

Prise en charge des Infections Sexuellement Transmises (IST) dans les pays à ressources limitées

**Prof. Vincent Palokinam PITCHE
CHU Sylvanus Olympio
Université de Lomé, Togo**

Objectifs Pédagogiques

1. Citer les modes de transmission et les facteurs favorisant la propagation des IST
2. Enumérer les complications des IST
3. Décrire la démarche diagnostique au cours de la prise en charge d'un patient souffrant d'une IST
4. Effectuer la prise en charge syndromique des principales IST

Plan

I. Introduction

II. Généralités

III. Prise en charge syndromique et
démarche diagnostique

IV. Diagnostic et traitement des principaux
syndromes IST

V. Bibliographie

I. Introduction (1)

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont des affections transmises lors d'un contact sexuel avec une personne déjà contaminée. Ce contact sexuel se produit soit entre personnes de sexe différent (relation hétérosexuelle) soit entre personnes de même sexe (relation homosexuelle).

I. Introduction (2)

Les IST constituent un véritable problème de santé publique à cause de leur prévalence et de leur morbidité. En effet la plupart de ces infections entraînent des complications redoutables (stérilités, infertilités) parfois mortelles (infection par le VIH, syphilis, HPV)

II. Généralités

Epidémiologie (1)

Selon l'OMS (*données 2016*)

- Chaque jour, plus d'un million de personnes contractent une infection sexuellement transmissible (IST).
- On estime que, chaque année, 357 millions de personnes contractent l'une des quatre IST suivantes : chlamydie, gonorrhée, syphilis ou trichomonase.
- Plus de 500 millions de personnes sont atteintes du virus responsable de l'herpès génital (HSV2).
- Plus de 290 millions de femmes souffrent d'une infection à papillomavirus humain (HPV).

Epidémiologie (2):

- Les infections comme l'herpès génital (HSV de type 2) et la syphilis augmentent le risque de contracter le VIH.
- Plus de 900 000 femmes enceintes ont été infectées par la syphilis ,ce qui a provoqué des complications dans 350 000 cas pouvant aller jusqu'à des mortinaissances
- Human papilloma virus (HPV): 500 000 cas de cancer du col de l'utérus/an avec 240 000 de décès dans les pays pauvres

Modes de transmission des IST

- Transmission sexuelle
- Transmission sanguine
- Mère – enfant

Facteurs de risque et de propagation (1)

Facteurs démographiques

- Jeune: 15-35 ans (moitié de la population en Afrique)
- Vulnérabilité sociale et biologique des filles
- Age bas au 1^{er} rapport sexuel (rapport précoce)

Comportements sexuels à risque

- Nombre élevé de partenaires sexuels
- Pratiques sexuelles à risque (rapports sans préservatifs avec des partenaires occasionnels)
- Consommation d'alcool et de drogues

Facteurs de risque et de propagation (2)

- **Socio-économiques**
 - Pauvreté: prostitution; promiscuité
 - Guerre et déplacements des populations

- **Socio-culturels**
 - Mariage précoce
 - Pratiques: lévirat, sororat..

Complications des IST chez la femme

- Syndrome inflammatoire pelvien (SIP)
- Grossesse extra-utérinaire
- Infertilité (gonococcie et chlamydiase)
- Atteintes du fœtus (Syphilis) et du nouveau-né
- Cancer du col (Papilloma virus humain)

Complications des IST chez l'homme

- Sténoses urétrales
- Orchiépididymite
- Prostatite
- Infertilité, stérilité

Relations entre les IST classiques et le VIH

- Mêmes voies de transmission
- IST augmentent le risque de transmission du VIH (*pour les IST ulcérantes comme l'herpès, la syphilis et le chancre mou, ce risque est multiplié par un facteur de 3 à 6*)
- Modifications de manifestations cliniques et de la réponse thérapeutique de certaines IST par le VIH (syphilis et herpès)
- Moyens de préventions communs

III. Prise en charge syndromique: le rationnel et la démarche diagnostique

Prise en charge syndromique: contexte

Pourquoi la prise en charge syndromique est nécessaire dans les pays à ressources limitées ?

