit être plus intensif et plus long.

RISQUE DE PERTE D'EFFICACITE DES MEDICAMENTS DANS D'AUTRES INDICATIONS

Les médicaments les plus efficaces mais les plus chers ne doivent pas être réservés aux centres de recours aux soins. L'utilisation de protocoles thérapeutiques moins efficaces dans les centres de santé primaires risquerait rapidement de dissuader les patients de recourir aux soins de proximité, à la fois faciles et rapides à obtenir, et favoriserait la propagation de la maladie et la sélection des micro-organismes résistants.

Le traitement simultané par plusieurs agents a été utilisé pour éviter la survenue des résistances individuelles au cours du traitement de la tuberculose. On ne connaît pas l'efficacité de cette méthode pour prévenir la survenue des résistances dans les populations atteintes d'IST. On constate que, malheureusement, *N. gonorrhoeae* devient parfois résistante simultanément à plusieurs antimicrobiens. Les polythérapies sont largement utilisées et recommandées pour traiter les processus polymicrobiens (MIP, par exemple) ou des co-infections présumées (tétracycline



utilisée pour traiter une co-infection par chlamydia au cours d'une gonococcie, par exemple).

4.2. REMARQUES CONCERNANT CERTAINS MEDICAMENTS

CEPHALOSPORINES

72

REMARQUES CONCERNANT LES TRAITEMENTS

Plusieurs céphalosporines de troisième génération se sont montrées efficaces dans le traitement de la gonococcie. Le céfixime a l'avantage d'être présenté sous forme orale. Il pourrait être efficace également contre le chancre mou, mais n'a pas encore été évalué dans cette indication. L'efficacité de la ceftriaxone dans le traitement de la gonococcie et du chancre mou est bien documentée. Il existe une corrélation positive forte entre la concentration minimale inhibitrice des pénicillines et celle des céphalosporines.

La ceftriaxone en dose unique permet de traiter les gonococcies ano-génitales non compliquées, mais est également efficace dans le traitement des infections gonococciques, des conjonctivites de l'adulte et du nouveau-né ainsi que des infections pharyngées. Etant donné son prix, il est tentant d'utiliser la ceftriaxone à une posologie inférieure à 125 mg, ce qui toutefois risquerait d'accélérer l'apparition des résistances, et cette posologie n'est donc pas recommandée.

MACROLIDES

L'azithromycine est un antibiotique azalide proche de l'érythromycine, autre macrolide. Elle est un peu moins efficace que l'érythromycine pour lutter contre certains organismes Gram-positifs mais est plus performante contre une grande variété d'organismes Gram-négatifs y compris *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Haemophilus influenza* et *Haemophilus ducreyi*.

Elle se caractérise par un plus large spectre, moins d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses. Elle a une faible concentration plasmatique mais une concentration cellulaire et tissulaire forte et prolongée qui favorise une diffusion étendue dans les tissus et une accumulation dans les cellules. C'est un antimicrobien idéal pour le traitement des tissus profonds. Etant donné sa demie-vie



prolongée dans les tissus, une dose journalière unique de 1 g est recommandé pour le traitement de l'infection chlamydiale génitale.

Bien que l'azithromycine par voie orale en dose de 2 g soit efficace contre *N. gonorrhoeae*, l'OMS ne recommande pas son utilisation systématique pour traiter cette infection en raison de ses effets secondaires gastro-intestinaux importants à ce dosage. De plus des études menées au Brésil et dans 3 pays des Caraïbes (Trinidad, Guyane et Saint Vincent) et aux Etats Unis d'Amérique ont fait état de l'émergence de *N. gonorrhoeae* isolés moins réactifs à l'azithromycine.^{12,13,14}

L'azithromycine s'est révélée également efficace contre d'autres IST comme le chancre mou, la donovanose et la syphilis précoce, mais il est nécessaire de rassembler plus de données avant de formuler une recommandation portant sur son utilisation pour lutter contre ces infections.

Les premières données recueillies démontrent l'innocuité de l'azithromycine pour les femmes enceintes bien que le nombre de femmes observées utilisant cet antibiotique ait été faible et la durée du suivi plutôt brève. Le médicament est classé « grossesse catégorie B ».¹⁵ Des études aléatoires comparant l'utilisation d'une dose unique d'azithromycine associée à l'érythromycine pour le traitement de la chlamydia chez les femmes enceintes, ont montré que l'azithromycine améliore le taux de guérison mais également réduit les effets secondaires associés à l'érythromycine.¹⁶ Dans une étude, on a noté moins d'effets secondaires gastro-intestinaux parmi les personnes traitées à l'azithromycine que parmi celles traitées à l'érythromycine (11,9 % contre 58,1 %, $P < 0.01$), l'azithromycine et l'érythromycine ayant la même efficacité thérapeutique (88,1 % contre 93 %, $P > 0.05$). En l'absence de données sur la présence d'azithromycine dans le lait maternel, elle peut être administrée aux mères allaitantes en cas d'absence d'alternative. Des données disponibles sur l'innocuité de l'azithromycine permettent sa distribution dans les centres de soins de santé primaires lorsque les agents de santé ont été correctement

- ¹² Centre for Disease Control and Prevention. Fluoroquinolone resistance in *Neisseria gonorrhoeae*, Hawaii, 1999, and decreased susceptibility to azithromycin in *N. gonorrhoeae*, Missouri, 1999, JAMA 2000 oct 18; 284(15):1917-9
- ¹³ Young H, Moyes A, Mcmillan A. Azithromycine and erythromycin resistant *Neisseria gonorrhoeae* following treatment with azithromycin. Int J STD AIDS, 1997,8:299-302.
- ¹⁴ Dillon R, Li H, Sealy J, Ruben M. The caribbean GASP Network, Prabhakar P. Antimicrobial susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* isolates from three Caribbean countries : Trinidad, Guyana and St. Vincent. Sex Transm Dis, 2001,28(9):508-14.
- ¹⁵ Grossesse catégorie B - innocuité testée chez les animaux mais pas chez les humains.
- ¹⁶ Wehbeh HA et al. Single-dose azithromycin for Chlamydia in pregnant women. J Reprod Med, 1998, 43(6):509-14.



formés et en mesure d'informer les patients sur les possibilités d'effets secondaires bénins.

SULFAMIDES

Les sulfamides furent les premiers médicaments antimicrobiens systémiques utilisés dans les traitements pour l'homme. Ils sont bactériostatiques et ils agissent sur la synthèse bactérienne de l'acide folique. Ils sont métabolisés dans le foie et éliminés par les reins. Ils sont administrés généralement par voie orale, ce qui les rend préférables aux autres antimicrobiens. Cependant, la résistance bactériologique accrue à ces médicaments a réduit leur rôle et leur importance et ils ont été largement remplacés par d'autres antibactériens plus efficaces et moins toxiques.

