

وزارة الصحة

Ministère de la Santé

المديرية العامة للوقاية و ترقية الصحة

Direction Générale de la Prévention
et de la Promotion de la Santé

**GUIDE NATIONAL
DE PRISE EN CHARGE
DES INFECTIONS SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES**

Edition 2022

وزارة الصحة

Ministère de la Santé

المديرية العامة للوقاية و ترقية الصحة

Direction Générale de la Prévention
et de la Promotion de la Santé

GUIDE NATIONAL DE PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Edition 2022

Sommaire

Préface

Remerciements

Abréviations et acronymes

Introduction

<i>Chapitre (A) : GENERALITES</i>	11
I. Définition des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)	11
II. Situation épidémiologique	11
III. Diagnostic des IST.....	13
III. 1 Diagnostic clinique.....	13
III. 2 Diagnostic étiologique	21
III. 3 Diagnostic Biologique.....	23
III.3.1. Diagnostic direct.....	23
III.3.2. Diagnostic indirect	25
III. 4 Interêt de l'approche syndromique.....	27
IV. Prévention des IST.....	29
<i>Chapitre (B) : PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE</i>	31
I. Démarche de la prise en charge syndromique.....	31
II. Etapes de la consultations : anamnèse et examen clinique	32
III. Algorithmes (Arbres décisionnelles)	35
III. 1 Etapes de la consultation	35
III. 2 Ecoulement uretral	36
III. 3 Ecoulement vaginal (leucorrhée).....	37
III. 4 Traitements des écoulements uretraux et cervico-vaginaux	41
III. 5 Tuméfaction du scrotum	43
III. 6 Ulcération génitale chez l'homme ou la femme	44
III. 7 Traitements des ulcérations génitales	46
III. 8 Douleurs pelviennes chez la femme.....	47
<i>Chapitre (C) : EDUCATION SANITAIRE ET CONSEILS</i>	49
<i>Chapitre (D) : PRISE EN CHARGE DES PARTENAIRES</i>	51
Annexes	54
Références bibliographiques.....	68
Listes des participants	72

Abréviations et acronymes

- CD** : Centre de Dépistage
- CDR** : Centre de Référence
- CT** : Chlamydia trachomatis
- DASRI** : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
- DGPPS** : Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé
- EIA** : Enzyme Immunoassay
- ELISA** : Enzyme-linked Immunosorbent Assay
- HD** : Haemophilus ducreyi
- HSH** : Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
- HPV BR** : Human PapillomaVirus Bas Risque
- IBBS** : Integrated Bio-Behavioral Surveillance
- IEC** : Information Education Communication
- IGH** : Infections Génitales Hautes
- IST** : Infection(s) Sexuellement Transmissible(s)
- LGV** : LymphoGranulomatose Vénérienne
- LNR** : Laboratoire National de Référence
- MG** : Mycoplasma genitalium
- MGG** : May Grunwald Giemsa
- MS** : Ministère de la santé
- MST** : Maladie(s) Sexuellement Transmissible(s)
- NG** : Neisseria gonorrhoeae
- NP** : Notification aux partenaires
- OGE** : Organes Génitaux Externes
- OMS** : Organisation mondiale de la Santé
- PO** : Per Os
- PS** : Professionnel(le) de sexe
- PVH HR** : PapillomaVirus Humain Haut Risque
- PVH BR** : PapillomaVirus Humain Bas Risque
- PVH** : PapillomaVirus Humain
- Sida** : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
- TAAN** : Tests d'Amplification des Acides Nucléiques
- TP** : Treponema pallidum
- TPHA** : Treponema pallidum Hemagglutininations Assay
- TROD** : Test(s) Rapide(s) d'Orientation Diagnostique
- TRT** : Traitement
- TV** : Trichomonas vaginalis
- UG** : UrétriteGonococcique
- UNG** : UrétriteNon Gonococcique
- VDRL** : Venereal Disease Research Laboratory
- VHA** : Virus de l'Hépatite A
- VHB** : Virus de l'Hépatite B
- VHC** : Virus de l'Hépatite C
- VHS** : Virus HerpesSimplex
- VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un problème majeur de santé publique de par leur fréquence. Elles sont identifiées comme facteur déterminant dans la transmission et la propagation de l'infection à VIH.

L'absence ou le retard à la prise en charge des IST se traduit par des conséquences aussi bien sur le plan santé que sur le plan socio-économique. En matière de santé, les IST peuvent évoluer vers des complications : stérilité en rapport avec l'infection génitale à Chlamydia Trachomatis, rétrécissements urétraux et infections génitales hautes, risques fœtaux au cours de la grossesse et même cancers cervicaux liés à des papillomavirus humains oncogènes, etc... Sur le plan socio-économique, les IST ont des répercussions psychologiques, et augmentent les dépenses par la prise en charge de leurs complications.

En Algérie, le programme national de lutte contre les IST/VIH/sida s'est fixé comme objectif **«L'Élimination des IST et du VIH en tant que problème de santé publique d'ici 2030»** et ce conformément aux objectifs de développement durables. Ainsi, à travers ce guide, les autorités nationales renouvellent leur engagement à poursuivre la mise en place de mesures adéquates sur la prise en charge précoce et correcte des cas d'IST dans le but de contribuer à rompre la chaîne de la transmission et atteindre l'objectif assigné.

La revalorisation du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des infections sexuellement transmissibles devient inévitable d'autant plus qu'il intervient en début de chaîne et que plus de 80% de ces infections sont tout d'abord, vues par celui-ci. C'est pourquoi le médecin généraliste est un maillon essentiel dans la chaîne de prise en charge des IST.

Ce guide actualisé, qui tient compte d'une part de l'expérience de terrain depuis l'adoption et l'application de l'approche syndromique par notre pays en 2006 et d'autre part des recommandations de l'OMS en la matière, doit servir de cadre de référence pour l'ensemble des prestataires de service en charge du diagnostic et du traitement des IST. Le diagnostic syndromique chez les patients symptomatiques offre des soins de qualité même en l'absence d'analyses de laboratoire.

Ces syndromes sont réexaminés périodiquement pour s'assurer du bon choix des antimicrobiens et éviter l'apparition d'une éventuelle résistance aux antimicrobiens. En d'autres termes, c'est la **résistance aux antibiotiques qui impose la réactualisation des recommandations thérapeutiques pour la prise en charge des IST.**

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

**Le Directeur Général de la Prévention
et de la Promotion de la Santé**

REMERCIEMENTS

Ce document a été élaboré sous la Direction du Docteur Djamel Fourar, Directeur Général de la Prévention, par un comité de rédaction composé d'experts nationaux impliqués dans la prise en charge des IST et de l'équipe de la direction de la prévention des maladies transmissibles avec l'appui du fonds mondial.

Le Dr Fourar tient à remercier les membres du comité de rédaction, pour le remarquable travail qu'ils ont effectué pour l'élaboration de ce document, ainsi que l'ensemble des participants dont la liste est jointe en annexe, pour avoir apporté leur expertise et leur bonne collaboration à l'actualisation du consensus thérapeutique de prise en charge des IST.

Ces remerciements vont également au comité de lecture, leur contribution précieuse ayant permis d'avoir ce produit de qualité.

INTRODUCTION

Les infections sexuellement transmissibles (IST), avec leur grande diversité étiologique et leurs aspects cliniques variés demeurent encore à l'heure actuelle un problème majeur de santé publique dans le monde.

Bien qu'elles soient responsables d'une mortalité et d'une morbidité significatives depuis de nombreuses années, ce n'est qu'avec l'apparition du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) que ces infections ont connu un regain d'intérêt et que leur prise en charge a été hissée au rang des priorités. La progression spectaculaire de l'incidence de ces maladies enregistrée à travers le monde depuis plusieurs décennies, n'est toujours pas définitivement endiguée malgré de nombreuses actions sanitaires préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans les plans stratégiques 2006 - 2015 et 2016 - 2021.

La prise en charge des IST n'est pas uniforme dans tous les pays à cause de la disparité des moyens

humains, financiers et technologiques concernant le diagnostic, le traitement et la prévention. Suite à l'émergence de la multirésistance aux antibiotiques des bactéries responsables des IST, notamment *Neisseriagonorrhoeae* (NG) et *Mycoplasma genitalium* (MG), signalées dans toutes les régions du monde, la révision du guide national de prise en charge des IST qui a été élaboré en 2006 s'est imposée.

En effet, ces bactéries multirésistantes peuvent être associées dans les urétrites et/ou les cervico vaginites et les rendre difficiles, voire impossibles à traiter et engendrent de graves complications.

C'est dans ce cadre que la Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé du Ministère de la Santé a actualisé ce guide pour aider les praticiens à mieux diagnostiquer, traiter, sensibiliser et prévenir ces infections.

Ce guide comporte quatre grands chapitres :

Chapite (A) : des généralités concernant les IST. Ce sont des notions de rappel sur la définition, les étiologies, la classification et les aspects thérapeutiques et préventifs.

Chapite (B) : la prise en charge syndromique et les algorithmes des principaux syndromes cliniques (écoulement urétral chez l'homme, ulcérations génitales, leucorrhées et douleurs pelviennes chez la femme, végétations vénériennes, etc.)

Chapitre(C) : l'éducation et conseils des patients atteints d'infections sexuellement transmissibles.

Chapitre (D) : la prise en charge des partenaires.

Cette mise à jour comporte aussi les nouvelles recommandations de l'OMS et ce, pour être en conformité avec le plan stratégique du secteur de la santé 2016-2021, à savoir mettre l'accent sur le dépistage, en particulier :

- i. le dépistage et le traitement de la syphilis chez la femme enceinte pour lutter contre les infections congénitales et la mortinaissance,
- ii. le dépistage des Virus du Papillome humain (VPH) oncogènes chez les femmes sexuellement actives pour évaluer l'ampleur du problème afin d'introduire le vaccin .

CHAPITRE A : GÉNÉRALITÉS

I. Définition des infections sexuellement transmissibles

Les IST , appelées autrefois maladies sexuellement transmissibles (MST) ou maladies vénériennes sont des infections qui se propagent entre les personnes principalement par contact sexuel (vaginal, anal ou oral). Certaines d'entre elles peuvent se transmettre par voie sanguine ou de la mère à l'enfant pendant la grossesse, à l'accouchement ou lors de l'allaitement. Des infections non sexuellement transmissibles, comme l'hépatite C (VHC), peuvent le devenir suite à des pratiques sexuelles traumatiques avec saignements, notamment chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH).

II. Situation épidémiologique

▷ Dans le monde

Dans tous les pays du monde, les IST sont en pleine recrudescence, comme en témoignent les chiffres publiés par l'OMS en 2019 :

Chaque jour, plus d'un million de personnes contractent une IST. On estime que tous les ans, 374 millions de personnes contractent l'une des 4 IST suivantes : Trichomonase, Chlamydieuse, gonorrhée et syphilis. :

- Plus de 500 millions de personnes sont atteintes du virus de l'Herpès génital (VHS2),
- Plus de 290 millions de femmes souffrent d'une infection à papilloma virus humain,
- Plus d'un million de femmes enceintes ont été infectées par la syphilis en 2016, ce qui a provoqué des complications dans 200.000 cas pouvant aller jusqu'à des mortinaissances,
- Certaines IST comme la syphilis et l'herpès peuvent multiplier par 3 le risque de contracter le VIH,
- Dans la plupart des cas, les IST sont asymptomatiques ou s'accompagnent de symptômes bénins qui ne sont pas reconnus comme ceux d'une IST.

▷ En Algérie

La situation épidémiologique est difficile à cerner, cela est lié d'une part à une sous déclaration et un sous diagnostic d'autre part.

Neanmoins, les cas d'IST notifiés annuellement dans le cadre de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO), montrent une tendance à la hausse de certaines infections:

- **Hépatite virale B** : sur une période de 10 ans, le taux d'incidence a pratiquement doublé, passant de 4,47 cas pour 100.000 habitants en 2009 à 8,36 cas pour 100.000 habitants en 2018 et cela malgré l'introduction de la vaccination contre l'hépatite B depuis les années 2000, et son introduction dans le calendrier vaccinal en 2003.

Il est à noter que deux tiers des cas soit 69.9% sont enregistrés chez l'adulte jeune (20 – 44 ans).

- **Syphilis** : une recrudescence a été observée en 2018 par rapport aux cinq dernières années avec 1247 cas notifiés, soit une incidence de 2,95 cas pour 100.000 habitants .

Ces cas ont été rapportés pour les deux sexes avec un sex ratio de 0.98, et les 2/3 des cas étaient dans la tranche d'âge 20 – 44 ans .

- **Infection à VIH** : l'évolution de l'épidémie reste stable avec un nombre moyen de 700 nouvelles infections par an rapportés par le laboratoire national de référence de l'IPA pour le VIH, soit une prévalence faible estimée à moins de 0.1%, dans la population générale, mais concentrée chez les populations clés (professionnels de sexe , hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les utilisateurs de drogues injectables) avec une prévalence comprise entre 2 et 7% selon les dernières études IBBS.

- Autres infections : pour les urétrites gonococciques et non gonococciques, les incidences rapportés étaient de 0,1 cas pour 100.000 habitants.

III. Diagnostic des IST

Le diagnostic des IST peut être réalisé selon:

- la clinique ;
- l'étiologie ;
- l'approche syndromique .

III.1. Diagnostic clinique

Il est basée sur les symptômes qui amènent le malade à consulter.

En utilisant le diagnostic clinique, le médecin va traiter les IST selon les symptômes et selon son expérience professionnelle. Cependant, certaines IST peuvent présenter des symptômes similaires pouvant induire à des erreurs de diagnostic . il existe également des IST asymptomatiques où le diagnostic est souvent biologique telle que l'infection à VHB ou VIH.

▷ **Urétrite masculine :**

Cliniquement, l'urétrite repose sur la présence d'un exsudat particulièrement matinal dans l'urètre antérieur, associé ou non à des douleurs urétrales et à des brûlures mictionnelles. Elle apparaît quelques jours à quelques semaines après un rapport sexuel infectant, le plus souvent occasionnel.

L'écoulement peut être intense, fait de pus jaunâtre, accompagné de douleurs urétrales, de dysurie, de filaments dans les urines, d'une méatite, évoquant une gonococcie, c'est la classique « chaude pisse » ou blennorragie ou urétrite gonococcique (UG). Comme, il peut être muqueux, minime, translucide, évoquant une urétrite non gonococcique (UNG).

Il ne faut pas également écarter l'éventualité d'une IST devant toute symptomatologie urinaire (brûlures mictionnelles, dysurie, etc.) chez l'homme.

L'absence de symptômes n'élimine pas le diagnostic d'urétrite qui repose sur la présence de plus de cinq polynucléaires par champs au grossissement 100 d'un frottis urétral coloré au GRAM. Par exemple, un malade qui vient d'uriner ne présente temporairement plus d'écoulement, c'est pour cela que le prélèvement doit être effectué à distance d'une miction soit le matin avant la 1ère miction ou quelques heures après celle-ci : 3 à 4 heures.

Il est à noter que les écoulements urétraux ne sont pas tous infectieux. Il peut s'agir de certains syndromes inflammatoires urétraux, des glandes péri-urétrales ou de la prostate. Parfois, on observe chez des patients anxieux, vénérophobiques, des urétrites traumatiques résultant d'une manipulation excessive du pénis.

Bien que généralement les urétrites d'origine gonococcique ont une symptomatologie plus bruyante et une période d'incubation plus courte (2 à 3 jours) que les UNG (1 à 3 semaines), l'aspect clinique ne préjuge pas de l'étiologie. Seule la biologie permet le diagnostic de certitude.

▷ Cervico-vaginite :

La manifestation clinique la plus commune des infections génitales chez les femmes sexuellement actives est représentée par les écoulements vaginaux ou leucorrhées. Ceux-ci ne sont pas toujours anormaux ou indicateurs d'IST. En effet, la leucorrhée physiologique de la première phase du cycle est différente des écoulements vaginaux dus à des IST qui sont anormaux par leur couleur, leur odeur et/ou leur abondance.