- **Étroitesse des plateaux techniques existants et leur répartition géographique limitée**
- **Rareté du personnel de soins de qualité existant (on estime que seulement 20% des pays à ressources limitées ont suffisamment du personnel de santé formé à la prise en charge de qualité des IST; le chiffre optimal: 60-80%).**
- **Contexte de morbidité élevée des IST et du VIH/SIDA**
- **Problème d'accessibilité géographique et financière de la majorité de la population aux centres de soins**

Prise en charge syndromique: contexte

L'avantage de cette prise est d'être moins onéreuse pour les malades, et d'être plus rentable sur le plan santé publique.

- En effet la prise en charge syndromique des IST a permis d'avoir une meilleure connaissance de ces affections par les agents de santé non spécialistes (médecins généralistes, infirmiers et sages femmes).
- Cette prise en charge fortement recommandée par l'OMS, a permis une décentralisation des traitements des IST dans tous les pays africains tout en garantissant la qualité des soins (**protocoles thérapeutiques normalisés à partir d'études scientifiques; évaluation régulière de ces protocoles dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le SIDA et les IST**)¹⁷

La prise en charge syndromique des IST comporte plusieurs étapes :

- L'accueil, l'interrogatoire et l'examen physique
- Le diagnostic précoce et le traitement des principales IST selon les recommandations en vigueur.
- La prise en charge des partenaires
- La promotion des moyens de prévention contre les IST et le VIH

Cette démarche doit être rigoureuse afin d'assurer une prise en charge de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Démarche diagnostique : examen clinique d'un patient IST

- 1. Accueil et l'interrogatoire
- 2. Examen physique

1. Accueil et interrogatoire

- Il constitue la première étape, le premier contact avec le(la) patient(e).
- Il permet d'établir un climat de confiance entre le personnel soignant et le(la) patient(e) et d'entreprendre l'interrogatoire dans la sérénité.

1. Accueil et interrogatoire:

- Il est important de comprendre dès le début, que l'examen d'une personne souffrant des IST est particulier
- En effet, les symptômes se situent dans la région génitale, ce qui entraîne chez les patients une certaine gêne.

1. Accueil et interrogatoire:

- Il est possible que le(la) patient(e) cache cette information essentielle, ou qu'il(elle) éprouve de la difficulté à répondre avec précision
- Pour interroger les patients avec efficacité, il faut rapidement gagner leur confiance (dès le premier contact) si on veut réussir à recueillir des renseignements précieux dans le court temps de l'examen clinique en pratique

1. Accueil et interrogatoire:

Certaines attitudes et certains gestes sont utiles pour gagner la confiance des patients(tes) :

- souhaiter la bienvenue quand ils(elles) arrivent dans les salles d'accueil et de consultation;
- les regarder quand vous leur posez des questions ;
- utiliser un langage simple et compréhensible
- souligner le caractère confidentiel de la consultation

1. Accueil et interrogatoire:

L'interrogatoire doit être détendu, mais rigoureux et doit comporter les étapes suivantes :

- **Questions générales** : âge, situation matrimoniale, profession de la personne qui consulte et de son/sa/ses partenaires, nombre d'enfants, notion de voyage ou d'éloignement du foyer conjugal.
- **Motifs de consultation** : identifier les symptômes ou les plaintes qui ont motivé la consultation et leur durée

1. Accueil et interrogatoire:

Recherche des facteurs de risque :

- histoire sexuelle personnelle (nombre de partenaires dans l'année),
- type de partenaires sexuels,
- nouveaux partenaires dans les trois derniers mois,
- partenaire souffrant ou ayant souffert d'une IST,
- usage ou non des préservatifs ;

1. Accueil et interrogatoire:

Recherche des facteurs de risque (suite)

- comportements sexuels du (ou de la) partenaire infecté(e) par une IST; nombre de ses partenaires ;
- consommation d'alcool et utilisation de drogues par le patient et/ou son/sa/ses partenaire (s).

1. Accueil et interrogatoire:

Antécédents médicaux :

- existence d'une IST antérieure,
- notion de traitement antérieur
- notion d'allergie à certains médicaments.

2. Examen physique: chez l'homme

Examen du pénis :

- rechercher la présence d'ulcérations (plaies) ;
- rechercher la présence d'écoulement urétral. S'il n'y a pas d'écoulement évident, presser l'urètre pour vérifier l'absence ou la présence d'écoulement ;
- rechercher la présence d'une tumeur (végétations ou condylomes).

Si le patient n'est pas circoncis, il faut dérouler le prépuce et examiner le gland, le sillon prépurcial et le méat urétral.

2. Examen physique: chez l'homme

Examen du scrotum

palper le scrotum pour essayer de déceler d'éventuelles anomalies des testicules, de l'épididyme et du cordon spermatique.