Le traitement associant le triméthoprimé aux sulfamides se révèle plus efficace, alliant l'action synergiste des deux composants.¹⁷ Il réduit la résistance bactérienne en inhibant simultanément deux stades séquentiels du métabolisme bactérien. Cependant, cette combinaison a atteint ses limites dans le traitement des IST comme chlamydia et gonorrhoea. Bien que certains pays utilisent encore cette association pour le traitement des infections à gonocoques, ce n'est pas le meilleur agent antimicrobien pour cette infection.

Les sulfamides ne sont pas recommandés durant le dernier trimestre de la grossesse car ils peuvent provoquer l'ictère du nouveau-né. Ils ne sont pas non plus recommandés pour le traitement des infections néonatales et pour les mères allaitantes car le système enzymatique hépatique du nouveau-né est immature.

QUINOLONES

Les anciennes quinolones comme la rosoxaciné ne sont plus recommandées. Par contre, certaines des nouvelles fluoroquinolones semblent particulièrement intéressantes pour le traitement oral de la gonococcie. Elles sont contre-indiquées pendant la grossesse et ne sont pas recommandées chez l'enfant ni chez l'adolescent ; la ciprofloxacine a cependant reçu au Danemark une autorisation

¹⁷ La combinaison de ce type la plus répandue est la combinaison triméthoprimé/sulphaméthoxazole (connue autrefois sous le nom de cofrimoxazole).



de mise sur le marché pour la prophylaxie en dose unique des méningococcies de l'enfant.

L'activité in vitro contre *N. gonorrhoeae* varie beaucoup d'une fluoroquinolone à l'autre. Il semblerait que la concentration minimale inhibitrice augmente chez les souches qui sont isolées après traitement par des agents moins actifs. On estime que la ciprofloxacine est l'agent le plus actif contre *N. gonorrhoeae*.

La résistance des gonocoques aux quinolones est fréquente dans la région Asie-Pacifique. En 1996, la proportion de gonocoques résistants aux quinolones déclarée par certains centres de la région allait de moins de 1 % en Nouvelle-Zélande à 15 % en République de Corée, 24 % dans la région chinoise de Hong Kong, 53 % au Cambodge et 66 % aux Philippines.

Aux Etats unis d'Amérique, la résistance des gonocoques aux quinolones est fréquente dans les états de l'ouest. L'utilisation des quinolones n'est plus recommandée contre les gonococcies dans l'état d'Hawaii, et n'est recommandée qu'avec beaucoup de précaution en Californie.¹⁸

La résistance aux quinolones ne va que s'accroître dans le monde. Il est essentiel de développer une surveillance attentive de leur antibiorésistance pour pouvoir recommander des protocoles thérapeutiques efficaces.

On ne dispose que d'une expérience limitée concernant le traitement des infections à chlamydia par les fluoroquinolones. Parmi les agents actuellement à l'étude, l'ofloxacine semble être le plus intéressant à la dose de 300 mg 2 fois par jour pendant sept jours. Un tel traitement permettrait de traiter efficacement et simultanément les gonococcies et les chlamydioses, mais son utilité est limitée par son prix élevé et la durée du traitement qui risque de diminuer l'observance.

TETRACYCLINES

Il existe un certain nombre de tétracyclines dont l'efficacité est identique. Elles peuvent le cas échéant être remplacées par la doxycycline et la tétracycline (chlorhydrate).

¹⁸ Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR*, 2002,51(RR-6):1-80.



4.3. RESISTANCE AUX ANTIMICROBIENS DE *N. GONORRHOEAE*

Il existe deux grands types d'antibiorésistance chez *N. gonorrhoeae* :

- une résistance chromosomique qui concerne les pénicillines et d'autres agents thérapeutiques très divers comme les tétracyclines, la spectinomycine, l'érythromycine, les quinolones, le thiamphénicol et les céphalosporines ;
- une résistance plasmidique qui concerne les pénicillines et les tétracyclines

76

La résistance chromosomique de *N. gonorrhoeae*, la résistance des gonocoques producteurs de pénicillinase et la résistance plasmidique à la tétracycline sont en augmentation et ont considérablement modifié l'efficacité des protocoles thérapeutiques traditionnels de traitement des gonococcies.

La résistance chromosomique de *N. gonorrhoeae* est connue depuis l'introduction des sulfamides en 1930. Son importance aujourd'hui est due au fait que les souches ayant une résistance chromosomique sont souvent résistantes à un certain nombre d'antimicrobiens qui ont été utilisés pour traiter la gonococcie. Il existe en outre une résistance croisée entre les pénicillines et les céphalosporines de deuxième et troisième génération. Même si, cliniquement, l'utilisation de la ceftriaxone n'est pas touchée, cette tendance est inquiétante. La résistance très forte à la spectinomycine signalée sporadiquement chez les gonocoques est également d'origine chromosomique.

L'efficacité et l'utilité de la surveillance actuelle de la résistance des gonocoques est limitée, et il est nécessaire de mettre au point un outil simple permettant d'évaluer et de surveiller l'antibiorésistance des gonocoques. Le manque de standardisation des méthodes de détermination de la sensibilité reste un problème. Il est souhaitable d'utiliser des méthodes codifiées qui comportent une batterie de souches de référence.

La méthode des disques reste mal standardisée, l'un des problèmes étant de disposer de disques contenant la bonne charge d'antibiotique.



4.4. RESISTANCE AUX ANTIMICROBIENS DE *H. DUCREYI*

La surveillance de la sensibilité de *H. ducreyi* aux antimicrobiens est compliquée par les difficultés techniques des méthodes de détermination. Un très petit nombre de centres seulement fournissent des données.

H. ducreyi est devenu résistant à un certain nombre d'antimicrobiens divers et, à l'exception de deux souches isolées à Singapour au début des années quatre-vingt, la résistance à l'érythromycine n'a pas été signalée ; ce médicament reste par conséquent recommandé pour le traitement. La ceftriaxone et la ciprofloxacine sont également utilisables dans la mesure où la résistance in vitro à ces deux médicaments n'a pas été signalée; des échecs thérapeutiques fréquents ont toutefois été observés avec la ceftriaxone chez des patients positifs et négatifs pour le VIH dans une étude conduite à Nairobi en 1991. L'azithromycine en dose unique semble être un autre traitement prometteur, mais des données complémentaires sont nécessaires.