L'écoulement peut s'accompagner de prurit, de dysurie, de douleurs abdominales basses ou d'œdème. Aussi, l'aspect et l'abondance des leucorrhées peuvent orienter le clinicien vers une étiologie. : les leucorrhées verdâtres, mousseuses orientent vers le *Trichomonas vaginalis*, les leucorrhées blanchâtres épaisses, caillebotées avec prurit témoignent d'une infection mycosique, les leucorrhées abondantes, jaunes verdâtres provenant de l'endocol, avec douleurs pelviennes orientent vers une cervicite à gonocoque ou à *Chlamydia trachomatis*.

Néanmoins, quelle que soit l'expérience du clinicien, l'étiologie d'un écoulement génital ne peut être établie avec certitude qu'à l'aide d'examens microbiologiques.

▷ Chancre mou ou chancelle :

C'est une maladie infectieuse aigue, auto-inoculable sexuellement transmissible due à une bactérie *Haemophilus ducreyi* ou bacille de Ducrey. C'est la cause la plus fréquente d'ulcération génitale, avec une incidence plus élevée dans les zones intertropicales.

Son incubation est de 1 à 7 jours. Cliniquement, dans sa forme classique. le chancre est souvent multiple. Il se caractérise par une ulcération douloureuse, arrondie ou ovalaire de 5 à 10 mm de diamètre, creusante, le fond est sale, purulent, anfractueux, irrégulier. Les bords sont surélevés et taillés à pic. La base est souple, œdématisée et empâtée, elle s'accompagne d'adénopathies inguinales multiples et inflammatoires.

On peut rencontrer certaines formes trompeuses comme le chancre nain, ou géant.

▷ **Syphilis** :

C'est une IST due à *Treponema pallidum*. Son évolution clinique se fait en 3 phases :

la syphilis primaire : caractérisée par l'apparition, à l'endroit où le tréponème a pénétré, d'un chancre, à type d'une exulcération superficielle, arrondie ou ovale, de 3 à 5 mm de diamètre, ferme à la palpation, rouge, suintante, unique et indolore, bien limitée, à fond propre.

Le chancre s'accompagne d'une adénopathie satellite dure, mobile, indolore, sans périadénite.

la syphilis secondaire : apparaît en moyenne 2 mois après le contagé, 45 jours après le chancre et se caractérise par :

- des manifestations cutanées : roséole, syphilides papuleuses,
- des lésions muqueuses,
- des atteintes pileuses : alopecie en clairière,
- des atteintes viscérales.

la syphilis latente : Peut être précoce quand elle évolue depuis moins d'une année, ou tardive quand l'évolution date depuis plus d'une année. Elle est caractérisée par l'absence de manifestations cliniques. Seule la sérologie permet son diagnostic en corrélation avec les données de l'interrogatoire.

la syphilis tertiaire : apparaît 2 à 10 ans, voire 20 ans après le chancre, caractérisée par :

- des lésions cutané-muqueuses (gommés syphilitiques),
- des lésions cardio-aortiques (aortite syphilitique, sténose coronarienne, anévrisme de l'aorte...),
- des lésions du système nerveux central : tabès, paralysie générale.

▷ **Lympho-granulomatose vénérienne (LGV) ou maladie de Nicolas-Favre :**

Due à *Chlamydia trachomatis* sérotypes L1, L2, L3. C'est une maladie endémique en Afrique occidentale, en Inde et en Asie du Sud-Est. Elle est exceptionnelle en Algérie.

L'évolution clinique se fait en 3 phases :

lésions primaires : petites érosions ou ulcérations, transitoires, indolores passant souvent inaperçues.

lésions secondaires : lymphadénopathies survenant une ou plusieurs semaines après la contamination. Il s'agit de gros ganglions enflammés siégeant au niveau inguinal (bubon inguinal) qui peuvent évoluer vers la fistulisation. L'inflammation concomitante des ganglions fémoraux séparés des ganglions cruraux par l'arcade crurale réalise l'aspect en « **poulie de Greenblatt** » considéré comme pathognomonique.

lésions tertiaires : syndrome ano-génito-crural qui associe un rétrécissement rectal, une fistule de la verge et un éléphantiasis péri-scrotal.

▷ **Donovanose ou granulome inguinal ou granulome ulcéreux génital :**

C'est une ulcération génitale granulomateuse chronique, indolore due à une bactérie *Klebsiella granulomatis* (ex *Calymmatobacterium granulomatis*), favorisée par des mauvaises conditions socio-économiques.

Maladie endémique en Afrique, elle est rare dans notre pays , seuls 04 cas ont été diagnostiqués en 15 ans, chez des patients de la région de Tamanrasset. L'évolution sans traitement peut aller jusqu'à l'amputation sexuelle.

▷ Herpes genital :

C'est la cause la plus fréquente des ulcérations génitales dans les pays industrialisés. Elle est due le plus souvent à l'herpes simplex virus type 2 (HSV 2) mais le type 1 est aussi incriminé dans 20 à 30 % des cas.

Chez la femme, l'infection se manifeste par une vulvite aigue très douloureuse avec fièvre et adénopathies inguinales. On constate de nombreuses vésicules sur une base inflammatoire et parfois un œdème des petites lèvres. Des lésions peuvent se voir au niveau du col, du vagin et parfois de l'urètre.

Chez l'homme, l'infection est habituellement moins sévère; les signes généraux sont moins marqués, la fièvre est plus rare.

L'infection par l'Herpes virus se caractérise par des récurrences particulièrement chez le sujet immunodéprimé.

▷ Douleur pelvienne chez la femme :

Le diagnostic étiologique d'une douleur pelvienne doit d'abord éliminer une cause chirurgicale, urinaire ou digestive.

L'interrogatoire et l'examen clinique orienteront vers une pathologie génitale. L'association de la douleur à des facteurs de risque d'IST, avec des signes infectieux (fièvre, leucorrhée...) orientera vers une infection génitale haute dont la prise en charge est maintenant assez bien codifiée.

▷ Hépatite B :

C'est une infection qui se transmet par voie sanguine, sexuelle et verticale de la mère à l'enfant. Elle se traduit par des tableaux très variables aussi bien sur le plan clinique que biologique.

Les formes cliniques peuvent aller de la forme latente à la forme grave. **Pour la biologie, elle se caractérise le plus souvent par l'élévation des transaminases, les marqueurs sérologiques et virologiques. L'étude des profils de ces marqueurs permet de différencier les stades de la maladie**

▷ Infection à VIH :

L'histoire naturelle de l'infection VIH passe par différentes phases :

- **phase aigüe ou primo-infection** dure quelques semaines, dont plus de la moitié des sujets présentent des manifestations cliniques montrant des similitudes avec celles de la mononucléose infectieuse. Les premiers symptômes apparaissent le plus souvent 10 à 15 jours (5-30 jours) après la contamination. La fièvre est présente dans 90% des cas,
- **Phase chronique**, cliniquement asymptomatique, dure plusieurs années . Elle est caractérisée par une latence clinique mais sans latence virologique et le diagnostic ne peut se faire que par un examen sérologique ;
- **Phase finale**, symptomatique, qui dure quelques mois à peu d'années.Elle est caractérisée par une succession de manifestations cliniques dont les aspects et la chronologie traduiront le déficit immunitaire croissant pour aboutir à la phase sida maladie. Cette succession d'infections opportunistes et de néoplasies est parallèle au déclin du taux de lymphocytes CD4 et à l'augmentation de la charge virale.

Actuellement la thérapie antiretrovirale a modifié le cours naturel de la maladie.

▷ IST et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes(HSH) :

Chez les HSH, on note :

La fréquence de la localisation anale de VPH, avec risque de dysplasie et de cancer, ainsi que de l'herpès anal et des herpès génito-anaux à VHS-1,est plus élevée chez les HSH VIH positif.

Il est à noter que des agents pathogènes peuvent causer des IST entériques :amibiase, oxyurose, giardiase, salmonellose, shigellose et d'infection au virus de l'hépatite A (VHA). Ils sont transmis lors de relations sexuelles en particulier celles qui favorisent la transmission orofecale.

Le dépistage semestriel des autres IST doit être systématiquement proposé chez les HSH.

▷ Interrelation VIH et autres IST :

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

les IST occasionnent des lésions ouvertes dans la région génitale (la syphilis, le chancre mou) et favorisent la transmission du VIH ; l'herpès génital, infection virale incurable ; cause des ulcères génitaux à répétition et favorise également la transmission du VIH ; L'infection à chlamydia, la gonococcie et la trichomonose peuvent également faciliter la transmission du VIH pour l'une des raisons suivantes : l'inflammation génitale associée à ces IST peut causer des lésions microscopiques des tissus génitaux permettant au VIH de pénétrer dans le corps.

En revanche, le VIH augmente la probabilité de contracter d'autres IST, aggrave les IST et augmente leur résistance aux traitements.

▷ Complications pouvant résulter des IST :

les IST symptomatiques ou asymptomatiques, lorsqu'elles ne sont pas traitées, peuvent avoir de graves conséquences : stérilité, mortinaissance et/ou malformations congénitales par la transmission de la mère infectée à son enfant, cécité et autres manifestations neurologiques (voir tableau ci-dessous).

Tableau 1 : Complications des IST

Causes	Complications
Infections à gonocoque et à Chlamydia	Stérilité chez l'homme et la femme Maladie inflammatoire pelvienne (MIP) Épididymite Grossesse extra-utérine en raison d'une atteinte des trompes
Infections à gonocoque	Cécité chez le nourrisson
Infections à gonocoque, à Chlamydia et à bactéries anaérobies	Péritonite pelvienne et généralisée
Syphilis acquise	Troubles neurologiques et cardiovasculaires irréversibles
Syphilis congénitale	Atteinte de nombreux organes et tissus chez l'enfant
Infections à papilloma virus humain à haut risque (VPH HR)	Cancer de l'appareil génital (col utérin)

III.2. Diagnostic étiologique

Le laboratoire joue un rôle important dans le diagnostic des IST et dans la recherche de la résistance aux antibiotiques de certains agents pathogènes tel que *Neisseria gonorrhoeae* et dans le suivi de l'infection.

Pour un meilleur résultat, le laboratoire utilise des tests spécifiques pour identifier l'agent causal. en s'appuyant sur un personnel qualifié et des équipements performants.

Il existe 30 agents infectieux entre bactéries, virus, parasites et ectoparasites qui sont responsables d'IST, huit (08) d'entre eux sont les plus répandus ; il s'agit de *Chlamydia trachomatis* (CT), *Treponema pallidum* (TP), *Trichomonas vaginalis* (TV), *Neisseria gonorrhoeae* (NG), virus de l'immunodéficience humaine (VIH), Virus de l'Hépatite B (VHB), Virus Herpes simplex (VHS) , Papillomavirus humain (PVH).

Parmi ces infections, quatre sont actuellement curables, c'est le cas de la syphilis, la gonorrhée, la chlamydie et la trichomonase. Quant aux VPH et le VHB, ils peuvent être prévenues par la vaccination.

L'infection à *Mycoplasma genitalium*, 3ème cause d'écoulement urétral après le *Chlamydia* et le gonocoque, doit être évoqué après échec d'un traitement de première intention.

Le tableau ci-dessous résume l'étiologie des différentes IST selon l'agent pathogène et les signes cliniques.

Tableau 2 : Classification étiologique des IST

Pathologie	Pathogène	Symptômes et signes
Gonorrhée	Neisseriagonorrhoeae	- Homme : Brulures mictionnelles Écoulement urétral ; - Femme : Cervicite, Leucorrhées purulentes ; Douleur abdominale basse;
<p>Infections à Chlamydia trachomatis :</p> <p>1.Infections urogénitales non spécifiques</p> <p>2.Lymphogranulomatosé vénérienne (LGV)</p>	Chlamydia trachomatis	<p>1. Infections urogénitales non spécifiques :</p> <p>- Homme : Brulures mictionnelles Écoulement urétral ; - Femme : Cervicite, Leucorrhées purulentes ; Douleur abdominale basse</p> <p>2. LGV :</p> <p>Papule érosive, pustule ou vésicule (siège génital ou ano-rectal) ; Rectite subaiguë ; Adénopathies inguinales.</p>
Syphilis	Treponema pallidum	Chancre (Ulcération génitale ou anale) Adénopathie inguinale indolore ; Eruption cutanée généralisée
Chancre mou	Haemophilusducreyi	Ulcération génitale ; Adénopathie inguinale inflammatoire (bubon) ;
Granulome inguinal ou Donovanose	Klebsiellagranulomatis	Ulcération unique surélevée ;
Infections virales		
Infection à VIH Syndrome d'immunodéficience acquise (sida)	Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	Asymptomatique; Lymphadénopathie généralisée ; Fièvre constante, diarrhée prolongée ; Altération de l'état général avec perte de poids, éruption cutanée ; etc.
Herpès génital	Herpès génital type 2 (HSV-2) et parfois type 1 (HSV-1)	Vésicules de siège génital, groupées en bouquet, vite ulcérées et douloureuses ;
Infections à Papillomavirus humain (HPV)	Papillomavirus humain (HPV)	1.Condylomes acuminés (HPV BR) : Proliférations bénignes ressemblant à des verrues à la surface des muqueuses génitale ou anale; 2.Proliférations malignes (HPV HR) : (carcinome du col et anal)
Hépatite virale B	Virus de l'hépatite B (VHB)	Majoritairement asymptomatique ; Fébricule ; asthénie, nausées, arthralgies, urticaire, ictère.
Autres		
Trichomonose	Trichomonas vaginalis	Majoritairement asymptomatique ; Prurit et brulure vulvaire, leucorrhées verdâtres, mousseuses, abondantes, odeur de plâtre frais.
phthyriase	Phthirus pubis ou inguinalis (Morpion ou pou du pubis)	Lésions de grattage du pubis Adénopathies inguinales
Gale ou scabiose	Sarcoptes scabiei	Nodules scabieux :papulo-nodules rouges ou violacés, prurigineux, parfois excoriés, siègeant surtout sur les régions génitales de l'homme

III.3. Diagnostic biologique

Le diagnostic biologique des IST au laboratoire permet d'identifier l'agent pathogène responsable de l'infection (bactérie, virus ou parasites), de déterminer la résistances aux antibiotiques des bactéries et de suivre l'évolution de certaines infections (VHB, VIH, VPH, syphilis...etc).

Les résultats du laboratoire sont conditionnés par la qualité des prélèvements effectués, chez le patient, par le clinicien ou au mieux le microbiologiste au laboratoire.

Conditions de prélèvements

Principales conditions de prélèvements à respecter sont:

- Pas de traitement anti-infectieux depuis au moins 3 jours,
- Pas de miction depuis au moins 2 heures,
- Pas de toilette génitale depuis au moins 6 heures,
- Pas de rapport sexuel depuis 3 jours,
- En dehors de la période des menstruations,

Comme pour toute maladie infectieuse, le diagnostic microbiologique d'une IST peut être soit direct soit indirect.

III.3.1 Diagnostic direct

Il consiste à mettre en évidence le microorganisme ou ses antigènes, directement dans le prélèvement pathologique par différentes techniques microbiologiques plus ou moins complexes.

Ces techniques peuvent aller de l'examen microscopique simple (état frais ou après colorations usuelles), isolement et identification après mise en culture sur des milieux appropriés à la mise en évidence du génome de l'agent pathogène par les techniques de biologie moléculaire.

Les tests de sensibilité aux antibiotiques (antibiogramme, détermination de la bêta-lactamase, les concentrations minimales inhibitrices) doivent être impérativement réalisés pour toute souche de gonocoque isolée).

Prélèvements

Il est important de noter l'aspect des lésions avant d'effectuer les prélèvements. Ces derniers, pour le diagnostic des IST avec manifestations uro-génitales, se font essentiellement au niveau des zones génitales infectées, sans oublier de rechercher d'autres localisations ; notamment au niveau des régions anale et oropharyngée.