Examen de l'anus

Rechercher des plaies, des condylomes, un écoulement.

Examen de la cavité buccale

Rechercher les plaies, une candidose buccale ou une tumeur.

2. Examen physique: chez l'homme

Examen des aires ganglionnaires:

- Rechercher des adénopathies inguinales (bubon inguinal)
- ou des adénopathies généralisées (SIDA).

Examen de la peau:

- rechercher des éruptions et des ulcérations ;
- examiner la paume des mains et la plante des pieds.

2. Examen physique: chez la femme

Examen du vagin et du col de l'utérus :

- Il se fait au spéculum.
- Il faut introduire le spéculum délicatement dans le vagin et rechercher la présence de pertes, de lésions ou d'excroissances au niveau du vagin et du col ;

2. Examen physique: chez la femme

Examen bi-manuel (toucher vaginal avec palpation abdominale) :

Avec précaution et délicatesse, il faut palper les parois vaginales, le col de l'utérus, ainsi que les régions voisines pour rechercher des douleurs de la sphère génitale haute pouvant évoquer une maladie inflammatoire pelvienne.

2. Examen physique: chez la femme

Examen bi-manuel (toucher vaginal avec palpation abdominale) :

On peut mettre en évidence l'écoulement urétral en raclant la partie supérieure du vagin d'arrière en avant par le doigt intra-vaginal et en faisant une pression du pelvis avec la main abdominale ;

2. Examen physique: chez la femme

l'examen de la partie basse de l'abdomen :

Il doit être systématique à la recherche d'une douleur, d'une résistance (défense) ou d'une masse à la palpation de l'abdomen ;

l'examen du périnée et de la vulve :

Il faut regarder le périnée et la vulve à la recherche d'un écoulement (pertes blanches), d'ulcérations, de tumeurs (condylomes) ;

2. Examen physique: chez la femme

l'examen de la partie basse de l'abdomen :

Il doit être systématique à la recherche d'une douleur, d'une résistance (défense) ou d'une masse à la palpation de l'abdomen ;

l'examen du périnée et de la vulve :

Il faut regarder le périnée et la vulve à la recherche d'un écoulement (pertes blanches), d'ulcérations, de tumeurs (condylomes) ;

A la fin de cette démarche diagnostique on peut classer en fonction des symptômes et signes observés les principaux syndromiques IST (classification OMS)

- Ecoulement urétral chez l'homme
- Ecoulement vaginal
- Douleurs abdominales basses
- Tuméfaction du scrotum
- Ulcérations génitales
- Bubon inguinal
- Conjonctivite du nouveau né
- Condylomes et végétations vénériennes

IV. Diagnostic et traitement des principaux syndromes IST

1. L'écoulement urétral (1)

- L'écoulement urétral est un liquide anormal par son aspect, son odeur et son abondance.

Caractéristiques cliniques

- L'aspect de l'écoulement urétral est variable. L'abondance va de l'écoulement franc aux petites taches sur le linge, voire seulement une croûte sur le méat urétral observé le matin lors de la première miction ou à la pression de l'urètre.
- L'écoulement peut être : purulent (blanchâtre, ou jaune verdâtre) ou séreux (transparent) ; abondant ou peu abondant ;
- Signes associés: brûlures mictionnelles et/ou picotements du méat urétral.

1.L'écoulement urétral (2)

Causes fréquentes :

- *Neisseria gonorrhoeae* (Gonococcie)
- *Chlamydia trachomatis* (Chlamydiose)
- *Mycoplasma genitalium* (Infections à Mycoplasmes)
- Cause moins fréquente :
- *Trichomonas vaginalis* (Trichomonase)



Écoulement urétral (*collection service de dermatologie CHU Lomé*)

1. L'écoulement urétral (3)

Traitement

Les patients présentant un écoulement urétral doivent être traités en même temps, dès la première consultation pour: la gonococcie, la chlamydie.

- Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique
- Ceftriaxone 500 mg en IM unique
- *Proposer le test VIH*
- *Proposer la prise en charge du (la) partenaire sexuel (e)*
- *Sensibilisation et promotion du port du préservatif*
- *Rendez-vous à J 7 pour le contrôle après traitement*

1. L'écoulement urétral (4)

Traitement

En cas de persistance des symptômes, malgré une bonne observance, les patients doivent être traités pour la Trichomonase.