Une résistance plasmidique a été observée vis-à-vis de l'ampicilline, des sulfamides, de la tétracycline, du chloramphénicol et de la streptomycine. Toutes les souches de *H. ducreyi* contiennent maintenant des plasmides qui codent pour la bêtalactamase, dont plusieurs ont été décrits. Ni la pénicilline ni l'ampicilline ne sont aujourd'hui efficaces dans le traitement du chancre mou. La résistance à la tétracycline est elle aussi répandue. Comme *N. gonorrhoeae*, *H. ducreyi* peut également être porteur d'un grand plasmide capable de mobiliser des plasmides de résistance non conjugatifs plus petits. La résistance au triméthoprim et à la tétracycline est possible en l'absence de plasmide.

La résistance aux sulfamides est maintenant répandue et les souches ayant une sensibilité diminuée au triméthoprim sont de plus en plus fréquentes en Asie du Sud-Est, dans certaines régions d'Afrique et en Amérique du Nord. Quand les souches restent sensibles au triméthoprim, le traitement par cet agent, seul ou en association avec un sulfamide, conserve son efficacité.

L'utilité de ces antibiotiques dans le traitement du chancre mou en Asie du Sud-Est a été réduite par la présence d'enzymes inactivatrices des aminoglycosides placées sous contrôle plasmidique. Ce n'est actuellement pas le cas en Afrique ni ailleurs.



5. QUESTIONS PRATIQUES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES IST

5.1. LE MODULE SANTE PUBLIQUE POUR LA PREVENTION ET LA LUTTE CONTRE LES IST

78

QUESTIONS PRATIQUES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES IST

Il est possible de prévenir et de lutter efficacement contre les IST en utilisant une combinaison de réponses qui constituent le « module santé publique ». Les composantes essentielles de ce module sont indiquées ci-dessous.

- Composantes essentielles du module santé publique pour la prévention et le traitement des IST
- Promotion des pratiques sexuelles à moindre risque
- Mise en place de « programmes préservatifs » – comportant des activités très diverses allant des actions en faveur du préservatif jusqu'à sa distribution, en passant par la planification et la gestion de la fourniture
- Promotion des comportements favorables au recours aux soins
- Intégration de la prévention et du traitement des IST dans les centres de soins de santé primaires, les services de santé génésique, les dispensaires privés et les autres établissements
- Services spécifiques destinés aux groupes de population à risque – hommes et femmes professionnels du sexe, adolescents, routiers, personnel militaire et prisonniers
- Prise en charge globale des IST
- Prévention et traitement de la syphilis congénitale et de la conjonctivite du nouveau-né
- Détection précoce des infections symptomatiques et asymptomatiques

5.2. PRISE EN CHARGE GLOBALE DES IST

L'une des composantes essentielles du module santé publique est la prise en charge globale des IST, qui comprend : l'identification du syndrome, le traitement syndromique par les antimicrobiens, l'éducation du patient, la fourniture de



préservatifs, le conseil et la notification aux partenaires ainsi que leur prise en charge.

IDENTIFICATION DU SYNDROME

La faisabilité de la prise en charge des cas d'IST doit être assurée quel que soit le cadre dans lequel les soins sont donnés, qu'il s'agisse du secteur public ou du secteur privé. Le respect de la vie privée pendant la consultation est un élément essentiel. En fonction du service prestataire, il peut aussi être nécessaire de prévoir une table d'examen avec un éclairage adéquat, des gants, des seringues, des spéculums, du matériel de stérilisation et des fournitures et matériels de laboratoire divers.

Ainsi, dans le cas d'une personne qui consulte pour évaluation d'une IST, les soins appropriés comportent les éléments suivants :

- Recueil des antécédents, y compris évaluation du risque comportemental, démographique et médical
- L'examen physique est capital, de la sphère génitale en particulier, ce qui, dans certaines cultures, peut être un geste qui demande tact et compréhension
- Diagnostic, syndromique ou d'après les résultats des examens de laboratoire
- Traitement curatif ou palliatif, avec les antimicrobiens les plus efficaces compte tenu de l'agent pathogène dès le premier contact avec le patient
- Education du patient et conseil (s'il existe des services de conseil), avec notamment des informations sur :
 - l'observance du traitement
 - la nature de l'infection
 - l'importance de la notification au partenaire et de son traitement
 - la réduction et la prévention des risques de propagation de l'IST
 - la perception et l'évaluation du risque d'infection par le VIH
- Suivi clinique si nécessaire et faisable

La lutte contre les IST comporte quatre volets importants :

- Education des personnes à risque concernant les modalités de transmission de la maladie et les moyens utilisables pour réduire le risque de transmission



- Recherche de l'infection chez les sujets asymptomatiques et les sujets symptomatiques mais peu susceptibles de consulter pour obtenir un diagnostic et se soigner
- Prise en charge efficace des personnes infectées
- Traitement et éducation des partenaires sexuels des sujets infectés recourant aux soins

La prévention des IST repose essentiellement sur la modification des comportements sexuels qui exposent au risque et sur l'incitation à utiliser le préservatif.

80

QUESTIONS PRATIQUES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES IST

TRAITEMENT SYNDROMIQUE PAR LES ANTIMICROBIENS

Quelle que soit la façon dont le diagnostic est porté – algorithme ou test de laboratoire –, il est absolument indispensable de disposer d'antibiotiques efficaces et de les utiliser. Ces médicaments doivent être disponibles au premier point de contact avec les patients atteints d'IST. Les traitements efficaces doivent également être disponibles et utilisés dans le secteur privé.

EDUCATION DU PATIENT

Entre autres choses, le patient doit être informé de la nature de l'infection et savoir qu'il est important de ne pas interrompre le traitement.

La consultation pour IST est une occasion unique d'éducation concernant la prévention de l'infection à VIH et des IST chez des personnes par définition à risque pour ces maladies. Les adolescents constituent un groupe cible particulièrement important pour la prévention primaire, leur vie sexuelle et génésique active restant encore à venir. En outre, les adolescents ne sont pas toujours capables d'apprécier le risque de contracter une IST.

Les services et les praticiens qui traitent les patients atteints d'IST doivent avoir à leur disposition les ressources nécessaires pour promouvoir les comportements sexuels à moindre risque. L'évaluation du comportement fait partie intégrante de l'anamnèse des IST, et les patients devront être informés des méthodes qui permettent de diminuer le risque de contracter une IST ou une infection à VIH, y compris abstinence, choix prudent des partenaires et utilisation du préservatif.