Il est nécessaire d'effectuer un bon prélèvement pour espérer un résultat fiable. L'idéal, c'est de le faire au laboratoire par un spécialiste.

Examens microscopiques

l'examen microscopique est primordial et déterminant dans certains cas ; dans d'autres, il permet d'orienter le diagnostic.

Etat frais (sans aucune préparation)

- **Au microscope à fond noir (ultramicroscope)** : permet de faire le diagnostic de la syphilis primaire en observant *Treponema pallidum* dans le prélèvement du chancre.
- **Au microscope ordinaire** : permet d'affirmer le diagnostic étiologique de certaines vaginites (*Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans*)

Après coloration :

- **Bleu de méthylène** : met en évidence des polynucléaires altérés avec des bactéries intra et extracellulaires comme dans l'urétrite gonococcique chez l'homme.

- **Gram** : l'aspect morfo-tinctorial peut être parfois pathognomonique comme dans l'urétrite gonococcique chez l'homme quand on observe sur le frottis des diplocoques à Gram négatif à l'intérieur des polynucléaires altérés.
- **MGG (May Grunwald Giemsa)** : permet d'observer l'abondance des polynucléaires, de mettre en évidence *Trichomonas vaginalis* et parfois des aspects de bacilles assemblés en chaînes de bicyclette très fortement évocateurs d'*Haemophilus ducreyi* (HD).

Culture et isolement

Divers milieux sont utilisés en fonction du germe suspecté :

- Gélose chocolat enrichie avec des polyvitamines, additionnée ou non de mélange d'antibiotiques pour rendre le milieu sélectif (milieu de Thayer et Martin pour *Neisseria gonorrhoeae*),
- Milieu spécial pour *Haemophilus ducreyi*.

Après incubation de 24 à 48 heures, on procède à l'identification et au test de sensibilité aux antibiotiques (antibiogramme). Pour certains germes comme le gonocoque ou *Haemophilus ducreyi*, on recherche systématiquement la β -lactamase (enzyme inactivant la pénicilline).

Les cultures cellulaires (Chlamydia trachomatis) et les milieux complexes (Mycoplasma genitalium), longues et fastidieuses ne sont pas utilisés en routine.

III.3.2 Diagnostic indirect ou sérodiagnostic

Dans les IST, la recherche sérologique est limitée à quelques micro-organismes. Elle est systématique devant toute suspicion de syphilis, d'hépatite B et d'infection à VIH. Le prélèvement est essentiellement sanguin sur un tube sec

▷ Test rapide d'orientation diagnostique (TROD) :

Le TROD permet d'obtenir un premier résultat en quelques minutes concernant le dépistage des anticorps anti-VIH-1/VIH-2 et Syphilis. Ces tests se font en prélevant un peu de sang au bout du doigt ou par prélèvement veineux sur tube sec.

Un résultat fiable exige un délai de trois mois écoulé après la dernière prise de risque. Parfois, le test est déjà réactif quelques semaines après la prise de risque. Si le résultat est positif, il doit être confirmé par un test classique. Les TROD sont indiqués dans le cadre d'un dépistage.

Un TROD Multiplex permettant le dépistage combiné de l'infection à VIH et de la syphilis est disponible.

▷ Tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) :

Il s'agit de nouvelles techniques de biologie moléculaire basées sur l'amplification des acides nucléiques dont il existe plusieurs variantes.

De par leur rapidité, leur spécificité et leur sensibilité, les TAAN constituent une véritable révolution dans le diagnostic des maladies infectieuses.

La plupart des germes responsables des IST bénéficient de ces techniques pour leur diagnostic notamment, ceux qui sont difficiles à cultiver ou non cultivables (PVH).

Elles peuvent s'appliquer sur des prélèvements d'urines, pharyngés, rectaux et génitaux d'où leur caractère non invasif. Leur inconvénient c'est qu'elles ne permettent pas de détecter les résistances et doivent être utilisées en association avec les cultures et les tests de sensibilité aux antibiotiques pour les étiologies bactériennes.

Le tableau ci-dessous résume les tests de diagnostic des IST les plus utilisés et les délais moyens pour l'obtention des résultats.

Tableau 3 : Tests de diagnostic des IST selon les délais des résultats

Tests rapides < 24h	Tests en 24h- 48h	Tests > 48h
Examen direct	TAAN en série	Culture, Antibiogramme,
Gram : Gonocoque	Test combiné :	Gonocoque
Etat frais : Trichomonas	- CT/NG	PCR Spécifique
Fond noir : Syphilis	- MG /TV	(sur demande)
Immuno-chromatographie sur sang	Tests unitaires	MG, TV, TP
total (TROD) Syphilis, VIH, VHB	-MG ,	
PCR en temps réel	-TV	
Test combiné CT/NG		
Test HPV	Syphilis,VIH,VHB, VHC	
Test HSV-1 et 2	TPHA, agglutination	
Trichomonas	(VDRL, RPR)	
	Syphilis	

III.4. Approche syndromique :

Interêt de l'approche syndromique est basée sur l'identification d'un syndrome: groupe de symptômes rapporté par le patient ou constaté par le medecin lors d'un examen clinique. Bien que les IST soient causées par de nombreux organismes différents, ceux ci ne provoquent qu'un nombre limité de symptômes que l'on peut assembler en syndrome.

L'approche syndromique offre des soins complets dès la première visite du patient ; se concentre sur les symptômes et permet un diagnostic et un traitement étendus et rapidement accessibles. Elle offre l'opportunité d'éduquer et de conseiller le patient

Elle permet en outre de rompre la chaîne de transmission. **C'est donc l'approche méthodologique préconisée dans le présent guide et recommandée par l'OMS.**

Chacune de ces trois méthodes de diagnostic offre des avantages et présente des inconvénients regroupés dans le tableau suivant :

Tableau 4 : Avantages et inconvénients des trois méthodes de diagnostic

Méthode	Avantages	Inconvénients
Etiologique	<p>Considérée comme idéal</p> <p>Confirme le diagnostic d'IST comme le gonocoque et la syphilis chez les femmes enceintes</p> <p>Fait appel aux symptômes cliniques et expérience professionnelle</p>	<p>Pas disponible partout</p> <p>Nécessite un personnel qualifié et fournitures en intrants</p> <p>Il faut un suivi régulier</p> <p>Fait attendre les résultats pour débiter le traitement</p> <p>Nécessite des milieux de cultures (Haemophilusducreyi) et réactifs qui coutent chers (chlamydia trachomatis), microscope spécial</p>
Clinique	<p>Traitement sans confirmation du diagnostic</p>	<p>Peut passer à côté d'une infection mixte</p> <p>Complications et perpétue la transmission</p>
Syndromique	<p>Offre des soins complets dès la première visite du patient ;</p> <p>Se concentre sur les problèmes (en fonction des symptômes du patient) ;</p> <p>Permet le traitement du patient pour toutes les causes importantes du syndrome ;</p> <p>Permet un diagnostic et un traitement étendus et rapidement accessibles ;</p> <p>Offre l'occasion et le temps d'éduquer et de conseiller le patient.</p>	<p>Traitement sans confirmation du diagnostic</p>

Chaque méthode a des avantages et des inconvénients. L'approche syndromique présente beaucoup plus d'avantages par rapport aux deux autres méthodes. Elle est facile à utiliser (selon un algorithme), on peut traiter les agents causals les plus importants dès la première visite ; ceci est très important en raison de la fréquence des infections mixtes.

Ces données rendent compte de l'utilité et de la pertinence de l'approche syndromique basée sur l'application d'algorithmes ou arbres décisionnels.

Qu'est-ce qu'un algorithme ?

Un algorithme est un arbre de décision et d'actions. Il permet de guider le lecteur à travers une série de décisions à prendre et d'actions à réaliser.

Il s'agit là d'un guide standardisé logique donnant des schémas de raisonnement diagnostiques et d'actions étape par étape.

Chaque algorithme est composé d'une série de trois étapes :

- le problème clinique (symptôme que présente le patient),
- la décision à prendre,
- l'action à réaliser.

A l'issue de cette démarche et quel que soit la pathologie, le personnel soignant doit impérativement :

- ✓ traiter l'IST en cours,
- ✓ examiner et traiter le ou les partenaires,
- ✓ dépister d'autres IST,
- ✓ éduquer sur l'observance du traitement,
- ✓ informer, éduquer et prévenir les risques (promotion de l'emploi du préservatif),
- ✓ notifier les cas.

IV. PRÉVENTION

La consultation IST constitue une opportunité pour le praticien de la santé puisqu'elle lui permet d'accomplir sa mission de prévention dans une approche globale. La déclaration des IST permet de « suivre l'évolution temporo-spatiale de ces infections et de caractériser les populations affectées, en termes sociodémographiques, de facteurs de risque et d'exposition, afin de mieux cibler les actions de prévention et de contrôle locales et nationales ».

on distingue la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

la promotion de comportements sexuels sûrs afin d'éviter une éventuelle transmission d'IST. Elle s'appuie sur :

- i. la fourniture d'informations claires et pertinentes sur les IST et leurs modes de transmission.
- ii. la promotion et l'utilisation du préservatif et sa distribution gratuite et/ou son accessibilité.
- iii. l'utilisation du «counselling» : c'est une stratégie d'information-conseils personnalisée et permet de définir la période «fenêtre sérologique» pour chaque consultant. Elle a pour but d'évaluer le risque d'exposition aux IST/VIH/sida pour le consultant, d'identifier les moyens efficaces et de donner les conseils pour le réduire.

La prévention secondaire vise le dépistage et le traitement précoce du patient et du partenaire sexuel. Il est donc impératif :

- i. de proposer le dépistage du VIH, VHB, VHC et de la syphilis à chaque consultant devant la mise en évidence d'un comportement sexuel à risque.
- ii. d'encourager le patient « infecté » à la notification du cas à son partenaire sexuel en lui expliquant que la prise en charge de celui ci contribuera à interrompre la chaîne de la transmission des IST/VIH/ sida.

La prévention tertiaire consiste à diagnostiquer et à traiter les complications des IST.

Pour prévenir l'exposition au VIH et au VHB se référer au guide national de prise en charge thérapeutique de l'infection VIH (édition 2022) et au guide national de prise en charge thérapeutique des hépatites virales (édition 2022).

CHAPITRE B : PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE

L'approche syndromique préconisée par l'OMS vise une prise en charge précoce selon des arbres décisionnels ou algorithmes comprenant : un interrogatoire, un examen clinique génital et général pour identifier le symptôme, des prélèvements à pratiquer, un traitement, l'éducation du patient, la prise en charge du ou des partenaires sexuel(s) et la déclaration de l'IST. Durant la consultation la méthode du counseling devra être appliquée

I. Démarche de la prise en charge syndromique

On entend par syndrome un ensemble de symptômes dont se plaint le patient et de signes cliniques observables à l'examen.

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

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

Tableau 5 : Récapitulatif des principaux syndromes d'IST

Syndromes	Symptômes	Signes	Causes les plus fréquentes
1.Écoulement urétral chez l'homme	Écoulement urétral Dysurie Mictions fréquentes	Écoulement urétral (Comprimer l'urètre si nécessaire pour observer l'écoulement)	Gonococcie Chlamydirose Infection à Mycoplasma genitalium
2.Écoulement vaginal	Écoulement vaginal Prurit vulvaire Dysurie Dyspareunie	Écoulement vaginal (Leucorrhée)	VAGINITE : Trichomonase Candidose Vaginose bactérienne CERVICITE : Chlamydirose Gonococcie
3.Tuméfaction du scrotum	Douleurs et tuméfaction du scrotum.	Tuméfaction du scrotum	Gonococcie Chlamydirose
4.Ulcérations ano-génitales	Lésion génitale ou anale	Ulcération génitale ou anale Adénopathies inguinales	Herpès génital Syphilis Chancre mou LGV Donovanose
5.Douleurs pelviennes chez la femme	Douleurs pelviennes Dyspareunie	Écoulement vaginal Sensibilité abdominale basse Fièvre (inconstante)	Gonococcie Chlamydirose Anaérobies mixtes
6.Végétations ano génitales ou condylomes acuminés		Plaques muqueuses papuleuses ou des excroissances sous forme de crêtes de coq au niveau de la sphère ano-génitale.	Papillomavirus humain (HPV)

II. Anamnèse et examen clinique

L'anamnèse et l'examen clinique constituent les étapes les plus importantes de la démarche diagnostique ; étant donné que les renseignements à recueillir sont personnels et délicats, les patients peuvent être timides et même réticents à se faire examiner les parties génitales.

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

- ✓ d'établir un bon diagnostic syndromique des IST ;
- ✓ de déterminer le risque de transmettre ou de contracter une IST ;
- ✓ de se renseigner sur les partenaires qui ont pu être infectés.

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

II.1 Anamnèse :

Elle doit se faire en suivant les techniques de communication verbales et non verbales en posant des questions « ouvertes » ou « fermées » de façon efficace.

Techniques de communication verbale

- ✓ En plus des techniques de communication non verbale, quelques techniques de communication verbale peuvent être de grande utilité. Il s'agit notamment de :
- ✓ L'encouragement : c'est l'ensemble des gestes et certains mots que le prestataire de soins utilise pour encourager le ou les patients à continuer à parler.
- ✓ L'orientation : c'est une méthode utile quand un patient est confus et ne sait pas par où commencer ou lorsqu'il parle trop vite et embrouille l'histoire de sa maladie. Le prestataire de soins aide donc le patient à mettre de l'ordre dans la compréhension de sa maladie.
- ✓ Le résumé et la vérification : quand le patient a raconté un certain nombre de problèmes; le prestataire de soins résume et vérifie ce qui a été dit ; cela permet de s'assurer qu'il l'a bien compris.
- ✓ L'empathie : c'est une des compétences importantes que le prestataire de soins doit avoir particulièrement quand il est confronté aux émotions du patient.

Le réconfort : c'est un moyen de communication par des gestes et des mots que le prestataire de soins utilise pour montrer qu'il prend en compte les sentiments du patient et que la situation dans laquelle il se trouve peut-être résolue.

- ✓ La complicité : elle signifie que le prestataire s'engage à aider le patient et l'exprime pendant le dialogue.

II.2 Examen clinique :

Dans une salle bien éclairée et, après avoir mis le patient en confiance, l'examen clinique va porter d'abord sur l'appareil génital et ensuite sur les autres appareils.

L'examen des organes génitaux effectué avec des gants vise à confirmer le ou les symptômes rapportés par le patient.

Chez la femme :

- ✓ inspecter les organes génitaux externes (OGE), le pubis et la région anale.
- ✓ Introduire un spéculum lubrifié avec du sérum physiologique pour l'examen du vagin, du col et pratiquer des prélèvements à visée bactériologique.
- ✓ effectuer un toucher vaginal combiné au palper abdominal

Chez l'homme :

- ✓ Examiner et palper les OGE,
- ✓ Inspecter le périnée, l'anus et la région périanale,
- ✓ au besoin, effectuer un toucher rectal (un examen digital de la prostate).