- *Métronidazole : 2g per os en dose unique*
- *Proposer la prise en charge du (la) partenaire (e)*
- *Sensibiliser sur les moyens de préventions des IST et VIH*

2. Écoulement Vaginal (1)

- Chez la femme, il y a habituellement un écoulement vaginal « normal » ou pertes physiologiques.
- L'écoulement devient anormal par son odeur, son abondance et son aspect.

2. Écoulement Vaginal (2)

Caractéristiques cliniques

- Les pertes vaginales pathologiques peuvent s'accompagner d'irritations vulvaires, de démangeaison, de douleurs à la miction, de douleurs pelviennes ou de dyspareunie (douleur lors des rapports sexuels).
- Elles peuvent être une vaginite (infections limitées au vagin) ou une cervicite (infection du col de l'utérus) ou d'une cervico-vaginite (infection du vagin et du col de l'utérus).



Écoulement vaginal
(*vaginite*)



Écoulement vaginal avec
(*cervicite*)

2. Ecoulement Vaginal (3)

Causes

Les germes en cause au cours d'un écoulement vaginal sont :

- *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*. Ces germes provoquent une vaginite.
- *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*. Ces germes provoquent une cervicite.

2. Écoulement Vaginal (4)

Evaluation des facteurs de risque

Devant un écoulement vaginal, il faut systématiquement évaluer les facteurs de risque :

- *Notion d'un partenaire infecté par une IST (présence d'un écoulement urétral ou d'une ulcération génitale au cours du dernier mois),*
- *Age inférieur à 21 ans,*
- *Notion d'au moins 2 partenaires sexuels,*
- *Notion d'un nouveau partenaire sexuel au cours des trois derniers mois,*
- *Célibataire.*

2. Ecoulement Vaginal (5)

L'évaluation du risque est positive lorsqu'il existe au moins deux des facteurs ci-dessus listés ou lorsque le partenaire a des symptômes d'urétrite :

- *Si l'évaluation du risque est positive, la femme est traitée prioritairement pour une cervicite*
- *Si l'évaluation du risque est négative, la femme n'est traitée que pour une vaginite.*

2. Ecoulement Vaginal (6)

Traitement

Devant une cervicite, il est recommandé de traiter au moins le gonocoque et le chlamydia.

- *Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique*
- *Ceftriaxone 500 mg en IM unique*
- *Proposer le test VIH*
- *Proposer la prise en charge du partenaire sexuel*
- *Promotion des moyens de préventions*
- *Rendez-vous pour le contrôle après traitement*

2. Ecoulement Vaginal (7)

Traitement

Devant une vaginite il faut traiter les infections à Trichomonas, Gardnerella et Candida.

Métronidazole : 2g per os en dose unique

Fluconazole : 150mg per os en dose unique

3. Douleurs abdominales basses (1)

- Les douleurs abdominales basses ou douleurs pelviennes peuvent être causées par une infection des organes génitaux pelviens de la femme. Elles sont encore appelées Maladie Inflammatoire Pelvienne (MIP) ; ou Syndrome Inflammatoire Pelvien (SIP).
- Le SIP est le plus souvent la complication d'une cervicite, par infection ascendante à *N. gonorrhoeae* ou à *C. trachomatis*, parfois associée à des germes anaérobies.

3. Douleurs abdominales basses (2)

Devant une douleur abdominale basse, il faut rechercher des signes évoquant une urgence abdominale chirurgicale telle que :

1. Saignement vaginal, absence ou retard des règles (Grossesse extra-utérine) ;
2. Histoire d'avortement ou d'accouchement récent au cours des six dernières semaines

3. Douleurs abdominales basses (3)

3. Défense ou contracture de la paroi abdominale ;

4. Signes d'hémorragie interne : pâleur, pouls filant, tension artérielle abaissée ;

5. Signes d'appendicite (douleur aigue et défense de la fosse iliaque droite).

La présence d'un de ces signes nécessite une référence d'urgence.

3. Douleurs abdominales basses (4)

Causes

Les douleurs abdominales basses peuvent être dues :

- à des germes IST : gonocoque, chlamydia, mycoplasme
- à des germes banals (anaérobies)
- aux affections médico-chirurgicales.

3. Douleurs abdominales basses (5)

Traitement

Au cours des douleurs abdominales basses, dès que l'urgence chirurgicale a été éliminée, il faut traiter simultanément le gonocoque, le chlamydia et les germes banals (anaérobies).

