

MINISTRE DE L'EDUCATION  
NATIONALE

\*\*\*\*\*

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



U.S.T.T.B

FACULTE DE MEDECINE ET ODONTOSTOMATOLOGIE

Année Universitaire : 2018-2019

N°...../



**THEME :**

**ETUDE DES INFECTIONS  
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES  
PRESUMÉES BACTÉRIENNES AU  
SERVICE D'UROLOGIE DU CHU-GT**

**Thèse**

Présentée et soutenue publiquement le 21/02./2019

Devant la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie

Par :

**Mme. Soumba KANOUTE**

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**

**(DIPLOME D'ETAT)**

***Jury:***

**PRESIDENT : Pr Soukalo DAO**

**MEMBRE : Dr Moumine Zié DIARRA**

**CO-DIRECTEUR : Dr Mamadou Tidiani COULIBALY**

**DIRECTEUR : Pr Zanafon OUATTARA**

# DEDICACES

**Je dédie ce travail :**

**Au tout puissant**

Ya Allahou, Ya Majid, Ya Wadoudou.

Gloire à toi, le clément, le miséricordieux, l'omniscient, l'omnipotent, celui qui par sa providence gouverne les cieux et la terre .Le mérite de ce travail vous revient pour nous avoir laissé la vie jusqu'à ce jour. Puisse votre lumière guider nos pas.

**Au prophète Mohamed**

Que la paix et la bénédiction de Dieu soient sur vous.

Nous témoignons notre respect et notre gratitude.

**A mon pays le Mali,**

Chère patrie, que la paix et la prospérité puissent te recouvrir.

Profond respect.

**A mon père Ibrahim Kanouté**

Ce travail est sans doute le fruit de l'éducation que tu m'as donnée et les immenses sacrifices consentis en vue de mon épanouissement moral ; en effet tu es un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu nous a appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice. Merci pour ton soutien indéfectible du début jusqu'à la fin de mes études, que Dieu te donne une longue vie dans la santé pour qu'on savoure ensemble le fruit de ce travail.

**A ma mère Ramata Doumbia**

Femme de rigueur, d'amour, de bonne éducation et surtout de travail bien fait. Chère mère , les mots me manquent pour te qualifier. Tu as toujours lutté pour un meilleur épanouissement de tes enfants. Que Dieu le tout puissant te garde auprès de nous pendant longtemps.

### **A mon mari Mohamed Sidibé**

Merci de ton amour, de ton respect, de ta confiance, de ta patience et de ta fidélité. Tu as été un soutien considérable pendant l'élaboration de cette thèse. Merci de ta présence autant dans les moments faciles que difficiles, puisse le tout puissant bénir notre famille dans la joie, la santé, la richesse et la longévité.

### **A mes grands parents**

Tous nos attachements aux défunts ; salut et paix pour le repos de vos âmes.

Aux autres veuillez trouver ici, l'expression de mon profond respect.

### **A mes frères : Youssouf, Mahamadou, Makan, et Drissa Kanouté**

Les mots me manquent pour exprimer à suffisance ma reconnaissance. En aucun moment, vos soutiens ont fait défaut. J'ai appris avec vous le goût de la vie en groupe. Ce travail est le vôtre.

### **A ma sœur Hawa Kanouté**

Ce travail est le tien, il est le fruit des liens sacrés qui nous unissent. Tu as forgé en moi la patience, l'endurance, le respect du prochain. Merci pour ton assistance, tes soutiens moraux, matériels et financiers. Mon amour pour la médecine, vient de toi. Que le tout puissant te donne longévité, santé et bonheur dans ton foyer.

### **A mon fils Ahamad Dit Noumouké Sidibé**

« JAZA KA- LLAHU KHAÏRA »

### **Mes cousins et cousines**

Les liens familiaux sont sacrés ; restons unis et solidaires pour que notre famille demeure.

### **A mes tantes, tontons et oncles.**

Je n'ai pas manqué de votre amour et de votre respect. Soyez remercié. Ce travail vous est dédié.