Les préservatifs doivent être disponibles dans tous les centres de santé qui assurent la prise en charge des IST. On indiquera aussi comment ils doivent être utilisés. Si le préservatif ne protège pas totalement, quelle que soit l'infection, il diminue considérablement le risque s'il est convenablement utilisé. La question de la contraception sera aussi abordée et on insistera sur la double protection. L'endroit où ils pourront se procurer des moyens contraceptifs et se fournir en préservatifs sera indiqué aux adolescents.

FOURNITURE DE PRESERVATIFS

Quand la population est invitée à utiliser le préservatif, les autorités de santé doivent assurer un approvisionnement satisfaisant en préservatifs de bonne qualité et à un prix raisonnable dans les centres de santé et divers autres points de distribution de la communauté. La vente des préservatifs dans le cadre de la commercialisation à but social est un autre moyen d'améliorer l'accès aux préservatifs.

CONSEIL

La consultation pour IST est l'occasion pour le soignant de discuter et d'examiner en tête-à-tête avec le patient les facteurs de risque de contracter une IST ou une infection à VIH et les diverses questions relatives à la prévention et au traitement. L'entretien consiste fréquemment à fournir des informations sur les IST et leur prévention, sur l'utilisation du préservatif et sur la notification au partenaire. C'est ce qu'on appelle l'éducation pour la prévention et c'est une composante essentielle de la consultation.

Cependant, il ne suffit en général pas de donner une information pour permettre au patient d'évaluer exactement son risque d'infection, de résoudre les difficultés d'information du ou des partenaires, de prévenir les futures infections ou de faire face aux complications des IST. Certaines questions soulevées pendant la consultation provoquent parfois des réactions émotionnelles chez le patient. Le conseil est ensuite nécessaire pour apporter plus qu'une simple information.

Le *conseil* est défini ici comme un processus confidentiel interactif au cours duquel un soignant aide un patient à réfléchir aux problèmes liés aux IST et à envisager les conduites possibles. Souvent, il faut acquérir les capacités utiles et tester



différents comportements, ce qui nécessite parfois plusieurs visites. Le conseil prend beaucoup plus de temps que l'information classique et exige du soignant davantage d'empathie et de compréhension de la situation sociale et économique du patient, ainsi que la capacité de ne pas manifester ses propres opinions.

Les questions qui doivent être abordées au cours d'une séance de conseil sont notamment:

- la notification du diagnostic d'IST au(x) partenaire(s) ou au conjoint (deux options sont possibles, le patient ou le soignant pouvant informer le (ou les) partenaire(s) ou le conjoint)
- l'évaluation du risque d'infection par le VIH propre au patient et la décision de faire ou non un test de recherche du virus
- les complications préoccupantes des IST, infécondité et syphilis congénitale par exemple, et les mesures à prendre
- la prise en charge d'une IST incurable, herpès génital par exemple, susceptible d'être transmise au(x) partenaire(s) ou au conjoint
- la prévention des infections futures, y compris des stratégies à adopter pour envisager et introduire l'utilisation du préservatif avec un partenaire
- la confidentialité, la révélation à des tiers et le risque de violence ou de stigmatisation de la part du conjoint, du partenaire, de la famille ou des amis
- la possibilité donnée au patient de contrôler sa propre vie et de prendre ses responsabilités afin d'éviter les maladies.

Avant de conseiller les patients atteints d'IST, le soignant doit :

- identifier les besoins du patient qui peut être inquiet au sujet d'un aspect particulier des IST, ou qui peut avoir besoin de confidentialité pour évaluer ses risques et pour discuter comment les réduire
- maîtriser l'aptitude au conseil, disposer d'un endroit isolé et du temps nécessaire (15-20 minutes en général), y compris pour des discussions ultérieures, le cas échéant.

Un dispensaire pour les IST ou un service ambulatoire de médecine générale surchargés ne disposent en général pas de telles ressources. Il est donc conseillé, si un besoin de conseil est identifié, d'adresser le patient au service de conseil voisin. Si un tel service n'existe pas, un travailleur social ou un agent de santé peut être désigné pour cette prestation. Pour pouvoir assurer le conseil, cette personne doit



recevoir la formation appropriée, disposer de l'espace nécessaire et être déchargée partiellement de ses autres tâches pour avoir le temps. Si les adolescents n'ont pas tous besoin du conseil, il est bien connu qu'ils ont besoin de parler à une personne de confiance bien informée. Les liens avec des groupes de soutien locaux qui s'adressent aux jeunes permettent parfois de renforcer l'information clinique qui leur a été donnée et de les inciter à s'adresser à nouveau au dispensaire en cas de besoin.

Dans de nombreux pays en développement où les ressources pour la santé sont rares, il n'y a pas en général de service de conseil. Cependant, il faut reconnaître que certaines des qualités exigées par le conseil – compassion, tact et aptitude à la communication – sont des qualités que possèdent déjà un grand nombre de soignants et qu'ils expriment quotidiennement dans toutes les situations où ils sont en contact avec les patients. Même en l'absence de formation officielle au conseil, les soignants sont invités à susciter un dialogue sur les IST avec les patients pour évaluer les risques, identifier les comportements possibles et repérer les personnes qui ont besoin d'un soutien émotionnel plus important, si ce soutien existe.

NOTIFICATION AUX PARTENAIRES SEXUELS ET PRISE EN CHARGE

Contacter les partenaires sexuels des clients atteints d'IST, les persuader de se présenter d'eux-mêmes à une consultation de prise en charge des IST et les traiter – rapidement et efficacement – sont des éléments essentiels de tout programme de lutte contre les IST. On veillera cependant à procéder avec tact, en tenant compte des facteurs sociaux et culturels. On évitera ainsi les problèmes éthiques et les problèmes pratiques tels que le rejet et la violence, dirigés contre les femmes notamment.

Les partenaires sexuels des patients atteints d'IST sont probablement eux aussi infectés et un traitement doit leur être proposé. La propagation des IST et la réinfection sont évitées si les partenaires sexuels consultent pour connaître le diagnostic et recevoir un traitement. Les partenaires féminines des hommes atteints d'IST sont parfois asymptomatiques ; par conséquent, la notification au partenaire et sa prise en charge sont l'occasion d'identifier et de traiter des personnes qui, sans cela, ne recevraient pas de traitement. La notification au partenaire sera envisagée chaque fois qu'une IST est diagnostiquée, quel que soit le contexte des soins.