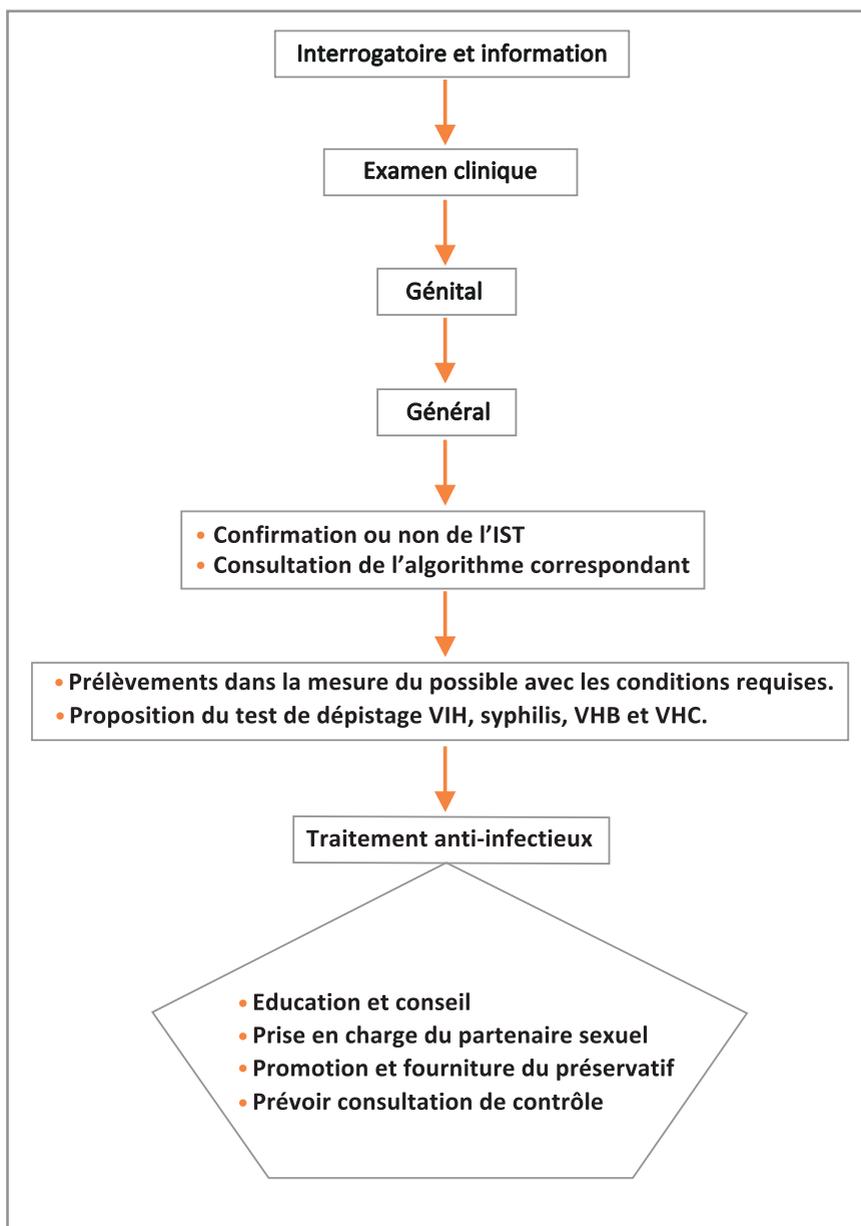
L'examen général à la recherche de signes extra génitaux d'IST permet d'apprécier le retentissement sur l'état général.

REMARQUE IMPORTANTE

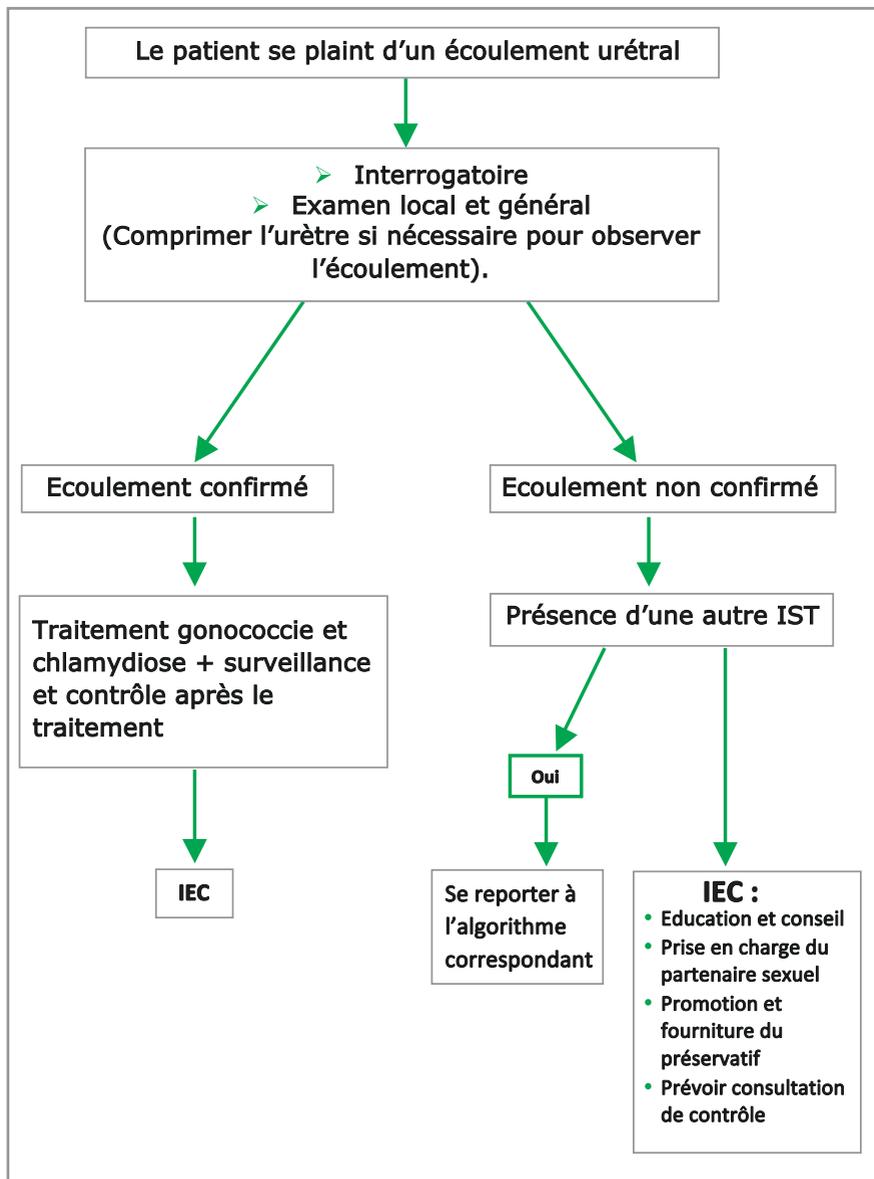
Pour des considérations médico-psychologiques et médico-légales, toute suspicion d'IST chez l'enfant relève des spécialistes (pédiatre, gynécologue, médecin légiste)

Les algorithmes (arbres décisionnels)

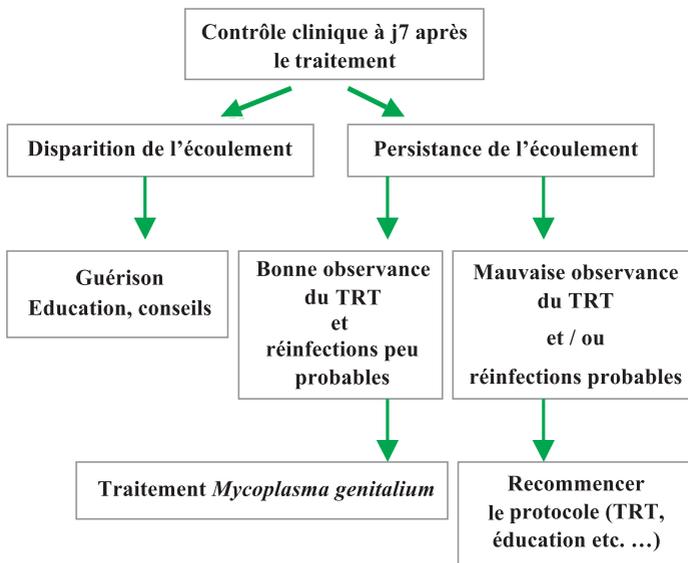
III.1 LES ETAPES DE LA CONSULTATION



III.2 ECOULEMENT URETRAL



CONTROLE DE L'ÉCOULEMENT URETRAL (suite)



III.3 LEUCORRHEES : (I)

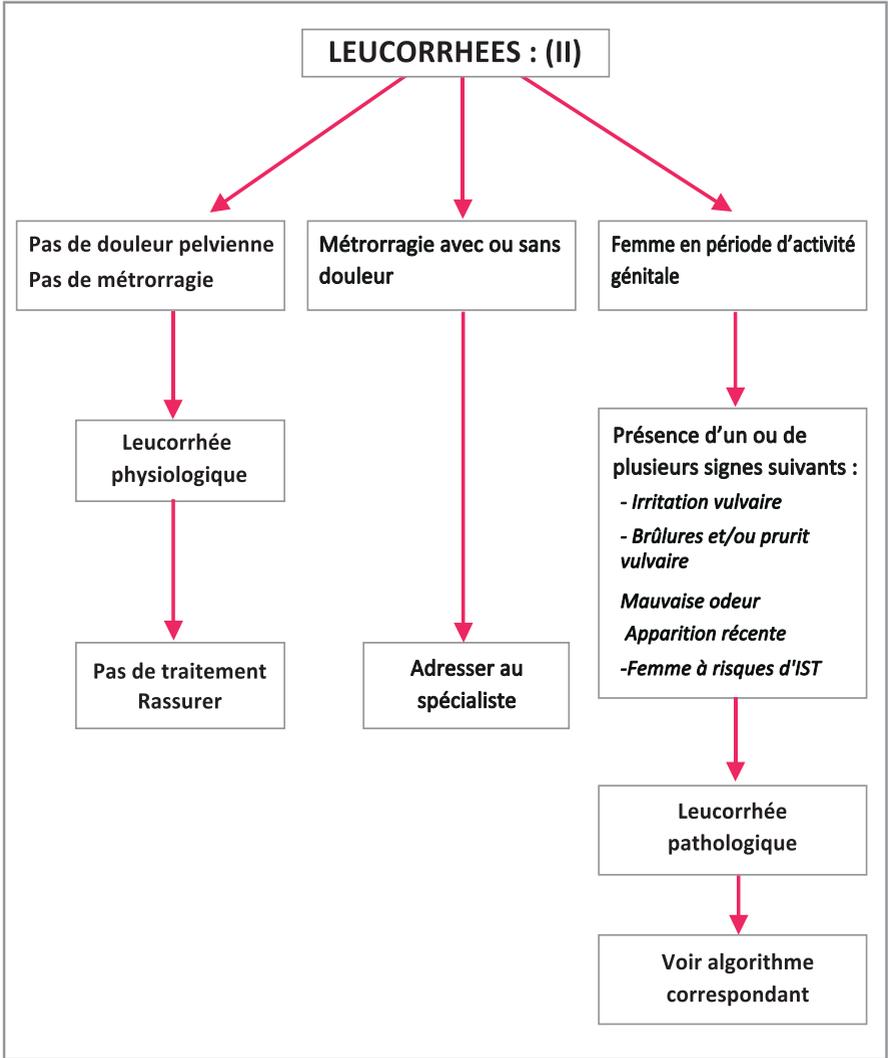


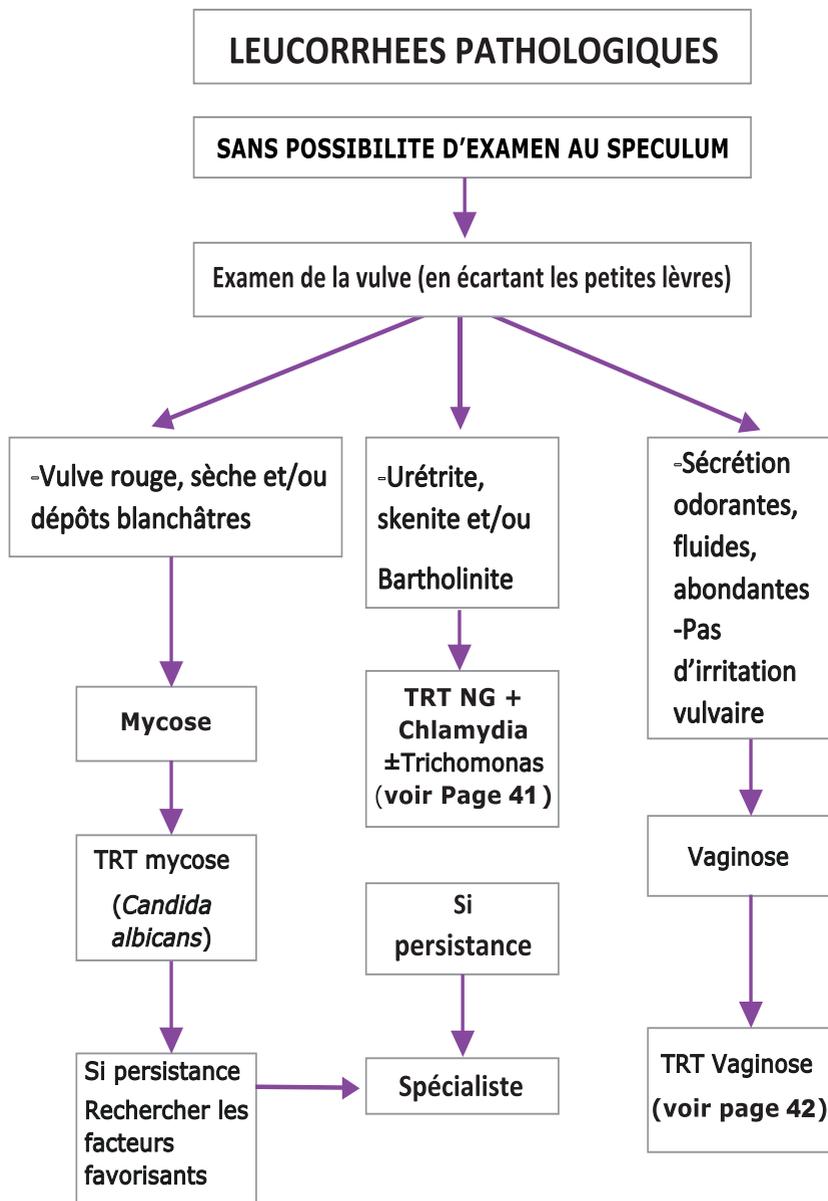
*** La leucorrhée chez la fille, peut provenir de :**

- Vulvite simple (manque d'hygiène),
- Vulvite à germes banals, à un parasite (oxyurose) ou à un corps étranger surinfecté.

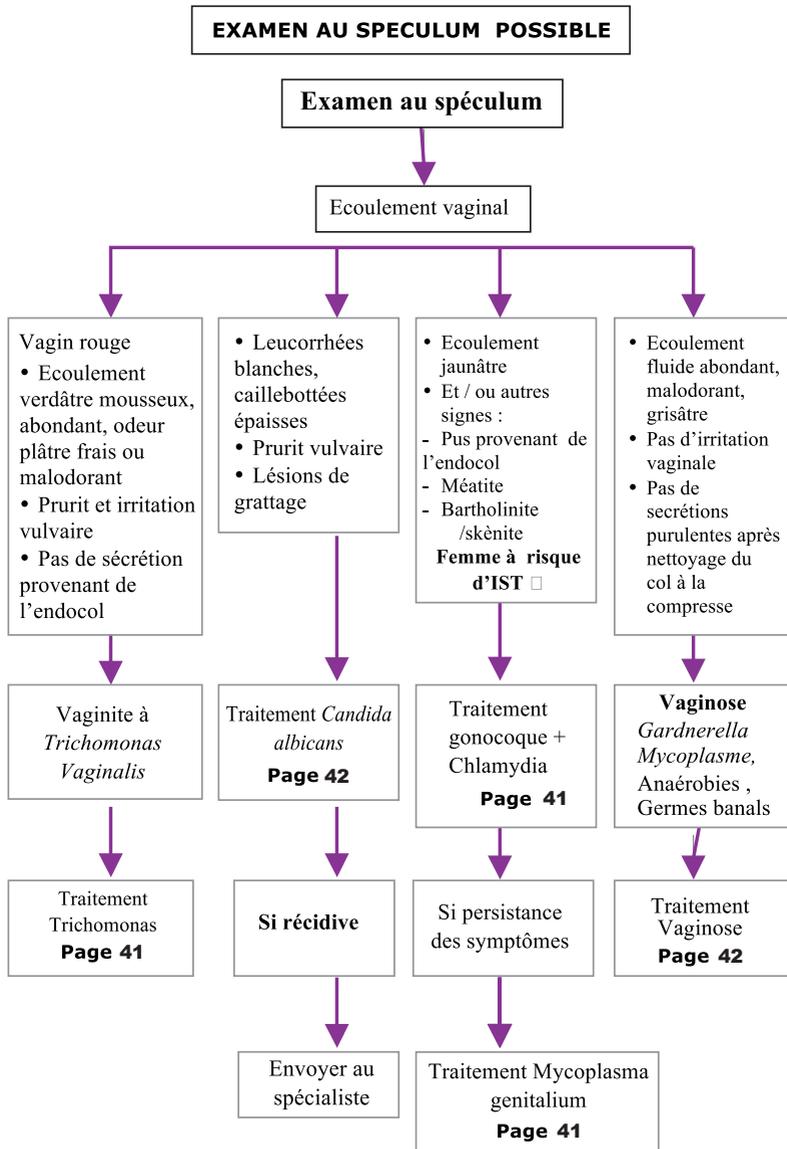
Chez la femme ménopausée, la leucorrhée peut être due à :

- Une atrophie de la muqueuse vaginale,
- Un cancer génital.