### **A ma belle-mère Feu Doussou Sidibé**

Vous que la mort a malheureusement emporté pour nous laisser les cœurs remplis de chagrins. J'aurais tellement souhaité te voir à mes côtés en ce jour solennel, mais le bon Dieu en a décidé autrement. Puisse Dieu vous accueillir dans son paradis ! Amen !

### **A toute la famille Sidibé**

L'unité, la fraternité, l'entente et la solidarité sont les piliers d'une famille prospère. Restons unis et indivisibles.

J'espère que ce travail sera pour vous, tout le témoignage de nos attachements fraternels.

# REMERCIEMENTS

## ***REMERCIEMENTS***

J'adresse mes remerciements à tous **les maîtres de la FMOS** pour les enseignements de qualité qui nous ont été prodigués.

Merci à tout le personnel du service d'Urologie du CHU Gabriel Touré. En partant des manœuvres aux Patrons :

### **A mon cher maître et encadreur : Professeur Zanafon OUATTARA**

Louange au tout puissant de m'avoir donné la chance d'être formée par une personne exceptionnelle comme vous.

Cher maître, merci pour la formation de qualité ; vous avez été humaniste sans être complaisant, rigoureux sans être méchant.

Percevez à travers ces quelques lignes, l'expression de ma profonde affection et mon éternelle gratitude.

Puisse le maître éternel vous prêter longue vie, vous apporter davantage de bonheur, être votre guide et illuminateur ; qu'il vous bénisse ainsi que votre famille ; et que je ne sois point ingrate envers vous ! Amin !

Merci pour le soutien, la joie, le bonheur et le sourire au quotidien ; votre compréhension, votre sensibilité, votre largesse d'esprit et vos capacités d'écoute ne m'ont jamais laissée indifférente.

### **Au docteur Mamadou T. COULIBALY**

Votre soutien et vos conseils ont été très précieux pour nous dans la réalisation de ce document. Votre sens de l'humour et attachement aux valeurs scientifiques font de vous un maître auprès de qui il est agréable d'apprendre. Recevez en ces lignes l'expression de toute ma gratitude.

**Au Major** N'golo Berthé et Personnel du service : Je vous remercie pour l'estime, l'attention et l'amour que vous m'avez témoignés. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

**A tous les DES d'Urologie** : Merci pour l'encadrement et les conseils de tous les jours.

**A mes aînés du service** Dr Sékou Coulibaly, Dr Lahassana dit Tiémoko Coulibaly, Dr Souleymane F.Keita, Dr Adama Diabaté ,Dr Pornon Diamoutènè, Dr Emile K Sylla, Dr Hamadoun Tolo, Dr Issiaka Goro ,Dr Bakary Diarra, Dr Seydou Bengaly, Dr Almadi Ag Altini, Dr Christian Dabou ,Dr Lasseny Traoré ,Dr Ladjé Koné, Dr Mahamadou Traoré. Merci pour l'encadrement et les conseils d'ainé. Recevez ici toute ma profonde reconnaissance et tout mon respect.

**A mes collègues du Service d'Urologie** : Issouf Lamissa Ouattara, Adama Coulibaly, Doumégué Amidou Ouattara, Salim Sissoko, Niagamé Camara, Kouméli Diallo, Karim Togola, Solomane Bengaly, Modibo Bagayoko, Oumar Diallo ,Irène Mariam Coulibaly .

Pour l'estime, l'amour et la considération que vous m'avez témoignés ; que cette thèse soit pour vous l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon attachement. Le souvenir des moments passés avec vous, restera pour toujours gravé dans ma mémoire. Que Dieu vous prête succès et longue vie. Merci pour tout.

**A mes frères, sœurs et amis** : Bintou Coulibaly , Mariam Arama, Kadiatou Coulibaly, Aichatou Traoré, Dr Mohamed Emile Dembélé, Souleymane SK Traoré, Ivette Aline Coulibaly, Seydou Dembélé ,Dr Ousmane Almoustapha Dicko ,Dr Kalidou Koné ,Dr Seydou Goro ,Dr Djenebou Mariko, Amma Téssougué ,Boncana Touré ,Dr Oumou Coulibaly ,Adjaratou Traoré ....



Veillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre amitié indéfectible, votre tolérance et vos encouragements dans l'amour et la cohésion.