La notification peut être faite soit par le patient soit par le soignant. Dans le cas de la notification par le patient, le patient contaminé est invité à informer son ou



ses partenaires de leur éventuelle infection sans que le soignant soit directement impliqué ; lors de la notification par le soignant, c'est le prestataire de soins ou un autre agent de santé qui informe le ou les partenaires du patient.

La notification au partenaire sera faite en veillant à la confidentialité de toutes les informations, sur une base volontaire et non coercitive. Le but est que le ou les partenaires sexuels des patients atteints d'IST, y compris les partenaires asymptomatiques, consultent pour être examinés.

84

QUESTIONS PRATIQUES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES IST

La prise en charge des partenaires sexuels repose sur la connaissance du diagnostic (syndromique ou spécifique) chez le patient indicateur. Le traitement des partenaires peut s'appuyer sur les trois stratégies suivantes :

- traitement épidémiologique immédiat (traitement qui ne s'appuie que sur le diagnostic chez le patient indicateur) sans analyse de laboratoire
- traitement épidémiologique immédiat et recueil de prélèvements pour confirmer le diagnostic au laboratoire
- traitement reporté jusqu'aux résultats des tests de laboratoire indiqués.

La stratégie choisie dépendra des facteurs suivants :

- risque d'infection
- gravité de la maladie
- existence de tests diagnostiques efficaces
- risque que la personne ne revienne pas pour le suivi
- existence d'une infrastructure pour le suivi des patients
- existence d'un traitement efficace
- risque de propagation en l'absence de traitement épidémiologique.

Remarque

- L'OMS recommande d'administrer le traitement épidémiologique (avec le même protocole thérapeutique que pour le patient indicateur) à tous les partenaires sexuels.

5.3. ACCES AUX SERVICES

Pour pouvoir lutter contre les IST, il est important de fournir des services accessibles, acceptables et efficaces. Dans la plupart des pays en développement et des pays



industrialisés, les patients peuvent choisir, dans le secteur public, le secteur privé et le secteur informel, le service auquel ils souhaitent s'adresser en cas d'IST. Lorsqu'on assure un accès universel à des programmes appropriés de lutte contre les IST, il faut considérer que le recours aux soins met en jeu toutes ces ressources. Dans de nombreux pays, la prise en charge des IST se fait hors du secteur public. Pour planifier un programme global et équilibré, il faudra envisager le renforcement de toutes les prestations contre les IST.

On estime souvent que des soins de qualité devraient être fournis par un personnel formé à la lutte contre les IST dans des services spécialisés ; cependant, l'inaccessibilité, le manque d'acceptabilité et les ressources économiques et humaines nécessaires font que ce mode de prestation est difficilement utilisable par la population générale.

S'il est recommandé d'intégrer dans les soins de santé primaires les prestations de routine concernant les IST, les consultations spécialisées peuvent en milieu urbain assurer la prestation des soins de santé primaires à des groupes particuliers, travailleurs sexuels et leurs clients, travailleurs migrants, routiers et autres groupes ayant peu accès aux soins. En outre, grâce à la concentration des compétences dans ces consultations, ils peuvent jouer le rôle de service de recours aux services de soins de santé primaires, aux consultations ambulatoires des hôpitaux, aux médecins libéraux, etc. Dans un petit nombre de cas, les consultations spécialisées seront renforcées pour servir de centre de référence, pour la formation des soignants à la prise en charge des IST, le recueil des données épidémiologiques (prévalence des agents étiologiques par syndrome et sensibilité aux antimicrobiens) et la recherche opérationnelle (études de faisabilité et de validité des algorithmes).

Les adolescents manquent souvent d'information sur les consultations, leur localisation, les heures d'ouverture, leur coût, etc. Même s'ils connaissent leur existence, ils hésitent souvent à s'adresser à elles pour faire faire un diagnostic ou pour être traités, à cause de leur embarras et de la stigmatisation éventuelle. Ils craignent également les réactions négatives des soignants et l'absence de confidentialité. Dans de nombreux pays, des initiatives cherchent à rapprocher les services de santé des adolescents et à les sensibiliser aux besoins de cette classe d'âge.



6. L'ENFANT,¹⁹ L'ADOLESCENT ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Au cours des dix dernières années, les violences sexuelles sur les enfants et les adolescents ont été reconnues comme un problème social grave qui nécessite l'attention des responsables, des éducateurs et des nombreux professionnels prestataires de services sociaux et de santé. Avec la mise en évidence par les chercheurs des graves effets des violences sexuelles sur la santé mentale, émotionnelle et physique de ce groupe, la prise en charge des victimes devient un aspect important de la santé de l'enfant et de l'adolescent dans les pays industrialisés et en développement.

Il est important d'adopter une approche standardisée pour la prise en charge des IST de l'enfant et de l'adolescent présumés victimes de violences sexuelles, car l'infection peut être asymptomatique. Une IST qui n'est pas diagnostiquée et n'est pas traitée peut ultérieurement être à l'origine de complications imprévues et peut être transmise à d'autres personnes.

Les soignants n'ont pas toujours eu conscience du lien entre agression sexuelle et présence d'une IST chez l'enfant. Auparavant, les enfants présumés avoir été agressés sexuellement n'étaient pas examinés systématiquement à la recherche d'une IST. Inversement, on ne recherchait pas l'origine de l'infection chez l'enfant ayant un diagnostic d'IST, et elle était censée avoir été contractée de manière non sexuelle : linge contaminé ou contact avec une personne infectée, pendant le sommeil dans des lieux de repos surpeuplés.

L'identification d'un agent sexuellement transmissible chez un enfant après la période néonatale évoque dans la grande majorité des cas des sévices sexuels. Il existe cependant des exceptions, notamment les infections rectales et génitales par *C. trachomatis* chez le jeune enfant qui peuvent être dues à une infection contractée pendant la période périnatale et qui persistent jusqu'à l'âge de 3 ans. En outre, une vaginose bactérienne et des mycoplasmes génitaux ont été retrouvés chez des

¹⁹ L'OMS définit les enfants comme les personnes de 0 à 9 ans.



enfants victimes ou non de violences sexuelles. Si les condylomes acuminés sont évocateurs, ils ne sont pas, en l'absence d'autres éléments, spécifiques des violences sexuelles. Quand les seuls indicateurs de violence sexuelle sont l'isolement d'un micro-organisme ou la présence d'anticorps dirigés contre un agent sexuellement transmissible, les observations doivent être pesées avec soin et confirmées.