Leucorrhées pathologiques (suite)



□ Les facteurs d'IST chez les femmes sexuellement actives : Âge ≤ 25 ans, Antécédent d'IST, Nombre de partenaires ≥ 2 dans l'année, Changement de partenaire récent, Partenaire ayant une IST.

III.4 TRAITEMENTS DES ECOULEMENTS URETRAUX et CERVICO-VAGINAUX

<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Trichomonas vaginalis</i>	<i>Mycoplasma genitalium</i>
<p>Ceftriaxone 500 mg IM ou IVL en prise unique</p> <p>ou</p> <p>Cefixime 400mg per os en prise unique</p> <p>ou</p> <p>Gentamicine 240 mg en dose unique en IM si contre-indication aux β-lactamines</p> <p>ou</p> <p>Ciprofloxacine 500 mg per os en prise unique</p>	<p>Azithromycine 1 g per os en prise unique.</p> <p>ou</p> <p>Doxycycline 100 mg x 2/j pendant 7 jours</p>	<p>Tinidazole 2g en prise unique</p> <p>ou</p> <p>Metronidazole 2g en prise unique</p> <p>ou</p> <p>Metronidazole 500 mg 2x/j pendant 7 jours</p> <p>ou</p> <p>Métronidazole 500 mg x 2/j pendant 7 jours en cas d'échec d'une dose unique de même que le renouvellement de la cure à 15 jours.</p> <p>ou</p> <p>Métronidazole ovule matin et soir pendant 14 jours, ou en cas d'échec d'une dose unique de 2 g (Chez la femme enceinte symptomatique)</p>	<p>Azithromycine 1,5 g sur 5 jours (500 mg J1, puis 250 mg/j de J2 à J5)</p> <p>ou</p> <p>Moxifloxacine 400 mg / jours pendant 07 à 10 jours</p>

Traitements des écoulements urétraux et cervico-vaginaux (suite)

Traitement de la mycose vaginale

Traitement local : 1 ovule le soir pendant 3 jours

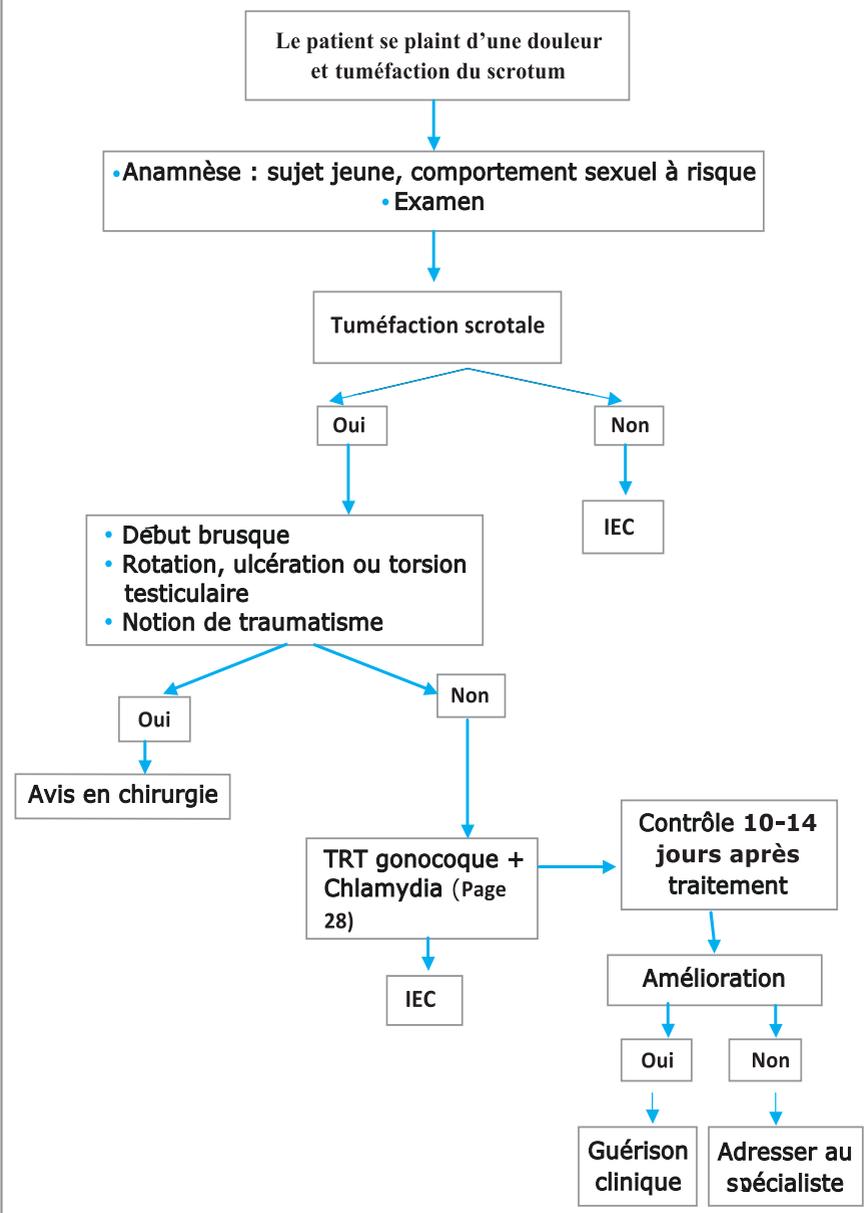
ECONAZOLE Ou MICONAZOLE Ou ISOCONAZOLE Ou BUTOCONAZOLE

- Rechercher les causes favorisantes :
- Facteurs hormonaux : contraception orale, grossesse, corticothérapie,
- Déséquilibre de la flore vaginale : Antibiothérapie de longue durée,
- Diabète,
- Baisse de l'immunité : infection à VIH, traitement immunosuppresseur, maladies diminuant l'immunité (Hodgkin...)
- Rechercher une mycose génitale chez le conjoint (IST)

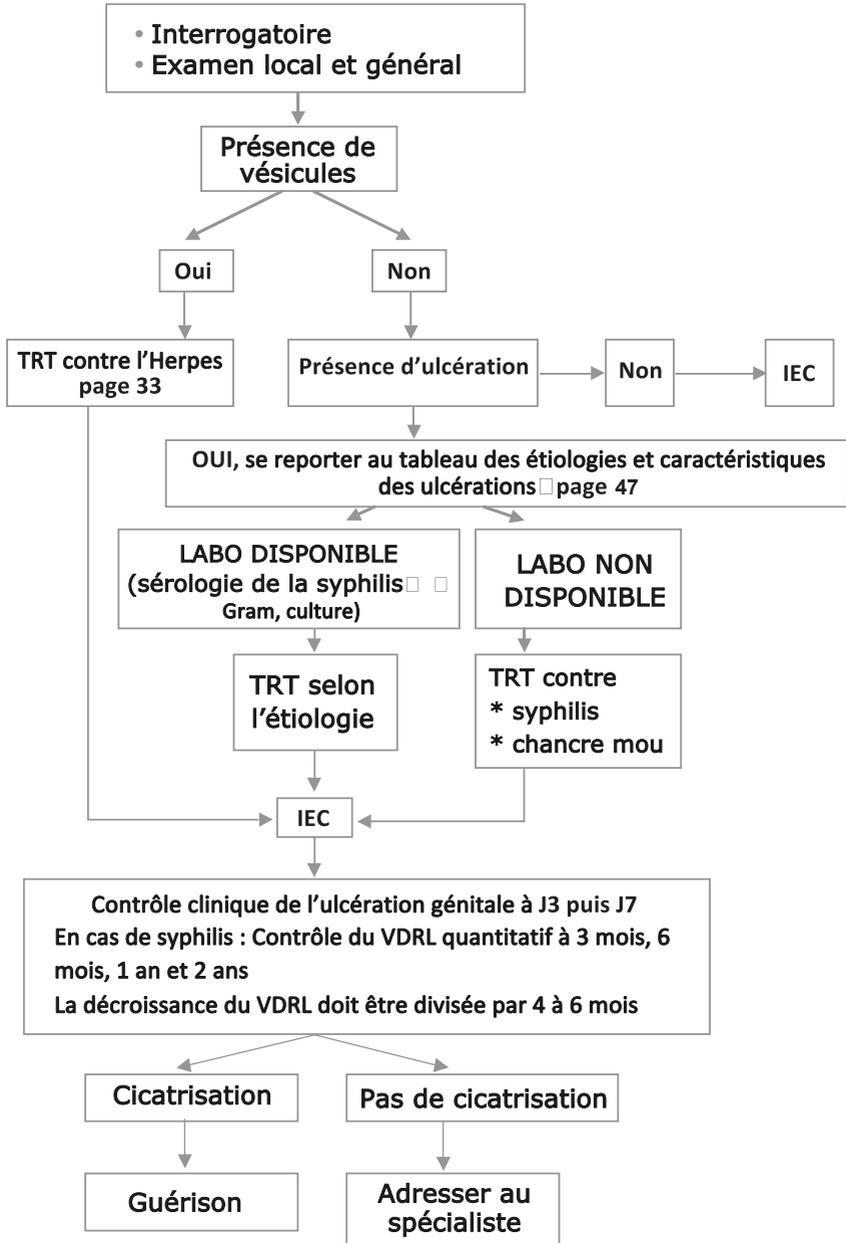
2) Traitement des vaginoses

Pas d'allergie à la pénicilline	Si allergie à la pénicilline
- METRONIDAZOLE 500 mg x 2/j per os pendant 7 jours	- TINIDAZOLE 500 mg x 4 (2 g) en dose unique à répéter 8 jours après
OU	+
- TINIDAZOLE 500 mg x 4 (2 g) en dose unique à répéter 8 jours après	- ERYTHROMYCINE 500 mg x 4/j per os pendant 7 jours
+	
- AMOXICILLINE 500 mg : 1 g x 2/j per os pendant 7 jours	

III.5 TUMEFACTION DU SCROTUM



III.6 ULCERATIONS GENITALES CHEZ L'HOMME OU LA FEMME



ULCERATIONS GENITALES CHEZ L'HOMME OU LA FEMME (suite)

□ **Étiologies et caractéristiques des ulcérations génitales des IST**

IST Clinique	SYPHILIS	CHANCRE MOU	HERPES	LGV	DONOVANOSE
INCUBATION	3 semaines	1 à 2 semaines	1 à 2 semaines	3 jours à 3 semaines	3 jours à 6 mois
LESIONS PRIMAIRES	CHANCRE (Erosions superficielle)	Papule ou pustule Erythémateuse	Vésicule sur base rouge	Papule, pustule ou vésicule	Papule
NOMBRE DE LESIONS	Une en général	Une à trois	Multiple et confluentes	Une	Une ou plusieurs
BORDURE	Bords nets	Double contours Rouge et jaune	Nette et érythémateuse	Variable	Surelevée
PROFONDEUR	Superficielle	Excavée	Superficielle.	Superficielle.	Surelevée
BASE	Cartonnée. Rosée, lisse	Jaune, grisâtre, granuleuse.	Rouge et lisse.	Variable.	Rouge et Rugueuse
SECRETIONS	Séreuse	Purulente et hémorragique	Séreuse	Variable	Rare
INDURATION	Ferme	Molle	Pas d'induration	Pas d'induration	Ferme
DOULEUR	Indolore	Très douloureuse	Fréquente	Variable	Rare
GANGLIONS LYMPHATIQUES	Indolores et fermes	Bloc d'adénopathie inguinale.	Sensibles et fermes	Sensibles. Peut être suppuré. Aspect de pouliè.	Pseudo-adénopathie
EVOLUTION SPONTANEE	Régression	Extension des chancres Rupture du bloc Ganglionnaire	Régression	Extension parfois rupture des ganglions	Extension Mutilation Lymphoedème

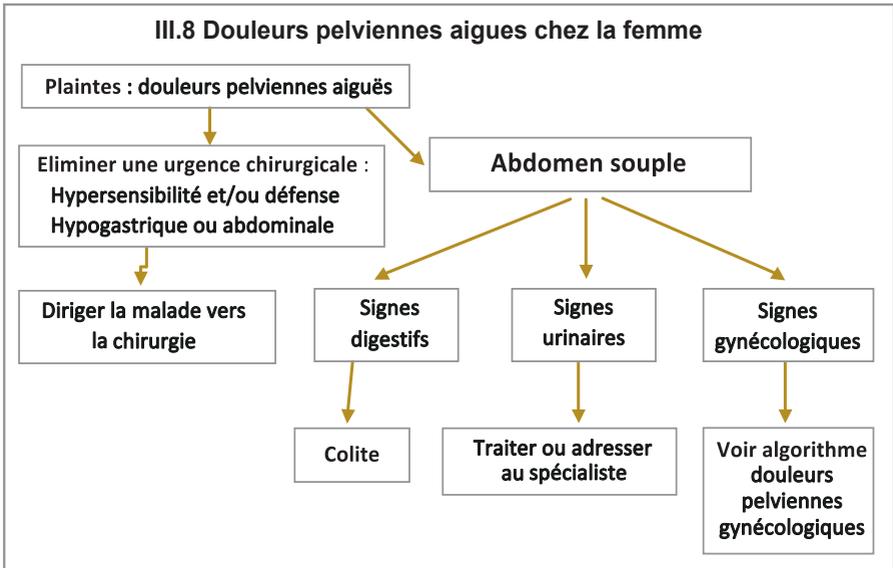
Interprétation de la sérologie syphilitique

TPHA ou ELISA ou TROD	VDRL ou RPR	Interprétation selon le contexte clinique
+	-	icatrice sérologique ou syphilis récente
+	+	<ul style="list-style-type: none"> - Syphilis active (I, II ou III) - il est impossible de différencier une syphilis avec une tréponématose non vénérienne
-	+	Faux positif : maladies inflammatoires, grossesse...
-	-	Pas de syphilis, ou sérologie trop précoce, dans ce cas répéter la sérologie après 1 à 2 semaine(s)