Merci pour votre amitié fraternelle ; vous avez toujours été là dans les moments de joie et de peine pour m'écouter, m'assister et m'aider sans calcul.

**A l'Association des Etudiants Ressortissant de Kayes - AERK**

Une famille où entente et solidarité sont les comportements de ses membres; j'aimerais vous exhorter à plus de cohésion et d'union pour que la flamme de la fraternité ne s'éteigne jamais.

Merci pour tout et que Dieu veille sur la famille.

**A toute la 9ème promotion du numerus clausus «Pr ALWATTA»**

**A mon oncle Moussa Mariko**

**A l'école privée Youchaou Traoré et au lycée El Hadj Karim Traoré**

A tous ceux qui ont l'immense responsabilité et la lourde tâche de soulager les populations et de diminuer leurs souffrances

A tous ceux et toutes celles qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail et que j'ai involontairement omis, qu'Allah vous accorde longévité et bonheur.

HOMMAGE  
AUX  
MEMBRES DU JURY

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,**

**Professeur Soukalo DAO**

- Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales
- Ancien chef de Département d'études et de Recherche (DER) de médecine et spécialités médicales de la FMOS
- Responsable de l'enseignement des pathologies infectieuses et tropicales à la FMOS
- Chercheur au centre universitaire de recherche clinique (UCRC)
- Président de la Société Malienne de pathologie Infectieuse et Tropicale (SOMAPIT)
- Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI)
- Membre de la Société de Pathologie Infectieuse de langue Française (SPILF)
- chef de service de service de Maladie Infectieuses du CHU du Point G

*Cher maître,*

*Permettez-nous de vous adresser nos remerciements pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Nous avons été séduits par la qualité de votre enseignement durant nos années d'études.*

*Votre disponibilité et votre rigueur scientifique ont largement contribué à améliorer la qualité de ce travail. Trouvez ici cher maître l'expression de notre profond respect.*

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY,**

**Dr Moumine Zié DIARRA**

- Chirurgien Urologue,
- Endo-Urologue,
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,
- Membre honoraire du Réseau des Etudiants en Médecine de l’Afrique de l’Ouest

**Cher maitre,**

Vous nous faites honneur en acceptant de siéger dans ce jury. Votre simplicité, votre humilité et votre disponibilité font de vous une personnalité respectable

Qu’il nous soit permis de vous exprimer ici notre profonde admiration.

**A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE,**

**Dr Mamadou Tidiane COULIBALY**

- *Chirurgien urologue,*
- *Maitre Assistant à la FMOS*
- *Praticien Hospitalier au CHU Gabriel TOURE*

***Cher Maître,***

*Vous avez consenti beaucoup de sacrifices pour nous assurer un encadrement de qualité pendant notre séjour à vos côtés. Nous avons été séduite par la clarté de votre enseignement durant notre formation.*

*Votre simplicité, votre abord facile font que vous êtes admiré de tous. Trouvez ici cher Maître le témoignage de notre profond respect.*

*Puisse le Seigneur vous combler de grâce.*

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### ***Professeur Zanafon OUATTARA***

- *Chirurgien Urologue, Andrologue au CHU Gabriel TOURE,*
- *Maître de conférences d’Urologie à la FMOS,*
- *Chef du Service d’Urologie du CHU Gabriel TOURE.*
- *Président de la Commission Médicale d’Etablissement au CHU Gabriel Toure.*
- Cher maître,
- c’est un grand privilège pour nous d’être parmi vos élèves. Votre rigueur scientifique, votre compétence, et la qualité de votre enseignement, font de vous un maître de référence.
- Vous avez cultivé en nous l’esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.
- Merci cher maître pour nous avoir acceptée dans votre service

## **ABREVIATIONS :**

B inguinal : Bubon Inguinal

CDAG : Centre de dépistage Anonyme et gratuit

CNAM : Centre National d'appui à la lutte contre la maladie

CSCOM : Centre de santé communautaire

DEU : Dysurie et/ ou écoulement urétral.

EDS : Enquête démographique pour la santé

EV/DAB : Ecoulement Vaginal et/ ou douleur abdominale Basse.

INRSP : Institut National de Recherche en santé publique.