Les violences sexuelles chez les enfants et les adolescents des deux sexes sont probablement beaucoup plus répandues qu'on l'admet habituellement. La plupart des cas d'agression sexuelle impliquent des membres de la famille, des amis et des adultes ayant par profession des contacts étroits avec les enfants ou les adolescents. L'auteur des violences est parfois difficile à identifier. En cas de violences sexuelles présumées, le soignant devra examiner les moyens disponibles en matière de conseil spécialisé, de soutien social et de réparation.

Il faut souligner que les services de soutien social et psychologique doivent être incorporés dans la prise en charge de ces patients pour que celle-ci soit complète.

6.1. RECHERCHE D'INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

L'examen de l'enfant et de l'adolescent pour investiguer une agression ou des sévices sexuels sera conçu pour ne pas risquer d'aggraver le traumatisme. La décision d'examiner la personne pour rechercher une IST doit être prise au cas par cas.

Les soignants qui s'occupent des enfants et des adolescents doivent respecter et maintenir la confidentialité. Ils doivent être formés et savoir comment obtenir une anamnèse médicale et sexuelle de bonne qualité et comment écarter la crainte de l'examen pelvien par le patient.

Les situations évocatrices d'un risque élevé d'IST et dans lesquelles l'examen est fortement indiqué sont notamment :

- l'auteur présumé de l'agression est connu comme ayant une IST ou un risque élevé d'IST
- les symptômes et signes d'IST à l'examen physique.



On veillera tout particulièrement au moment du recueil des prélèvements à éviter un traumatisme psychologique et physique inutile. Les manifestations cliniques de certaines IST ne sont pas identiques chez l'adulte et chez l'enfant et l'adolescent. Certaines infections sont asymptomatiques ou restent méconnues. Le spéculum pédiatrique est rarement nécessaire, voire jamais, pour examiner les victimes prépubères de violences sexuelles. En fait, dans ces situations, le savoir-faire, le tact et l'expérience sont beaucoup plus importants que les instruments spécifiquement conçus. Le praticien qui réalise l'examen et recueille les prélèvements doit être spécialement formé à l'évaluation des violences commises sur l'enfant et l'adolescent.

Le déroulement des examens doit être fonction de l'histoire des violences ou des sévices. Si l'exposition initiale est récente, il est important de faire un deuxième examen, une semaine environ après la dernière exposition sexuelle, pour renouveler l'examen physique et recueillir d'autres prélèvements, l'infection ayant alors eu le temps d'incuber.

De même, pour que les anticorps aient pu apparaître, il faut faire une visite complémentaire, environ 12 semaines après la dernière exposition sexuelle pour recueillir des prélèvements de sérum. Un seul examen peut suffire si l'enfant ou l'adolescent a pendant longtemps subi des sévices et/ou si le dernier épisode présumé de violence a eu lieu un certain temps avant la demande d'évaluation médicale. La recommandation ci-dessous pour le déroulement de l'examen est générale.

EXAMEN INITIAL

L'examen initial, comme tous les examens ultérieurs, doit comporter :

- Recueil de prélèvements pharyngés et anaux chez les deux sexes, vaginaux chez la fille et urétraux chez le garçon, en vue de la recherche par culture de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis*. Chez la fille prépubère, il ne faut pas recueillir de prélèvements cervicaux. Quant à l'écoulement urétral chez le garçon, le prélèvement au niveau du méat remplace efficacement l'écouvillonnage intra-rétral. N'utiliser que des systèmes de culture standardisés pour l'isolement de *N. gonorrhoeae*



- Recherche d'une infection à *T. vaginalis* sur une préparation microscopique à l'état frais de prélèvement vaginal. La présence de cellules indicatrices évoque une vaginose bactérienne chez l'enfant ayant un écoulement vaginal. On connaît mal la signification des cellules indicatrices et des autres indicateurs de vaginose bactérienne comme indicateur d'exposition sexuelle, en présence ou en l'absence d'écoulement vaginal.
- Recherche du virus de l'herpès par culture de tissu (si possible) et examen au microscope à fond noir, ou recherche des anticorps anti-*T. pallidum* par immunofluorescence directe à partir de prélèvements de vésicules ou d'ulcérations quel que soit l'âge de l'enfant et chez l'adolescent.
- Recueillir un échantillon de sérum qui sera conservé pour être analysé plus tard si les prélèvements sérologiques du suivi sont positifs. Dans le cas où la dernière exposition sexuelle a eu lieu plus de 12 semaines avant l'examen initial, le sérum sera examiné immédiatement à la recherche d'anticorps dirigés contre des agents sexuellement transmissibles. Il existe des tests satisfaisants pour les agents suivants : *T. pallidum*, VIH et virus de l'hépatite B. Le choix des agents à tester sérologiquement sera décidé au cas par cas.

EXAMEN 12 SEMAINES APRES LES VIOLENCES SEXUELLES

Il est recommandé de pratiquer un examen 12 semaines environ après la dernière exposition sexuelle pour donner le temps aux anticorps dirigés contre les agents infectieux de se former. On envisagera des tests sérologiques contre les agents suivants : *T. pallidum*, VIH, virus de l'hépatite B.

La prévalence des infections par les agents ci-dessus varie beaucoup d'une communauté à l'autre. Il est important de savoir s'il existe des facteurs de risque chez l'auteur des violences. En outre, les résultats de la recherche du virus de l'hépatite B doivent être interprétés avec prudence, ce virus pouvant être transmis par d'autres voies que la voie sexuelle. Le choix des tests doit ici aussi être fait au cas par cas.

TRAITEMENT PRESOMPTIF

Il existe peu de données sur lesquelles on puisse s'appuyer pour définir le risque d'infection sexuellement transmissible chez l'enfant à la suite de violences sexuelles.



Dans la plupart des cas, ce risque serait faible ; on manque toutefois d'éléments pour confirmer cette hypothèse.

Le traitement présomptif des enfants violés ou agressés sexuellement n'est pas systématiquement recommandé, vu que la fillette semble être moins exposée au risque d'infection ascendante que l'adolescente ou la femme adulte et que le suivi régulier peut en général être assuré. Cependant, certains enfants, leurs parents ou leurs gardiens peuvent être très préoccupés par la transmission éventuelle d'une IST, même si ce risque est considéré comme faible par le soignant. Dans certaines situations, la réponse aux préoccupations du patient peut être une indication appropriée du traitement présomptif.

90

SENSIBILITE AUX IST ET TABLEAU CLINIQUE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

L'épidémiologie des IST est différente chez l'adolescent et l'adulte et, si le tableau clinique est comparable, on estime que les adolescents sont biologiquement plus sensibles à l'infection et que le risque de pathologie est chez eux plus élevé. La pratique courante qui consiste à déclarer les cas chez les adolescents (10-19 ans) dans la catégorie jeunes (15-24 ans) et le manque d'attention généralisée aux jeunes femmes mariées et enceintes ont contribué à dissimuler un certain nombre de ces différences.