- *Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique*
- *Ceftriaxone 500 mg en IM unique*
- *Métronidazole 2g en prise unique pers os le soir*

4. Tuméfaction du scrotum (1)

La tuméfaction du scrotum est une augmentation du volume de la bourse et/ou des testicules avec ou sans douleur.

Caractéristiques

Il peut s'agir :

- d'une augmentation peu ou pas douloureuse des bourses ;
- d'une douleur uni ou bilatérale des testicules à la palpation

4. Tuméfaction du scrotum (2)

Causes

- *Neisseria gonorrhoeae* (gonococcie)
- *Chlamydia trachomatis* (chlamydiose)

Devant toute douleur testiculaire de survenue brutale avec ou sans notion de traumatisme, il faut penser à une urgence chirurgicale et référer le patient dans un service de chirurgie.

4. Tuméfaction du scrotum (3)

Traitement

Les patients présentant une tuméfaction du scrotum doivent être traités simultanément pour la gonococcie et la chlamydie

- *Azithromycine 1g, par voie orale en prise unique*
- *Ceftriaxone 500 mg en IM unique*
- *Proposer le traitement du (ou la) partenaire*
- *Faire la promotion des moyens de préventions*
- *Proposer le test VIH*
- *Rendez-vous pour contrôle après 14 jours*

5. Les ulcérations génitales (1)

C'est une perte de substance (plaie) non traumatique localisée au niveau de la peau ou des muqueuses des organes génitaux.

Caractéristiques cliniques

- ulcération unique, indolore, propre (***syphilis***) ;
- ulcérations souvent multiples, creusantes, sales et très douloureuses (***Chancres mou***) ;
- ulcérations très superficielles, groupées, peu douloureuses, récidivantes (***Herpès génital***) ;
- ulcération de petite taille, peu douloureuse rarement visible (***la lymphogranulomatose vénérienne***).

5. Les ulcérations génitales (2)

Causes

Les causes les plus fréquentes des ulcérations génitales sont les suivantes :

- *Treponema pallidum* (Syphilis)
- *Haemophilus ducreyi* (Chancres mou)
- *Chlamydia trachomatis*
(Lymphogranulomatose vénérienne).
- Herpes Simplex Virus 1 et 2 (Herpès génital)



Herpès



Chancre mou



Chancre syphilitique



Herpès génital : ulcération chronique sur terrain VIH
(*service de dermatologie, CHU, Lomé*)

5. Les ulcérations génitales (3)

Traitement

Les patients souffrant d'ulcérations génitales doivent être traités en même temps pour la syphilis et le chancre mou.

- Benzathine pénicilline 2,4 millions en IM unique (*en cas de contre-indication à la Benzathine pénicilline : Erythromycine 1 g 2 fois par jour par voie orale pendant 14 jours*)
- *Azithromycine 1g en prise unique par voie orale*
- *Proposer la prise en charge du (la) partenaire*
- *Proposer le test VIH*
- *Promotion de moyens de préventions*
- *Rendez-vous à J7 pour contrôle*

5. Les ulcérations génitales (4)

Traitement

En cas de vésicules ou d'ulcérations récidivantes, il faut traiter l'herpès génital

- *Aciclovir 200mg x 5/j pendant 5 jours*

Ou Valaciclovir : 500mg x 2/j pendant 5 jours

- *Proposer le test VIH*
- *Promotion des moyens de préventions*
- *Rendez-vous à J7 pour contrôle*

6. Le bubon inguinal (1)

Le bubon inguinal est une tuméfaction douloureuse ou non, souvent fluctuante des ganglions inguinaux.

Caractéristiques cliniques

L'examen clinique met en évidence une ou plusieurs adénopathies douloureuses, uni ou bilatérales, associées ou non à une ulcération.

6. Le bubon inguinal (2)

Causes

- *Chlamydia trachomatis* (Lymphogranulomatose vénérienne).
- *Haemophilus ducreyi* (Chancre mou)

Traitement

Les patients présentant un bubon sans ulcération génitale doivent être traités simultanément pour : la lymphogranulomatose vénérienne et le chancre mou.