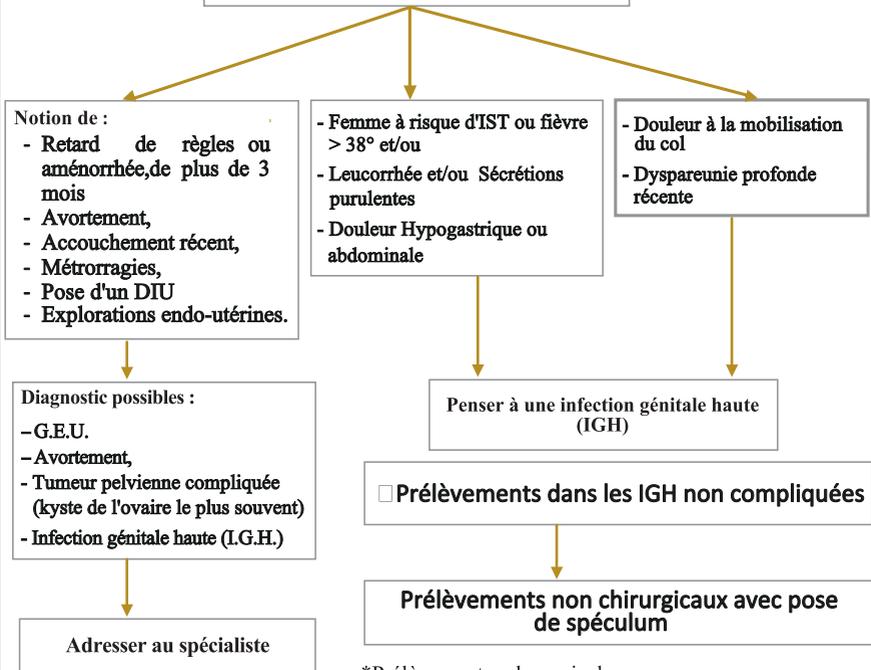
III.7 TRAITEMENTS DES ULCERATIONS GENITALES

Chancres mou	Syphilis	Donovanose	LGV	Herpes génital
<p>Azithromycine : 1g per os en une seule prise</p> <p>Ou</p> <p>Ceftriaxone 250 mg IM dose unique</p> <p>Ou</p> <p>Ciprofloxacine 500mg x 2/j per os pendant 3 jours.</p> <p>Ou</p> <p>Erythromycine 500mg 4x/jour pendant 7jours</p>	<p>Benzathinebenzyl pénicilline parentérale :</p> <p>- Syphilis précoce : 2,4 MUI en IM (1 injection)</p> <p>Syphilis tardive : 2,4 MUI en IM : 3 injections IM à 1 semaine d'intervalle</p> <p>Si allergie ou TRT anticoagulant :</p> <p>- Syphilis précoce : Doxycycline : 100 mg x 2/j pendant 14 jours</p> <p>- Syphilis tardive : Doxycycline : 100 mg x 2/j pendant 28 jours</p> <p>ou</p> <p>Désensibilisation à la Pénicilline en l'absence de contre-indication puis traitement par Benzathinebenzylp énicilline</p>	<p>Azithromycine 1g/ semaine jusqu'à guérison</p> <p>Ou</p> <p>Erythromycine 1g x 2/jours per os pendant 21 jours</p> <p>OU</p> <p>Ofloxacine : 200 mg x 2 /jour per os pendant 21 jours</p> <p>OU</p> <p>Ciprofloxacine : 500 mg x 2 / jour per os pendant 21 jours</p>	<p>Doxycycline 100mg x2/j pendant 21jours</p> <p>Alternative</p> <p>Erythromycine 500mg 4x/j Pendant 21 jours</p>	<p>Primo-infection :</p> <p>Aciclovir per os : 200 mg x 5/j pendant 10 jours</p> <p>Ou</p> <p>Valaciclovir : 500 mg x 2/j pendant 10 jours</p> <p>Récurrente :</p> <p>Aciclovir per os : 200 mg x 5/j pendant 05 jours</p> <p>Valaciclovir : 500 mg x 2/j pendant 05 jours</p> <p>Prophylaxie (> 6épisodes /an) :</p> <p>Valaciclovir 500 1 cp/j pendant 01 an</p>

III.8 Douleurs pelviennes aiguës chez la femme



Douleurs pelviennes gynécologiques



*Prélèvement endocervical

- ✓ 1 écouvillon avec étalement sur lame pour examen direct
- ✓ 1 écouvillon pour culture standard (aérobie, CO2 et anaérobies)
- ✓ 1 écouvillon pour TAAN : écouvillon en alginate pour biologie moléculaire

CHAPITRE C :

EDUCATION SANITAIRE ET CONSEILS

Un des avantages de la prise en charge syndromique c'est qu'elle offre l'occasion de faire l'éducation pour la santé et de donner des conseils pour réduire le risque d'expositions aux IST et interrompre la chaîne de leur transmission.

En effet, l'éducation sanitaire et les conseils en matière d'IST sont importants car ils aident les individus à évaluer le risque encouru lié à leurs comportements et avoir les bons conseils et accompagnements pour un comportement sexuel à moindre risque.

L'éducation sanitaire et les conseils sont étroitement liés et peuvent être faits en même temps.

L'éducation sanitaire est la fourniture de renseignements exacts et fiables pour qu'une personne soit amplement informée sur le sujet et fasse des choix éclairés. Elle a pour but de mieux informer le patient afin qu'il puisse choisir, en connaissance de cause, ses partenaires et ses pratiques sexuelles

Les principaux sujets à aborder :

- les méfaits de l'auto médication ;
- information sur les IST et leurs traitements ;
- l'importance d'adhérer au traitement ;
- les effets secondaires possibles que l'on doit surveiller ;
- l'éducation en matière de prévention d'infection future ;
- promotion à l'usage de préservatifs ;
- la nécessité de traiter le (ou les) partenaire (s) sexuel (s) ;
- l'évaluation du niveau de risque d'un patient ;
- l'importance du changement du comportement ;
- les obstacles à ce changement ;
- le dépistage du VIH/sida.

Il est important d'insister sur la nature de l'infection, les conséquences néfastes de l'automédication et qu'une IST traitée de façon inadéquate non seulement engendre des résistances aux antibiotiques mais surtout évolue vers des complications et séquelles irréversibles.

Le conseils est un échange réciproque entre un client et un prestataire. C'est un processus de communication interpersonnelle et dynamique qui implique une sorte d'accord mutuelle entre un client et son conseiller qui a été correctement formé et qui est tenu de se conformer à un code éthique et déontologique. Cela nécessite de l'empathie, de la sincérité et l'absence de tout jugement moral ou personnel.

En matière de santé, le conseils cible plutôt les problèmes, l'anxiété et la façon de gérer une infection et ses conséquences, à la fois biomédicales et sociales.

Le patient atteint d'IST présente un très grand risque d'infection du VIH/sida. C'est une occasion d'initier le conseils pour le dépistage du VIH.

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

Cependant, le dépistage du VIH doit être :

- confidentiel
- accompagné de conseils pré et post test
- volontaire et n'être effectué qu'en cas de consentement éclairé du patient.

CHAPITRE D : PRISE EN CHARGE DES PARTENAIRES

Le traitement des partenaires est l'un des éléments essentiels de la prise en charge des IST. Le but est de rompre la chaîne de transmission des IST par le traitement, le conseil et l'éducation du patient index et de son ou ses partenaire (s) sexuel (s).

Notification aux partenaires (NP)

C'est une démarche qui vise à informer les partenaires d'un cas index suite à un diagnostic d'une IST les incitant ainsi à se faire dépister et traiter.

Plusieurs techniques sont possibles :

- **notification passive** où le patient lui-même (le cas index) notifie à son ou ses partenaires la possible exposition aux IST ;
- **notification assistée** où un membre du personnel soignant notifie au (x) partenaire(s) le risque d'exposition

L'observation des règles d'éthique, surtout le volontariat, la confidentialité, voir même la notification anonyme est au cœur de cette démarche.

Les outils de cette notification peuvent être : le face à face, le téléphone, des textos, des mails, cartes postaux, lettres,

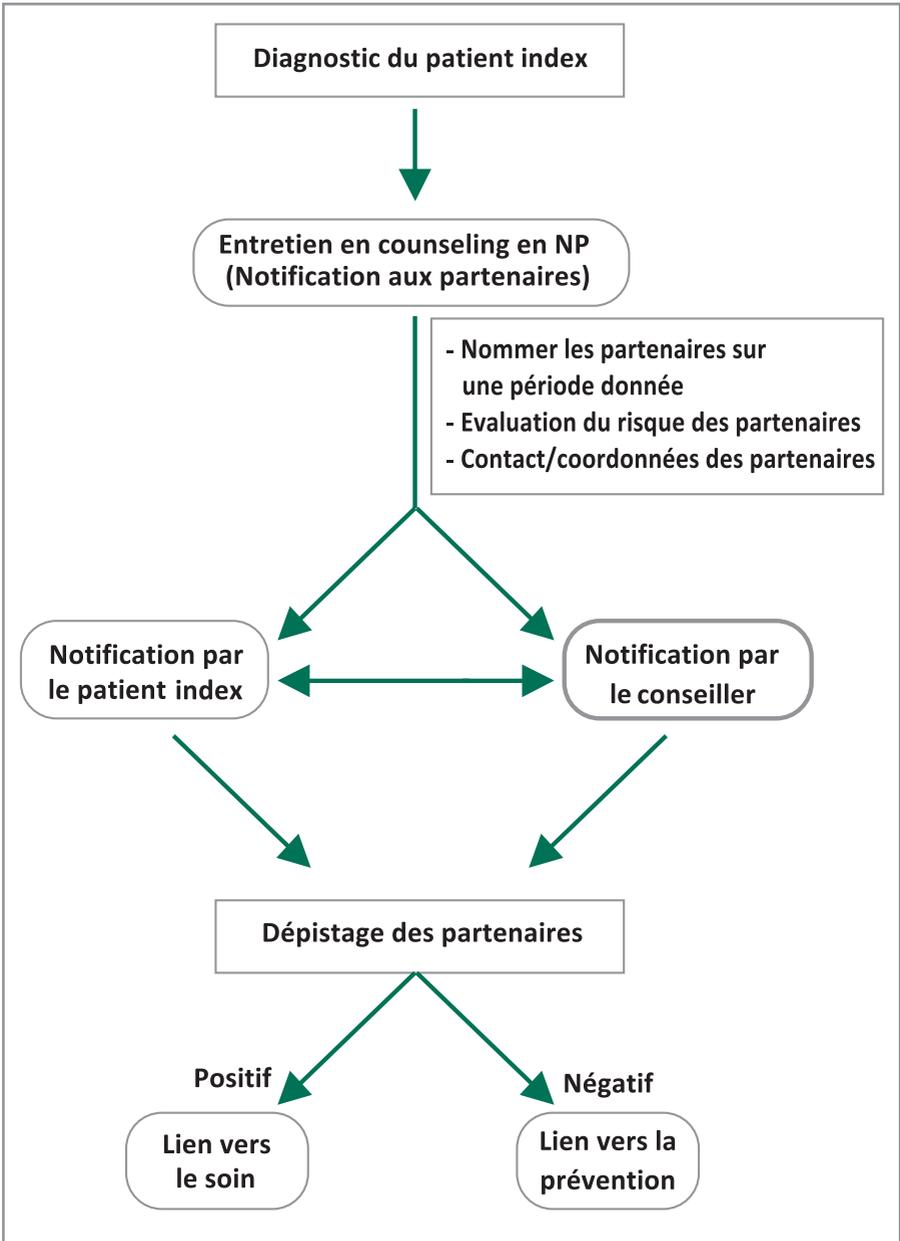
Les bénéfices de cette techniques seront à 3 echelles :

individuel : chez le patient index, ça permet une perception différente de la maladie avec une réduction du risque limitant ainsi les réinfections et les surinfections

pour les partenaires : ceux qui sont dépistés positifs, vont être rapidement dirigés vers des soins appropriés, par contre ceux qui sont dépistés négatifs, ils bénéficieront de services de prévention (éducation sanitaire, counselling, communication pour le changement de comportement, et eventuelle vaccination)

pour la santé publique : limiter l'épidémie et les transmissions secondaires, reduire la mortalité et la morbidité liés aux IST et surtout atteindre des personnes à haut risque d'exposition (populations clés) et/ou avec IST asymptomatiques .

Les principaux freins de la notification sont les craintes et les réticences liées à la stigmatisation, au rejet et à l'isolement particulièrement dans la vie de couple (violence conjugale) et en cas d'orientation sexuelle particulière.



ANNEXE 1 :

Equipement d'un centre de prise en charge des IST

Salle de consultation

- Table gynécologique
- Scialitique
- Chariot
- Armoire
- Solution hydro-alcoolique
- Gants stériles
- Speculums jetables
- Ecouvillons stériles
- Médicaments des IST, adrénaline, corticoïdes injectables, anti-histaminiques
- Préservatifs + Maquette
- Contenaires DASRI

Salle de prélèvements

- Paillasse
- Chariot
- Armoire
- Solution hydro-alcoolique
- Dispositif de prélèvements sanguins
- TROD
- Microscope ordinaire équipé d'un fond noir
- Lames , lamelles,
- Colorants
- Centrifugeuse
- Réfrigérateur

Secrétariat :

Système informatique (intranet, internet, progiciel)

ANNEXE 2

Fiche de renseignements pour les prélèvements

CD : Autres : Nom du médecin :

N° d'ordre : Date : .../.../.....

Nom : Prénom : Genre : M F

Date de naissance : .../.../..... Tel : Adresse :

Résumé clinique : - urétrite aigue (UG) urétrite subaigue/ ou chornique (UNG)
- vaginite si oui préciser l'aspect des leucorrhées :
- cervico-vaginite mousseuse cailloteuse purulente
- ulcération avec vésicules sans vésicules
- Adénopathie

Diagnostic probable :

Traitement en cours : Non Oui si oui, préciser : nature :

Traitement antérieur : Non Oui si oui, préciser : nature :

Durée : Date d'arrêt :

Nature du prélèvement : Sang total

Sécrétions génitales

Autres :

Examen(s) demandé(s) :

Sérologie ou TROD VIH

VHB

SYPHILIS

VHC

Examen bactériologique (microscopie + culture)

TAAN

Signature

ANNEXE 3 : Les antimicrobiens des IST

	DCI	Présentation	Contre-indications
Bêta-lactamine	Benzathine Benzylpénicilline (Pénicillines)	Inj 1,2 MUI, 2,4 MUI	- allergie aux pénicillines, aux autres bêta-lactamines, au soja ou à la cacahuète
	Cefoxitine (Céphalosporines de 2ème génération)	1g pdre p sol inj	- allergie aux céphalosporines, -chez l'enfant
	Ceftriaxone (Céphalosporines de 3ème génération)	500 mg/5ml, 1g/10 ml pdre/solv p sol inj	- allergie aux céphalosporines -chez le prématuré jusqu'à l'âge corrigé de 41 SA
	Cefixime (Céphalosporines de 3ème génération)	Cp 200 mg	- allergie aux céphalosporines
cycline	Doxycycline	Cp 100 mg	Allergie aux cyclines Enfant de moins de 8 ans Grossesse (à partir du 4 ^{ème} mois) en association avec certains médicaments (consulter la notice)
Macrolide	Azithromycine	Cp 250 mg	allergie aux macrolides, insuffisance hépatique grave, -en association avec certains médicaments (consulter la notice)
	Erythromycine	Sachet 500 mg, 1000 mg	allergie aux macrolides, en association avec certains médicaments (consulter la notice)
	Josamycine	Cp 500 mg, 1 g	- allergie aux macrolides, - phénylcétonurie en association avec certains médicaments (consulter la notice)
aminoside	Gentamicine	solution inj : 40 mg, 80 mg, 160 mg	- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés dans la notice Cirrhose grades B et C classification de Child-Pugh Myasthénie Administration par voie sous-cutanée pour absence d'efficacité et survenue de nécrose au site d'injection Administration simultanée d'un autre aminoside
Quinolone	ciprofloxacine	Cp 250, 500 mg	allergie aux antibiotiques de la famille des quinolones , antécédent de tendinite lors de l'utilisation d'une quinolone, enfant jusqu'à la fin de la croissance (sauf cas exceptionnel), épilepsie , grossesse, allaitement.
	Ofloxacin	Cp 200 mg	Idem ciprofloxacine
Imidazolé	Levofloxacine	Cp 500 mg	Idem ciprofloxacine
	Moxifloxacine	Cp 400 mg	Idem ciprofloxacine
	Métronidazole	Cp 250, 500 mg	Allergie aux imidazolés
Anti-herpesviridae	Aciclovir	Cp 200, 800 mg	Allergie à l'aciclovir, Galactosémie congénitale, syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase
	Valaciclovir	Cp 500 mg	Allergie au valaciclovir