Dans la plupart des situations, le tableau des IST est comparable à celui que l'on voit chez l'adulte. A la puberté et à l'adolescence, l'appareil génital féminin subit des transformations en réponse à l'augmentation du taux d'hormones ovariennes. L'épithélium vaginal commence à sécréter du mucus en même temps que se produisent ces modifications anatomiques et physiologiques. La sécrétion de mucus entraîne chez l'adolescente un écoulement vaginal blanchâtre qui est physiologique. Par conséquent, l'écoulement vaginal est un mauvais indicateur prédictif de la présence d'une gonococcie ou d'une chlamydie.

SENSIBILITE

Chez la fillette prépubère, l'épithélium cylindrique s'étend du canal endocervical jusqu'à l'exocol. La présence de cet ectropion, qui existe normalement chez 60-80 % des adolescentes sexuellement actives, est associée à un risque accru d'infection



à *C. trachomatis*. De même, *N. gonorrhoeae* qui infecte les cellules de l'épithélium cylindrique, colonise facilement cette surface. L'exposition aux agents pathogènes oncogènes comme le virus du papillome humain augmente le risque d'atypies nucléaires et de cancer à un âge précoce. En outre, la présence de la glaire cervicale et l'immunité humorale n'apparaissant qu'après le début de l'ovulation, le risque de complications est plus élevé chez les adolescentes immatures exposées à l'infection que chez la femme physiquement mature. L'infection ascendante et la maladie inflammatoire pelvienne (MIP) qui en résulte sont par conséquent plus fréquentes chez l'adolescente sexuellement active, prépubère ou au début de la puberté.

INFECTIONS CERVICALES

Environ 85 % des gonococcies de la femme sont asymptomatiques. Cependant, il existe parfois un prurit vulvaire, un petit écoulement, une urétrite ou une proctite. Chez la fillette prépubère, on observe parfois une vulvo-vaginite purulente.

L'infection à *C. trachomatis* est également asymptomatique dans la majorité des cas. Les symptômes parfois observés chez l'adolescente sont les saignements intermenstruels, les saignements postcoïtaux et une augmentation des sécrétions vaginales.

ULCERATIONS GENITALES

Le tableau de la syphilis est identique chez l'adulte et l'adolescent. Les différents stades, chancre d'inoculation de la syphilis primaire, manifestations de la syphilis secondaire, syphilis latente et réponses sérologiques sont identiques dans les deux groupes.

CONDYLOMES ACUMINES

Ils se présentent comme des lésions condylomateuses papulaires ou plates, comme chez les adultes.



INFECTION VAGINALE

Les infections à *Trichomonas vaginalis*, les candidoses et la vaginose bactérienne sont les trois causes pathologiques habituelles d'écoulement vaginal. *T. vaginalis* est sexuellement transmis et provoque un écoulement nauséabond accompagné d'une inflammation et d'une irritation de la vulve. L'infection est parfois totalement asymptomatique.

92

Candida albicans est une levure peu fréquente chez l'adolescente avant la puberté. Si elle est présente, l'adolescente peut avoir un écoulement, un prurit vulvaire, une dyspareunie et une inflammation périnéale ou des fissures de l'orifice vaginal. Les vulvites à *Candida* peuvent être par nature cycliques et correspondre aux menstruations.

La vaginose bactérienne n'entraîne pas de vulvite et l'adolescente ne se plaint ni d'irritation ni de prurit.



ANNEXE 1

LISTE DES PARTICIPANTS

REUNION DU GROUPE CONSULTATIF SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES GENEVE, 11 AU 14 MAI 1999

- **Dr Hilda Abreu**, Departamento de Enfermedades de Transmision Sexual, Ministerio de Salud Publica, Uruguay
- **Professeur Michel Alary**, Centre hospitalier affilié à l'Université Laval, Canada
- **Dr Chitwarakorn Anupong**, Division Maladies vénériennes, Service Maladies transmissibles, Ministère de la Santé publique, Thaïlande
- **Dr Ron Ballard**, South African Institute for Medical Research, University of the Witwatersrand, Afrique du Sud
- **Dr Ilze Jakobsone**, Centre d'Etat des MST, Lettonie
- **Dr Maina Kahindo**, Family Health International, Kenya
- **Professeur Ahmed Latif**, Ecole de Médecine, Université de Zimbabwe, Zimbabwe
- **Dr Elisabeth Madraa**, Programme national de Lutte contre le SIDA/les MST, Ministère de la Santé, Ouganda
- **Dr J. E. Malkin**, Institut Alfred Fournier, France
- **Dr Evaristo Marowa**, Programme de Coordination SIDA, NACP, Zimbabwe
- **Professeur A. Meheus**, Epidémiologie et Médecine communautaire, Université d'Anvers, Belgique
- **Dr F. Moherdau**, Coordenacao Nacional de Doencas Sexualmente Transmissiveis e AIDS, Ministerio da Saude, Esplanada dos Ministerios, Brésil
- **Dr Ibra Ndoye**, Union africaine contre les Maladies vénériennes et les Tréponématoses, Centre des MST, Institut d'Hygiène, Sénégal
- **Dr Beatriz Orozco**, Clinica las Americas, Colombie
- **Dr bte Ali Rohani**, Division Lutte contre la Maladie (MST/SIDA), Ministère de la Santé, Malaisie
- **Dr Carolyn Ryan**, Division of STD/HIV Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, EtatsUnis d'Amérique
- **Dr Barbara Suligo**, Istituto Superiore di Sanita, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Centro Operativo AIDS, Italie



- Dr R. O. Swai, Programme national de Lutte contre le SIDA, Tanzanie
- Dr Tram Thinh, Hôpital de Vénérologie-Dermatologie, Viet Nam
- Dr Johannes van Dam, Horizons, Washington, DC, Etats-Unis d'Amérique

BUREAUX REGIONAUX

- AFRO : Dr Mamadou Ball, Conseiller régional, HIV/AIDS/STD
- AMRO : Dr Fernando Zacarias, Coordinateur régional, HIV/AIDS/STD
- EMRO : Dr Puru Shrestha, Conseiller régional, HIV/AIDS/STD
- EURO : Dr Alexander Gromyko, Conseiller régional, HIV/AIDS/STD
- SEARO : Dr Jai Narain, Conseiller régional, HIV/AIDS/STD
- WPRO : Dr Gilles Pomerol, Conseiller régional, HIV/AIDS/STD