IST : Infection Sexuellement Transmissible.

MST : Maladie Sexuellement transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

RENAGO: Réseau de surveillance de biologiste ou de cliniciens pour les Infections à Gonocoque.

RV : Rendez-vous

SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

T. Scrotale : Tuméfaction scrotale

TME : Transmission mère enfant

U. Génitale : Ulcération Génitale.

LGV : Lymphogranulome Vénérien

# SOMMAIRE



I-INTRODUCTION .....	1
II- BJECTIFS.....	5
III GENERALITES.....	7
1. Définition.....	7
2. Epidémiologie.....	7
3. Etiologie et pathogénie.....	7
4. Diagnostic.....	9
5. Traitement.....	24
IV-METHODOLOGIE.....	30
V-RESULTATS.....	36
VI-COMMENTAIRE – DISCUSSION.....	47
VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	55
VIII-REFERENCES BIBLOGRAPHIQUES.....	58
IX-ANNEXES.....	63

# **I-INTRODUCTION**

## I-INTRODUCTION

Les maladies infectieuses, en particulier, les Infections sexuellement transmissibles, ne sont pas un vestige du siècle précédent. Elles sont, tout au contraire, une réalité permanente en pleine évolution. On estime à 350 millions, le nombre de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles observés dans le monde chaque année [1]. Les IST (Infections Sexuellement Transmissibles) représentent un problème majeur de santé publique dans le monde. La plupart de ces infections peuvent être diagnostiquées et traitées facilement. Ce n'est qu'en l'absence d'une prise en charge correcte et précoce qu'elles peuvent entraîner des complications (stérilité, mortalité maternelle et du nouveau-né) et des séquelles avec le risque d'être transmises à son ou ses partenaires [2]. Autrefois, on appelait ces maladies des maladies vénériennes, le nom provenant de Vénus, déesse de l'amour. Puis, jusque dans les années 1990, l'appellation MST (pour « maladie sexuellement transmissible ») est devenue d'usage courant. Depuis 1999, le terme MST est peu à peu remplacé par celui d'IST [3], car le terme « infection » plutôt que « maladie » prend mieux en compte le fait que certaines infections sont asymptomatiques. Le terme IST prend également en compte que ces infections sont aussi transmises par contacts sanguins, comme dans le cas de l'hépatite B, de l'hépatite C et du SIDA [3]. Toutes les pratiques sexuelles qui comportent un contact avec une autre personne (sans protection), ou les fluides génitaux avec un contact direct avec le sang d'une autre personne, sont considérées comme comportant un risque de transmission d'une IST. Chaque IST présente un risque et un degré de gravité différents. Les IST comprennent au moins 30 agents pathogènes bactériens, viraux et parasitaires qui sont transmis par voie sexuelle. Si beaucoup sont curables (le chlamydiae, la gonorrhée, la syphilis, l'herpès génital, le condylome, le chancre mou l'hépatite B, l'hépatite C, la gale, la cystite...), les

IST incurables, comme l'Herpès virus 2 et le SIDA, ajoutent à la lourde charge de morbidité et de mortalité pour les femmes, les hommes et les enfants. En outre, la présence d'une infection sexuellement transmissible non traitée qui cause une inflammation ou une ulcération augmente le risque de transmission du VIH [4-7].

Elles peuvent avoir comme impact :

Une diminution de :

- la santé physique
- la santé psychologique
- la santé maternelle, infantile et du nouveau-né [3]
- la capacité de travailler (en ralentissant du coup le développement socioéconomique du pays.) : [8]

Une augmentation de :

- la mortalité
- la morbidité
- l'infertilité
- du nombre d'orphelins

Les IST persistent dans les pays pauvres très endettés à cause de :

- la grande fréquence des IST asymptomatiques
- le refus de se faire soigner
- la difficulté à avertir le ou les partenaires
- l'ignorance
- la faible accessibilité aux services et aux soins de santé
- le traitement prescrit de qualité médiocre d'où la résistance élevée [9]
- le coût élevé du traitement habituel

Ces faits nous imposent l'application de la prise en charge syndromique.