1. L'infection à *Neisseria gonorrhoeae* (ou gonorrhée)

Germe Epidémiologie		Neisseria gonorrhoeae : BGN en forme de diplocoque Gram OMS : 78 millions de nouveaux cas de gonococcies/ an dans le monde. C'est la 1ère cause des urétrites chez l'homme. Les gonococcies anorectales sont en progression.
Clinique	Incubation	2 à 7 jours
	Chez l'homme	- Urétrite antérieure aiguë avec brûlures mictionnelles « chaude pisse », écoulement verdâtre purulent et une méatite inflammatoire - Autres : prostatite aiguë, orchi-épididymite...
	Chez la femme	- Asymptomatique dans 70% - Cervicite ++, col d'aspect inflammatoire avec du pus provenant de l'orifice cervical, leucorrhées purulentes - Urétrite ± skénite - Salpingite aiguë ou subaiguë (risque d'obstruction tubaire post-inflammatoire et de stérilité secondaire)
	Commune	- Localisations extragénitales anales, oropharyngée, conjonctivale
Diagnostic	Chez l'homme : prélèvement de l'écoulement urétral ou sur le 1er jet d'urines. Ex direct + culture + TAAN	
	Chez la femme : prélèvement des sécrétions cervicales et/ou écouvillonnage cervical ou endo-urétral. Culture + TAAN	
	Chez les HSH et la femme : Intérêt d'un prélèvement pharyngé ou anal. Culture + TAAN	
Conduite pratique	TRT de 1ère intention	Ceftriaxone inj 500 mg en IM ou IVL une seule prise
	TRT de 2ème intention	Cefixime PO dose unique
	TRT de 3ème intention	Gentamicine 240 mg en dose unique en IM. si contre-indication aux β-lactamines
	TRT de 4ème intention	Ciprofloxacine PO 500 mg (uniquement si l'on dispose d'un antibiogramme montrant une sensibilité) dose unique
	TRT associé Surveillance	En l'absence de TAAN C. trachomatis, donner systématiquement ceftriaxone (inj 500 mg en IM ou IVL une seule prise) + Doxycycline (200 mg/j per os pendant 7 jours)
		- Contrôle clinique à J7 - Contrôle à J3 en cas d'échec clinique - Contrôle microbiologique à J7 en cas d'échec clinique
	Attitude préventive	- Dépistage et TRT d'autres IST associées - Le(s) partenaires sexuel(s) doivent être pris en charge de façon concomitante - Relations sexuelles protégées - Counseling

2. L'infection à *Chlamydia trachomatis* (1) urétrites et cervicites

Germe	Bactérie intracellulaire obligatoire aux génotypes D à K	
Epidémiologie	OMS(2016) : 131 millions de nouveaux cas de chlamydiaose/ ans dans le monde. C'est l'IST la plus fréquente chez la femme	
Clinique	Incubation	Difficile à préciser (quelques jours à quelques mois)
	Chez l'homme	<ul style="list-style-type: none"> - souvent asymptomatique - 50% des cas écoulement clair, modéré et intermittent - Epididymite - Prostatite
	Chez la femme	<ul style="list-style-type: none"> - Asymptomatique dans 60% - Une cervicite : leucorrhées jaunes ou blanches, parfois ressemblent à des pertes physiologiques, remplacées par des cystalgies, un syndrome urétral, une dyspareunie, un "spotting" - Complications : stérilité féminine et grossesse extra-utérine
	Commune	<ul style="list-style-type: none"> - localisations extra-génitales telles que des kérato-conjonctivites ou des arthrites, syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter - HSH : rectite, rectocolite
Diagnostic	<p>Chez l'homme : TAAN sur les urines du 1^{er} jet</p> <p>Chez la femme : TAAN sur auto-prélèvement vaginal</p>	
Conduite pratique	Infection urogénitale TRT de 1 ^{ère} intention et chez la femme enceinte	<ul style="list-style-type: none"> - Azithromycine cp : 1g en dose unique
	TRT de 2 ^{ème} intention de l'Infection urogénitale et de la rectite	<ul style="list-style-type: none"> - Doxycycline cp : 100mg x 2/j pendant 7 jours
	Surveillance	Contrôle TAAN à J30
	Attitude préventive	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage et TRT d'autres IST associées - Le(s) partenaire(s) doivent être pris en charge de façon concomitante - Relations sexuelles protégées jusqu'à 7 jours après la fin du TRT - Counseling

3.L'infection à *Mycoplasma genitalium*

Germe	Petite bactérie sans paroi	
Epidémiologie	2 ^{ème} cause d'urétrite non gonococcique	
Clinique	Incubation	Inconnue
	Chez l'homme	<ul style="list-style-type: none"> - Urétrite aiguë - Orchi-épididymite aiguë - Prostatite
	Chez la femme	<ul style="list-style-type: none"> - Cervicite - Endométrite - salpingite
Diagnostic	TAAN : indication : urétrite non gonococcique non chlamydienne non documentée ou récidivante et/ou résistante au TRT de 1 ^{ère} ligne	
Conduite pratique	TRT de 1^{ère} intention	Azithromycine 1,5 g sur 5 jours (500 mg J1, puis 250 mg/j de J2 à J5)
	TRT de 2^{ème} intention	Moxifloxacin 400 mg / jours pendant 07 à 10 jours
	Attitude préventive	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage et TRT d'autres IST associées - Le(s) partenaires sexuel(s) doivent être pris en charge de façon concomitante - Relations sexuelles protégées - Counseling

4. L'infection à *Trichomonas vaginalis*

Germe	Protozoaire flagellé	
Epidémiologie	OMS : 143 millions de nouveaux cas / an dans le monde (2016)	
Clinique	Incubation	4 jours à 1 mois
	Chez l'homme	<ul style="list-style-type: none"> - asymptomatique dans 90% des cas - urétrite discrète : suintement urétral, goutte matinale, prurit, méatite
	Chez la femme	<ul style="list-style-type: none"> - asymptomatique 15 à 20% des cas - vaginites (subaiguës dans 60 %) : leucorrhées purulentes ou spumeuses, parfois signes d'urétrites, prurit - colpite focale dans 50 % des cas - Les formes aiguës < de 10 % des cas
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Chez la femme : examen direct à l'état frais ou TAAN des leucorrhées ou d'un prélèvement cervical ou urétral - Chez l'homme : examen direct à l'état frais ou TAAN d'un prélèvement urétral ou sur le 1^{er} jet urinaire 	
Conduite pratique	TRT de 1^{ère} intention	Métronidazole ou secnidazole ou tinidazole en dose unique de 2 g, per os
	TRT de 2^{ème} intention	Métronidazole 500 mg x 2/j pendant 7 jours en cas d'échec d'une dose unique de même que le renouvellement de la cure à 15 jours.
	Chez la femme enceinte symptomatique	métronidazole ovule matin et soir pendant 14 jours, ou en cas d'échec d'une dose unique de 2 g
	Attitude préventive	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage et TRT d'autres IST associées - Le(s) partenaires sexuel(s) doivent être pris en charge de façon concomitante - Relations sexuelles protégées - Counseling

5. La syphilis

Germe	<i>Treponemapallidum</i> : bactérie spiralée (spirochète)	
Epidémiologie	OMS : 5,6 millions de nouveaux cas de syphilis (2016)	
Clinique	Incubation	en moyenne 3 semaines
	<p>L'infection peut être classée</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit selon ses manifestations (primaire, secondaire, tertiaire), - soit selon le temps écoulé depuis la contamination lorsqu'elle peut être estimée (précoce si moins d'un an, tardive si plus d'un an) - La syphilis non symptomatique (précoce ou tardive) est qualifiée de «latente» <p>La Syphilis primaire : <u>Chancre</u> : Ulcération unique, superficielle, indolore et à fond induré et propre siégeant sur les organes génitaux (peau ou muqueuse, y compris col de l'utérus), la muqueuse anale voire la muqueuse buccale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Associé à une ou plusieurs adénopathie(s), le plus souvent inguinale(s) (selon le siège du chancre), non inflammatoire(s). - le chancre et les ADP disparaissent spontanément en 3 à 5 semaines 	
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - syphilis primaire : Examen microscopique à fond noir à partir du raclage de chancre - 10 jours après le chancre : un test tréponémique automatisé (EIA, ELISA) qualitatif, confirmé en cas de positivité par un test non tréponémique (VDRL) quantitatif. 	
Conduite pratique	TRT de 1^{ère} intention	<p>Benzathine-benzyl-pénicilline parentérale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Syphilis précoce : 2,4 MUI en IM (1 injection) - Syphilis tardive : 2,4 MUI en IM : 3 injections IM à 1 semaine d'intervalle
	TRT de 2^{ème} intention	<p>En cas d'allergie à la pénicillines ou TRT anticoagulant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Syphilis précoce : doxycycline 100 mg x 2/j pendant 14 jours - Syphilis tardive : doxycycline 100 mg x 2/j pendant 28 jours - ou en cas d'allergie à la Pénicilline et de contre-indication à la doxycycline (cas de la femme enceinte) : faire une désensibilisation à la Pénicilline (voir annexe)
	Surveillance	<p>Contrôle du VDRL quantitatif à 3 mois, 6 mois, 1 an et 2 ans</p> <p>La décroissance du VDRL doit être divisée par 4 à 6 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> - Négativité à 1 an (syphilis précoce) ou 2 ans (syphilis tardive) - Si réascension VDRL : recontamination à évoquer

Syphilis et grossesse

Germe	<i>Treponemapallidum</i> : bactérie spiralée (spirochète)	
Epidémiologie	<p>OMS(2016) :</p> <p>La transmission fœtale, liée à la syphilis maternelle primaire ou secondaire, survient après 16 à 20 semaines d'aménorrhée, est maximale durant la deuxième moitié de la grossesse.</p> <p>Elle est transplacentaire et survient en l'absence de traitement dans 30 à 60%</p> <p>La syphilis a entraîné 200 000 <i>mortinaissances</i> et décès néonataux en 2016</p>	
Retentissement fœtal	- En cas de syphilis maternel non traitée : Risque de mort fœtal (anasarque), d'avortement et d'accouchement prématuré	
Syphilis congénitale	<ul style="list-style-type: none"> - L'infection congénitale est latente à la naissance dans 60% des cas - La syphilis congénitale précoce (la 1^{ère} année de vie) : signes cutanéomuqueux, osseux et viscéraux - La syphilis tardive : au-delà de 5 ans 	
Diagnostic	<p>Chez la femme enceinte : voir plus haut</p> <p>Chez le nouveau-né :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clinique (y compris la recherche d'une méningite lymphocytaire) - Bactériologique dans le cas de lésions cutanées, compris l'examen du placenta - Sérologique : surveillance de la disparition des Ac transmis à partir de l'âge de 6 mois ; mise en évidence d'IgM spécifiques 	
Conduite pratique	TRT et surveillance	voir plus haut
	Attitude préventive	<ul style="list-style-type: none"> - Chez la femme enceinte : dépistage sérologique obligatoire lors : <ul style="list-style-type: none"> ✓ de la déclaration de grossesse ✓ en cas de signes cliniques évocateurs chez la mère ou le fœtus ✓ recommandé à la 28^{ème} semaine d'aménorrhée ou lors de l'accouchement s'il existe des facteurs de risque d'acquisition de la syphilis - Dépistage et TRT d'autres IST associées, - Counseling - Le(s) partenaires sexuel(s) doivent être pris en charge de façon concomitante

8. Le chancre mou

Germe	<i>Haemophilus ducreyi</i> :Bacille Gram négatif exigeant	
Epidémiologie	Fréquent dans certaines régions tropicales. En Algérie : épidémie de chancre mou durant les années 90.	
Clinique	Incubation	3 à 7 jours
	<p>La lésion génitale : fourreau de la verge et scrotum chez l'homme, vulve chez la femme. il s'agit d'abord d'une papule qui se transforme en une ulcération d'un diamètre > 1 cm, non indurée, profonde, sale, purulente, et douloureuse.</p> <p>La lésion cutanée est souvent multiples.</p> <p>Dans 50 % des cas un bubon inguinal apparaît 8 à 10 jours après le début du chancre : adénopathies satellites, souvent unilatérales, très inflammatoires, évoluant spontanément vers une fistulisation à la peau qui se fait classiquement en un seul pertuis.</p> <p>Dans 10 % des cas, le chancre mou est mixte associant <i>Haemophilus ducreyi</i> et <i>Treponema pallidum</i> ou <i>Herpes simplex</i>.</p>	
Diagnostic	examen direct et culture d'un prélèvement de l'ulcération ou TAAN .	
Conduite pratique	TRT de 1^{ère} intention	- Azithromycine : 1g per os en une seule prise
	TRT de 2^{ème} intention	- Ceftriaxone 250 mg en IM en une seule injection
	TRT de 3^{ème} intention	- Ciprofloxacine : 500 mg x 2 /j per os pendant 3 jours
	TRT de 4^{ème} intention	- Erythromycine : 2 g / jours pendant 7 jours
	TRT associé Traitement du bubon	aspirer, à l'aiguille, le contenu d'un bubon fluctuant, de façon itérative, jusqu'à affaissement de celui-ci, chez un malade mis au repos.
	Surveillance	- Contrôle clinique de l'ulcération génitale à J3 puis J7
	Attitude préventive	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage et TRT d'autres IST associées - Le(s) partenaires sexuel(s) doivent être pris en charge de façon concomitante s'il a un contact sexuel avec le patient ayant un chancre mou dans les 10 jours précédant l'apparition des symptômes. - Counseling

9. La donovanose ou granulome inguinal

Germe	<i>Klebsiellagranulomatis</i> (ex : <i>Calymmatobacteriumgranulomatis</i>)	
Epidémiologie	Fréquent dans les régions tropicales En Algérie : rares cas au Sud Plus fréquente chez l'homme que chez la femme	
Clinique	Incubation	50 jours
	<p>Une ou plusieurs lésions apparaissent, au point d'inoculation, sur la marge anale. La lésion primaire : un nodule indolore qui va s'ulcérer. L'ulcération à fond rouge (beefy red), d'aspect granuleux, saignant facilement au contact, non douloureuse, à base souple, non indurée, va s'étendre pouvant aller jusqu'à l'amputation sexuelle.</p> <p>La lésion peut prendre un aspect hypertrophique, végétant, surélevée en plateau ou en « margelle de puits », le bord apparaissant éversé.</p> <p>Il n'y a pas d'adénopathie locale</p> <p>Les lésions siègent dans la région périnéale et sur les organes génitaux.</p>	
Diagnostic	<p>Frottis , biopsie</p> <p>Mise en évidence dans les macrophages–monocytes, après coloration au May-Grünwald- Giemsa, sur un fragment de lésion prélevé à la pince après anesthésie locale ou sur un frottis obtenu par grattage appuyé, de corps de Donovan (corps intracytoplasmiques, arrondis, ovoïdes, constitués de bacilles à Gram négatif).</p> <p>Des techniques de TAAN</p>	
Conduite pratique	TRT de 1^{ère} intention	- Azithromycine 1 g/ semaine jusqu'à guérison
	TRT de 2^{ème} intention	- Erythromycine : 1 g X 2 / jour per os pendant 21 jours
	TRT de 3^{ème} intention	- Ofloxacine : 200 mg x 2 /jour per os pendant 21 jours
	TRT de 4^{ème} intention	- Ciprofloxacine : 500 mg x 2 / jour per os pendant 21 jours
	Attitude préventive	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage et TRT d'autres IST associées - Le(s) partenaires sexuel(s) doivent être pris en charge de façon concomitante (toute personne ayant eu un contact sexuel avec le patient source dans les 40 jours avant l'apparition des lésions cliniques doit être examiné et éventuellement traité) - Counseling