- *Doxycycline 200 mg par voie orale en prise unique par jour au cours des repas pendant 21j*
- *Azithromycine 1g en prise unique par voie orale*
- *Proposer le traitement du (la) partenaire*
- *Proposer le test VIH*
- *Faire la promotion des moyens de préventions.*
- *Rendez-vous pour contrôle à J7*

6. Le bubon inguinal (2)

Traitement

- Les patients présentant un bubon avec ulcération génital = traitement d'ulcération génitale classique (chancre mou et syphilis).
- *Benzathine pénicilline G 2,4 millions en IM unique + Azithromycine 1g en prise unique par voie orale*
- *Proposer la prise en charge du (la) partenaire*
- *Proposer le test VIH*
- *Promotion de moyens de préventions*
- *Rendez-vous à J7*



Bubon inguinal avec ulcération génitale
(*images service de dermatologie, CHU Lomé*)



Bubon inguinal sans ulcération génitale (*images du service de Dermatologie, CHU Lomé*)

7. Conjonctivite du nouveau-né (1)

- La conjonctivite du nouveau-né est une sécrétion purulente des yeux.
- C'est une infection du premier mois de vie contractée lors du passage dans la filière génitale infectée de la mère. Non ou mal traitée, cette infection peut entraîner la perte de la vue chez l'enfant (cécité)

7. Conjonctivite du nouveau-né (2)

Caractéristiques cliniques

Il s'agit :

- d'une sécrétion purulente d'un œil ou des deux yeux associée ou non à une rougeur et/ou une tuméfaction des paupières ;
- d'une simple rougeur persistante des yeux



Conjonctivite purulente du nouveau né
(*service de dermatologie CHU Lomé*)

7. Conjunctivite du nouveau-né (2)

Causes

Les germes responsables sont :
le gonocoque et le chlamydia

Traitement

Devant une conjunctivite du nouveau-né, il faut traiter simultanément la gonococcie et la chlamydie

- *Ceftriaxone 50 mg/kg en IM unique sans dépasser 125mg /J*
- *Erythromycine sirop 50 mg/kg/j en 4 prises pendant 14 j*

7. Conjonctivite du nouveau-né (3)

Causes

Les germes responsables sont :
le gonocoque et le chlamydia

Traitement

Traiter aussi la mère du NN pour gonococcie et chlamydiose

- *Ceftriaxone 250 mg en IM unique*
- *Erythromycine 1gx2/j pendant 14 j au cours des repas ou Azithromycine 2g en prise unique*

8. Les condylomes ou végétations vénériennes (1)

Les condylomes ou végétations vénériennes (crêtes de coq) sont une IST tumorale d'origine virale, contagieuse et auto-inoculable.

Caractéristiques cliniques

Les végétations vénériennes se présentent comme des excroissances souvent indolores à surfaces irrégulières, pédiculées ou non, de taille variable.

8. Les condylomes ou végétations vénériennes (2)

Les lésions siègent :

- *Chez l'homme sur* : le pénis ; le scrotum ; le pubis ; les plis inguinaux ; le méat urétral ; la marge anale.
- *Chez la femme sur* : la vulve ; les lèvres ; le pubis ; les plis inguinaux ; la marge anale

8. Les condylomes ou végétations vénériennes (3)

Causes

L'agent pathogène est le *Papilloma virus humain (HPV)*. Il en existe plusieurs types.

- La majorité de ces virus sont responsables des condylomes ano-génitaux bénins.
- D'autres types de virus sont responsables des cancers du col de l'utérus et peuvent entraîner un cancer de la vulve et du pénis.

Collection du service de dermatologie, CHU Lomé



Condylomes
du pénis

Condylomes de
la vulve



8. Les condylomes ou végétations vénériennes (4)

Traitement

Le traitement des condylomes du col de l'utérus et du vagin doit se faire dans un service spécialisé ou tout autre service doté de personnels formés et de moyens de traitements appropriés (**donc le personnel dans les centres de soins périphériques doivent systématiquement référer ces patientes**)

8. Les condylomes ou végétations vénériennes (5)

Traitement

Le traitement des condylomes des organes génitaux externes se fait selon les cas par l'azote liquide (cryothérapie), par l'électrocautérisation (méthode chirurgicale).

Le traitement doit être fait par un personnel formé ou spécialiste

V. Bibliographie

- Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale de lutte contre les Infections sexuellement transmissibles, 2016. www.who.int
- Programme National de lutte contre le SIDA et les IST du Togo. Guide national de prise en charge syndromique des IST, édition 2017
- CDC. Sexually transmitted diseases. Treatment guidelines 2015. MMWR 2015.
- Société Française de dermatologie. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles. Février 2016