SECRETARIAT OMS

- Dr Antonio Gerbase, OMS/Initiative VIH/SIDA et MST (HSI)
- Dr Francis Ndowa, ONUSIDA/Département des Politiques, des Stratégies et de la Recherche (PSR)
- Dr Kevin O'Reilly, OMS, Santé et recherche génésiques (RHR)
- Dr V. Chandra Mouli, OMS, Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent (CAH)
- Dr Ya Diul Mukadi, OMS, Maladies transmissibles (CDS)
- Dr Monir Islam, OMS, Santé et recherche génésiques (RHR)
- Mlle Bidia Deperthes, OMS, Santé et recherche génésiques (RHR)
- Mlle Vivian Lopez, OMS, Initiative VIH/SIDA et MST (HSI)



ANNEXE 2

LISTE DES PARTICIPANTS

REUNION DU GROUPE CONSULTATIF SUR L'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE
DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
GENEVE, PALAIS DES NATIONS, 20 AU 28 NOVEMBRE 2001

- **Dr Iyanthi Abeyewickreme**, National STD/AIDS Control Programme, Department of Health Services, Colombo, Sri Lanka
- **Dr Kamal Alami**, Programme de lutte contre MST/SIDA, Ministère de la Santé publique, Maroc
- **Prof. Michel Alary**, Unité de Recherche en Santé des Populations, Hôpital du St-Sacrement, Canada
- **Dr Georg M. Antal**, Suisse
- **Prof. Ron Ballard**, Syphilis & Chlamydia Branch, CDC, Etats Unis d'Amérique
- **Dr Adele Schwartz Benzaken**, Governo do Amazonas, Instituto de DermatologiaTropical e Venerologia, Brésil
- **Dr Xiang-Sheng Chen**, Centre national de Lutte contre les IST et la Lèpre, Institut de Dermatologie, CAMS, Chine
- **Dr Chitwarakorn Anupong**, Division Maladies vénériennes, Service des Maladies transmissibles, Ministère de la Santé publique, Thaïlande
- **Dr Nadine Cornier**, Médecins sans frontières, Suisse
- **Dr Gina Dallabetta**, Technical Support/Prevention, Family Health International, Etats Unis d'Amérique
- **Ms Kate Flore**, Etats Unis d'Amérique
- **Dr Gérard Gresenguet**, Centre national de Référence des MST/SIDA, République centrafricaine
- **Dr Heiner Grosskurth**, HIV/STI Prevention and Care, The Population Council, Inde
- **Dr Pushpa Gupta**, Department of Preventive and Social Medicine, University College of Medical Sciences, GTB Hospital, Shahadara, Inde
- **Dr Sarah Hawkes**, Population Council, Inde
- **Dr Anatoli Kamali**, Medical Research Council, Research Programme on AIDS, Ouganda
- **Dr Fred Kambugu**, STD Control Unit, STD/AIDS Control Programme, Ministry of Health, Ouganda



- **Prof. Gunta Lazdane**, Division d'Obstétrique et de Gynécologie, Académie de Médecine de Lettonie, Lettonie
- **Dr K.B. Manneh**, Disease Control, Department of State of Health and Social Welfare, Medical Headquarters, Gambie
- **Dr Philippe Mayaud**, Clinical Research Unit, Department of Infectious and Tropical Diseases, London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), Grande Bretagne
- **Prof. André Z. Meheus**, Epidémiologie et Médecine communautaire, Université d'Anvers, Belgique
- **Dr Julitta Onabanjo**, HIV/AIDS Cluster Team, TSD, UNFPA, Etats Unis d'Amérique
- **Dr A.B.M. Mafizur Rahman**, STD Programme, Botswana
- **Dr Caroline Ryan**, International Activities National Centre for HIV, STD and TB Prevention, CDC, Division of STD Prevention, Etats Unis d'Amérique
- **Dr Phal Sano**, NCHADS STD Unit National Center for HIV/AIDS Dermatology and STD, Cambodge
- **Dr Pachara Sirivongrangson**, Division Maladies vénériennes, Ministère de la Santé publique, Thaïlande
- **Dr Johannes van Dam**, Horizons Program, Population Council, Etats Unis d'Amérique
- **Dr Bea Vuylsteke**, Division Lutte contre les MST, Projet RETRO-CI, Côte d'Ivoire
- **Dr Qian-Qiu Wang**, Centre national de Lutte contre les IST et la Lèpre, Institut de Dermatologie, Chine
- **Dr Beryl West**, MRC Laboratories, Gambie
- **Dr Htun Ye**, Reference Centre for STD Department of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Institute for Medical Research, Afrique du Sud
- **Dr K.Yeboah**, National AIDS Control Programme, Ghana

BUREAUX REGIONAUX

- **AFRO** : **Dr Mamadou Ball**, Responsable IST
- **EMRO** : **Dr Jihane Tawilah**, Conseiller régional, HIV/AIDS/STD
- **EURO** : **Dr Ulrich Laukamm-Josten**, Secrétariat du Groupe Spécial IST
- **WPRO** : **Dr Nguyen Thi Thanh Thuy**, HSI Focus



SECRETARIAT OMS

- **Dr Isabelle de Zoysa**, Directrice, Prévention VIH (HIV)
- **Dr Francis Ndowa**, Prévention VIH, Unité IST (HIV/STI)
- **Dr Antonio Gerbase**, Prévention VIH, Unité IST (HIV/STI)
- **Dr David Mabey**, Prévention VIH (HIV)
- **Dr Kevin O'Reilly**, Prévention VIH (HIV)
- **Dr Sibongile Dlodlu**, Prévention VIH, Unité STI (HIV/STI)
- **Dr George Schmid**, Prévention VIH (HIV)
- **Dr V. Chandra-Mouli**, Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent (CAH)
- **Dr Monir Islam**, Santé et recherche génésiques (RHR)
- **Dr Nathalie Broutet**, Santé et recherche génésiques (RHR)
- **Mrs Bidia Deperthes**, Santé et recherche génésiques (RHR)
- **Dr Mark Perkins**, Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR)
- **Dr Rosanna Peeling**, Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR)
- **Dr Robert Scherpier**, Maladies transmissibles/Tuberculose (CDS/TB)
- **Dr Salah-Eddine Ottmani**, Maladies transmissibles/Tuberculose (CDS/TB)
- **Dr Annapaola De Felici**, Maladies transmissibles Surveillance & Action (CSR/DRS)
- **Dr Paula Munderi**, Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques (EDM)