10. Infection par les *Papillomavirus humains* (HPV)

Germe	<p><i>Papillomavirus humains</i> (HPV)</p> <p>Plus de 200 types de PVH, dont au moins 14 sont cancérogènes (également désignés comme virus à haut risque).</p> <p>Deux types de PVH (16 et 18) provoquent 70% des cancers et des lésions précancéreuses du col de l'utérus.</p>	
Epidémiologie	<p>OMS : À tout moment, plus de 290 millions de femmes ont une infection à PVH, l'une des IST les plus courantes. L'infection à VPH est responsable chaque année de 570 000 cas de cancer du col de l'utérus entraînant 311 000 décès.</p> <p>Un cancer du col met 15 à 20 ans à se développer chez des femmes versus 5 à 10 ans seulement chez des femmes immunodéprimées</p>	
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Asymptomatique la plupart du temps. - Condylomes (proliférations bénignes cutanées ou muqueuses), préjudice essentiellement esthétique - Les proliférations malignes (carcinomes du col ou anal) devraient être diagnostiquées au stade infraclinique sur un frottis cervical (ou examen proctologique). 	
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - La recherche d'HPV est superflue devant des condylomes, qui sont toujours dus aux HPV. - Le dépistage systématique et régulier de lésions muqueuses précancéreuses (liées à l'HPV) par le frottis cervical est indispensable, - le dépistage de lésions de la muqueuse anorectale doit également être régulièrement réalisé chez les HSH. 	
Conduite pratique	TRT de 1^{ère} intention	<ul style="list-style-type: none"> - Le traitement des condylomes repose, selon leur taille et leur localisation, sur l'utilisation du laser, de traitements locaux (en particulier l'imiquimod et la podophyllotoxine) ou la chirurgie. - Si le frottis cervical systématique montre une lésion pré-néoplasique ou néoplasique, une coloscopie sera réalisée afin de guider des biopsies, en particulier en cas de néoplasie intraépithéliale de haut grade. Un traitement adapté (laser ou conisation) sera réalisé selon les résultats de la biopsie.
	Attitude préventive	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage et TRT d'autres IST associées - Le(s) partenaire(s) sexuel(s) doivent être pris en charge de façon concomitante. - Les vaccins contre le PVH 16 et le PVH 18 sont recommandés par l'OMS - Counseling - Promotion du préservatif

11. La gale (chancre scabieux)

Germe	<i>Sarcoptes scabiei hominis</i>	
Clinique	Incubation	5 jours à 1 mois
	<ul style="list-style-type: none"> - Prurit : très évocateur en cas de notion de contact à recrudescence nocturne. Localisations caractéristiques : espaces interdigitaux, poignets, face antérieure des avant-bras, plis des coudes, aisselles, seins, région ombilicale, verge, et face interne des cuisses. Le dos et le visage sont épargnés. - Lésions typiques: Sillons épidermiques dans les zones de prurit Vésicules perlées Nodules scabieux : organes génitaux Le chancre scabieux(lésions de grattage dans les zones touchées) peut simuler un chancre syphilitique 	
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> - Visualisation du parasite au dermatoscope. - Diagnostic parasitologique direct par grattage des lésions cutanées (scotch test cutané) 	
	TRT local	<ul style="list-style-type: none"> - Benzoate de benzyle : Un badigeon sur tout le corps (sauf le visage) appliqué et laissé pendant 24 heures, à renouveler 24H plus tard (Contre-indiqué chez le nourrisson)
	TRT associé	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le linge et la literie : lavage à 60 °C en machine, ou bien enfermer le linge dans un sac plastique pendant au moins 72 heures à température ambiante
	Attitude préventive	<ul style="list-style-type: none"> - Eviction des collectivités jusqu'à 3 jours après le début du TRT - Dépistage et TRT d'autres IST associées - Le(s) partenaires sexuel(s) doivent être pris en charge de façon concomitante - Counseling

12.Phtiriose pubienne

Germe	Ectoparasitose : <i>Phtiruspubis</i> (morpion)	
clinique	<p>Lésions de grattage du pubis, de l'hypogastre, éventuellement surinfectées (adénopathies inguinales).</p> <p>Visualisation (loupe) des lentes grisâtres de petite taille et de poux immobiles à la base des poils</p>	
Diagnostic	Morphologique à la loupe	
Conduite pratique	TRT de 1^{ère} intention	<p>Une seule pulvérisation de pyrèthrinoïde de synthèse suivie 30 minutes après d'un savonnage. L'utilisation de shampoing est aussi possible.</p> <p>Il faut refaire un 2ème traitement 7 à 10 jours plus tard</p>
	Attitude préventive	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage et TRT d'autres IST associées - Le(s) partenaires sexuel(s) doivent être pris en charge de façon concomitante - Counseling

13. Les infections génitales hautes (IGH) non compliquées dues aux agents d'IST

Germe	<ul style="list-style-type: none"> - les principaux agents d'IST : Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae et Mycoplasma genitalium - Bactéries du microbiote vaginal surtout les anaérobies - les microorganismes des infections liées aux soins sont exclus du guide
Epidémiologie	les facteurs d'IST chez les femmes sexuellement actives : âge ≤ 25 ans, antécédent d'IST, nombre de partenaire ≥ 2 dans l'année, changement de partenaire récent, partenaire ayant une IST.
clinique	Une douleur annexielle provoquée ou une douleur à la mobilisation utérine Les signes associés (fièvre, leucorrhées, métrorragies) un examen clinique pelvien est recommandé
Diagnostic	<p>-Rechercher des signes d'IGH compliquée : faire pratiquer une numération formulesanguine et un dosage de la CRP, échographie pelvienne</p> <p>-Prélèvements non chirurgicaux avec pose de spéculum :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Prélèvement endocervical : <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 écouvillon avec étalement sur lame pour examen direct ✓ 1 écouvillon pour culture standard (aérobie, CO2 et anaérobies) ✓ 1 écouvillon pour TAAN (alginate) <p>La sérologie C. trachomatis n'a pas d'intérêt</p>
Conduite pratique	<p>TRT de 1^{ère} intention En externe</p> <p>Ceftriaxone 1 g 1 fois IM + doxycycline 100 mg x 2/j + métronidazole 500 mg x 2/j per os pendant 10 jours</p>
	<p>TRT de 2^{ème} intention En externe</p> <p>Ofloxacin 200 mg x 2/j ou Lévoﬂoxacin 500 mg x 1/j + Métronidazole 500 mg x 2/j pendant 10 j per os ± ceftriaxone 1 g 1 fois IM si facteurs de risque d'IST</p>
	<p>TRT de 1ère intention en hospitalisation</p> <p>Ceftriaxone 1 g fois en IV + doxycycline 100 mg x 2/j IV ou per os + métronidazole 500 mg x 2/j IV ou per os, puis relais par doxycycline 100 mg x 2/j + métronidazole 500 mg x 2/j per os jusqu'à 10 j</p>
	<p>TRT de 2ème intention en hospitalisation</p> <p>Céfoxitine 2 g x 4/j IV + Doxycycline 100 mg x 2/j IV ou per os, puis Doxycycline 100 mg x 2/j + Métronidazole 500 mg x 2/j per os jusqu'à 10 j au total</p>
	<p>Suivi</p> <p>Réévaluation du traitement à j3–j5</p> <ul style="list-style-type: none"> - vérifier l'évolution clinique et éventuellement biologique (syndrome inflammatoire dont le contrôle est fait selon le besoin clinique) ;
	<ul style="list-style-type: none"> - vérifier la tolérance et l'observance du traitement ; - vérifier les résultats microbiologiques et adapter si besoin le traitement <p>en cas de bilan microbiologique négatif, poursuivre le traitement comme prescrit initialement ; en cas d'évolution clinique défavorable, il sera adapté aux résultats microbiologiques.</p> <p>Un examen microbiologique par TAAN (CT, NG, ± MG) sur prélèvement vaginal 3 à 6 mois après le traitement d'une IGH associée aux IST est recommandé pour éliminer une infection persistante ou une réinfection</p>
Attitude préventive	<ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation des préservatifs est recommandée dans les suites d'une IGH afin de réduire le risque de récurrences et de séquelles tant que persistent les facteurs de risque d'IST - Le(s) partenaires sexuel(s) doivent être pris en charge de façon concomitante - counseling

ANNEXE 5 : Choix du test pour les IST - Fiche synoptique

		Gonorrhée	syphilis	HIV	Hépatite B	Hépatite C
	Prélèvement	Prélèvement urétral, urine et/ou gorge ou anus	Sang et/ou chancre	sang	sang	sang
Population cible	Femme enceinte	●	●	●	●	
	Adolescent	●	●	●	●	●
	Hétérosexuelle	●	●	●	●	
	Population mobile	●	●	●	●	●
	PS	●	●	●	●	●
	HSH	●	●	●	●	●
	Utilisateurs de drogues injectables	●	●	●	●	●

(Source : guide de prise en charge des IST, centre fédéral d'expertise de soins de santé belge)

Légende couleur

- Test à réaliser dans toutes les situations à risque
- Test à réaliser seulement lorsque le patient n'est pas immunisé
- Test à ajouter en présence de facteurs particuliers (partenaires à haut risque, régions endémiques)

Remarque :

Si test positif (HIV, hépatite B ou C), quel que soit le patient : référer vers les services de référence pour suivi et traitement.

Tout cas de syphilis chez une femme enceinte doit être référé pour suivi et traitement

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. A. C. Gerbase and C. Zemouri :Global Epidemiology of Sexually Transmitted Infections in the Twenty-First Century: Beyond the Numbers. A. Cristaudo, M. Giuliani (eds.), Sexually Transmitted Infections, Springer Nature Switzerland AG 2020.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-02200-6_1
2. Burrel S., Boutolleau D. Virus herpès simplex. EMC, Maladies infectieuses 2014, 11(1): 1-19 [Article 8-05é.A10]
3. C. Vernay-Vaïsse , N. Spenatto , C. Derancourt ,F.-J. Timsit , S. Fouéré , A.-L. Pinault , et la section MST de la SFD : Dépistage des MST/IST. Annales de dermatologie et de vénéréologie (2016) 143, 703—709.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.09.002>
4. Centers disease control. Sexually transmitted diseases surveillance 2016-2017
5. Conférence mondiale sur les IST et le VIH .Vancouver 2019 : www.vih.org
6. De Barbeyrac B, Peuchant O, Bébéar C. Chlamydia. Précis de Bactériologie clinique, 3eédition. Editions ESKA 2019, n° 103, pp. 1549-1565
7. De Barbeyrac B., Juguet F., Bebear C. Maladie de Nicolas et Favre. EMC (Elsevier MassonSAS, Paris), Maladies infectieuses, 8-076-A-10, 2009.

8. de Lavaissière M., Nougé J. Lymphogranulomatose vénérienne: nouveau sérovariant L2bet ancien « signe de la poulie». Bull. Soc. Pathol. Exot., 2013, 106, 153-155.
9. Guide d'intervention :Infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire. Edition 2014. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 2014
10. Guide de prise en charge thérapeutique des IST, DGPPS/Ministère de la Santé, Mai 2006.
11. Guide national de prise en charge thérapeutique de l'infection VIH, DGPPS/Ministère de la Santé, 2022.
12. Guide national de prise en charge thérapeutique des hépatites virales,(DGSS/Ministère de la Santé, 2022.
13. Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (OMS - 2005).
14. HAS • Prise en charge thérapeutique, curative et préventive des infections sexuellement transmissibles (IST) • février 2022
15. J. Ryden :Sexually Transmitted Infections. S. A. Tilstra et al. (eds.), Sex- and Gender-Based Women's Health, https://doi.org/10.1007/978-3-030-50695-7_13. Springer Nature Switzerland AG 2020
16. Janier M., Caumes E. Syphilis. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Maladies infectieuses,8-039-A-10,2011.
17. Kimberly A. Workowski :Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Clinical Infectious Diseases 2015;61(S8):S759–62. DOI: 10.1093/cid/civ771
18. Microbiological Diagnostics Assessment Service. HIV: diagnostic kit reports. Available from: www.hpa-midas.org.uk/reports/reports_hiv.asp; 2008 (accessed 7 Jan 2010).

19. Mise à jour des recommandations pour la pratique clinique sur les infections génitales hautes. Collège national des gynécologues et obstétriciens français (2018). disponible sur le lien : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018_Infections_genitales-VF.pdf&i=24509
20. O. Peuchant et al. / Diagnostic Microbiology and Infectious Disease 82 (2015) 14–19.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2015.01.014>
21. Pereyre S, Bébéar C, Bébéar C. Mycoplasmes. In Bactériologie clinique Edition Eska 2019, n°102, pp. 1535-1545
22. Peychant O., Cazanave C., de Barbeyrac B. Infections humaines à Chlamydiae. EMC Maladies infectieuses 2012;9(4):1-19 [Article 8-037-A-10].
23. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles : section MST/sida de la société française de dermatologie. Février 2016
24. Rémic. Référentiel en microbiologie médicale. 5ème édition 2015
25. S. Alexander, J. Tosswill, C.A Ison : Laboratory diagnosis of STIs. Presentations And Principles Of Management, Medicine 38:5 : p 242-244
26. Schuchat A. HPV « coverage ». N Engl J Med, 2015; 372 : 775-776.
27. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les IST : 2016-2021, OMS -2016.
28. Vaccins contre les Papillomavirus humains : note de synthèse de l'OMS -2014.
29. WHO guidelines of the Chlamydia trachomatis -2016.
30. WHO guidelines of the Neisseria gonorrhoeae - 2016.

Comité de rédaction

Pr Malek NAIM	: microbiologiste
Pr Nassima BELABAS	: infectiologue
Pr ZahraSADI	: gynécologue
Dr Mehdi AZOUAOU	: dermatologue
Pr Amel DAMMENE DEBBIH	: gynécologue
Dr Hakim SID MOHAND	: épidémiologiste
Dr Samia HAMMADI	: épidémiologiste

Comité de lecture

Pr Dakia MOHAMMEDI	: microbiologiste, Institut Pasteur d'Algérie
Pr Mohamed Cherif LAMDAOUI	: épidémiologiste, CHU de Constantine
Dr Mohamed ZEROUAL	: Infectiologue, EHS El Hadi Flici
Dr Meriem HAMMADI	: Médecin Généraliste, Agence Nationale du Sang

Liste de participants

Pr Nassima BELABAS	: infectiologue
Pr Amel DAMMENE DEBBIH	: gynécologue
Dr Hakim SID MOHAND	: Chef de programme IST/VIH/Sida/DGPPS/MS
Dr Samia HAMMADI	: Directrice de la prévention maladies transmissibles/MS
Dr Houria KHELIFI	: OMS
Mr Adel ZEDDAM	: ONUSIDA
Dr Amel KHELIL	: Dermatologue
Dr Amel ZERTAL	: Infectiologue
Dr Hadjira ANNOU	: Médecin Généraliste
Dr Mehdi AZOUAOU	: Dermatologue
Dr Mohamed YOUSFI	: Infectiologue
Dr Omar Farouk ZAOUI	: Infectiologue
Dr Fatma Zohra ZMIT	: Infectiologue
Pr Hachmi OULD ROUIS	: Microbiologiste
Pr Malika AFIRI	: Infectiologue
Pr Nassima ACHOUR	: Infectiologue
Pr Zahra SADI	: Gynécologue
Pr Achour AMRANE	: Infectiologue
Pr Hayet BOUCHAIB	: Infectiologue
Pr Mekki AIDAOUJ	: Infectiologue
Pr Abdelmadjid LACHEHEB	: Infectiologue
Mme Fatima OUKTI	: Représentante de la PCH

