

TRAITEMENT DES MST MADAGASCAR

- 1- **Syphilis** : à savoir : les tréponèmes sont tous résistants aux macrolides et en particulier à l'azithromycine à Madagascar
 - a. Idéalement :
 - i. précoce (moins d'un an : primaire, secondaire et latente précoce avec sérologie antérieure de moins d'un an négative)
Extencilline 2,4 M UI Dose Unique (DU)
 - ii. tardive (plus d'un an ou indatable)
Extencilline 2,4 M UI X 3
 - b. Alternativement (précoce ou tardive – cyclines pas utilisables chez femme enceinte et enfant – si tertiaire, neuro ou néo natale : hospitalisation pour peni IV):
 - i. Doxycycline 100 mg X 2 /j/2 semaines
 - ii. Tetracycline 500 mg X 4 /j/2 semaines
 - iii. Ceftriaxone 1 g X 1 /j/2 semaines SC, IM ou IV
 - iv. Biclinocilline (n'existe plus en France mais à Mada ?) 1 M UI /j/ 2 semaines IM
- 2- **Chancre mou** : à savoir, en 2000 causait 33% des ulcérations génitales à Tana, pas de stats plus récentes
 - a. Idéalement : azithromycine 1g DU
 - b. Alternativement :
 - i. Erythromycine 500 mg X 3 /j/1 semaine
 - ii. Ciprofloxacine 500 mg X 2/j/3j
 - iii. Ceftriaxone 250 mg IM DU
- 3- **Gonococcie** : à savoir, a priori les NG locaux ont les mêmes profils de résistance que les nôtres (augmentation des CMI vis-à-vis des céphalosporines, 1/3 de résistances aux fluoroquinolones)
 - a. Idéalement : Ceftriaxone 500 mg SC, IM ou IV DU + Azithromycine 2g DU Per Os ou Doxy 100 mg X 2/j/1 semaine (nouvelles recommandations européennes / américaines pour limiter la pression de sélection des souches Cephalo-R)
 - b. Alternativement :
 - i. Cefixime 200 mg X 2 DU + azithro ou doxy comme pour la ceftriaxone
 - ii. Spectinomycine 2g IM (attention, peu actif sur pharynx)
 - iii. Ciprofloxacine 750 mg X 2 /j/1 semaine (attention résistances, revoir les patients)
 - iv. Azithromycine 1 g DU (attention résistances, revoir les patients)
 - v. Doxycycline 100 mg X 2 /j/1 semaine (attention résistances, revoir les patients)

4- Chlamydirose :

- a. Idéalement : Azithromycine 1 g DU ou Doxycycline 100 mg X2/j/1 semaine
- b. Alternativement : attention, dans tous ces protocoles, contrôler autant que possible 1 semaine plus tard
 - i. Hors femme enceinte :
 1. Levofloxacin 500 mg X 1/j/1 semaine
 2. Ofloxacin 300 mg X 2/j/1 semaine
 3. Erythromycine base 500 mg X 4 /j/7j
 4. Erythromycine ethylsuccinate 800 mg X 4 /j/1 semaine
 - ii. Femme enceinte :
 1. Amoxicilline 500 mg X 3/j/7 j (étonnant mais vrai)
 2. Erythromycine base 500 mg X 4 /j/7j
 3. Erythromycine ethylsuccinate 800 mg X 4 /j/1 semaine

5- Ulcération génitale :

- a. Tt présumptif idéal :
Extencilline + Valaciclovir 1 g/j/5j + Zithromax 1 g DU (chancre mou)
- b. Tt présumptifs alternatifs : à savoir, le valaciclovir est souvent efficace en 3 jours, l'aciclovir (1000 mg/j en 5 prises) aussi
 - i. Doxycycline 100 mg X 2/j/2 semaines + Valaciclovir 1 g/j/5j + Zithromax 1 g DU
 - ii. Ceftriaxone 1 g/j IM/2 semaines (syphilis & chancre mou) + Valaciclovir
...cf tts alternatifs de syphilis et chancre mou pour combinaisons plus inhabituelles

6- Urérite / Cervicite :

- a. Purulents : traiter gono, chlamydia et, à Madagascar, Trichomonas vaginalis, donc,
 - i. tt présumptif idéal :
Ceftriaxone 500 mg IM + Azithromycine 2 g DU + Metronidazole ou Tinidazole (Fasigyne) 2 g DU
 - ii. tts alternatifs : cf tts alternatifs du gono et des chlamydiae ci-dessus et les combiner. Alternativement, si mal toléré digestivement à 2g DU, le Flagyl peut être donné à 500 mg X 2/j/1 semaine
- b. Non purulents : traiter comme U. à Chlamydia + U. à Trichomonas (moins purulente chez l'homme que chez la femme)