L'approche syndromique des IST a l'avantage d'être :

- applicable par plusieurs niveaux professionnels,
- le traitement plus rapide et accessible
- des soins complets proposés aux patients dès la première visite [10]

# **II-OBJECTIFS**

## **II- OBJECTIFS :**

### **Objectif général.**

-Etudier les infections sexuellement transmissibles en consultation au service d'urologie du CHU Gabriel TOURE du 1<sup>er</sup> février 2017 au 31 mai 2018.

### **Objectifs Spécifiques :**

1-Déterminer la fréquence des IST

2- Décrire les aspects cliniques des IST

3-Décrire les résultats du traitement selon l'approche syndromique des IST

# **III-GENERALITES**



## **III- GENERALITES**

### **1. Définition**

Une IST est une maladie infectieuse qui, comme son nom l'indique, se transmet entre partenaires au cours des différentes formes de rapports sexuels.

### **2. Épidémiologie**

Les infections sexuellement transmissibles demeurent un problème majeur de santé publique dans les pays développés, mais surtout dans les pays en développement, où l'accès aux centres de diagnostic et de traitement est difficile, très limité ou inexistant. Dans de nombreux pays en développement à travers le monde, les IST font partie des dix premiers problèmes de santé pour lesquels les patients adultes réclament des soins. [11]

Ces maladies doivent être prises au sérieux pour trois raisons : leur ampleur, leurs potentielles complications graves et leur lien avec le VIH/sida. Selon un rapport de l'OMS, en 2013, environ 500 millions de nouveaux cas des cinq IST curables les plus courantes ont été diagnostiqués dans le monde chez des hommes et des femmes de 15 à 49 ans. À l'échelle internationale, 930 000 personnes par jour, en moyenne, contractent une IST curable.

Parmi ces IST, on trouve la gonorrhée, l'infection à chlamydia, la syphilis et la trichomonas. Sur ces 500 millions de cas d'IST, 151 millions se trouvent en Asie du Sud et en Asie du Sud-est, 69 millions en Afrique sub-saharienne et 38 millions en Amérique latine et dans les pays caribéens. [12]

### **3.Étiologie et pathogénèse**

#### **3.1. Étiologie**

Les agents pathogènes des IST comprennent :

##### **a. les bactéries**

*Neisseria gonorrhoeae* (responsable de la gonorrhée)

*Chlamydia trachomatis* (infection à chlamydia)

*Treponema pallidum* (syphilis)

*Haemophilus ducreyi* (chancre mou)

*Calymmatobacterium granulomatis* (granulome inguinal ou donovanose)

*Gardnerella vaginalis*

Mycoplasmes (*urealiticum*)

b. les virus

Herpès simplex de type 1 et 2

Papillomavirus humain (verrues génitales)

Hépatite B

Cytomégalovirus

VIH

c. autres

*Trichomonas vaginalis* est un autre agent pathogène important se transmettant par voie sexuelle. Il est responsable de la vaginite et facilite la transmission du VIH.

*Candida albicans* peut se transmettre par voie sexuelle. Il provoque des infections fongiques courantes responsables de vulvo-vaginites chez la femme et d'inflammations du gland et du prépuce chez l'homme.

La gale vénérienne, responsable de démangeaisons, est causée par un acarien *sarcoptes scabiei*, qui se transmet fréquemment par proche contact avec un individu infecté.

La pédiculose pubienne, responsable de démangeaisons, est causée par des poux du pubis (*phthirus pubis*) et se transmet par voie sexuelle.

Les infections bactériennes telles que la trichomonase, la gale et la pédiculose pubienne sont curables. Néanmoins, une nouvelle exposition après un traitement peut entraîner une rechute. Les infections virales sont incurables, mais certaines d'entre elles peuvent être contrôlées. [13]

### 3.2. Pathogénèse

Un seul contact sexuel avec un individu infecté suffit à contracter une IST. Une fois que l'agent étiologique s'est introduit dans le corps du patient, il se multiplie au site d'entrée et, dans certains cas, se propage localement ou systémiquement par le biais des vaisseaux sanguins et lymphatiques. La croissance et la multiplication d'un agent étiologique dans le corps est appelée infection. La réaction inflammatoire que celle-ci déclenche en son siège révèle les caractéristiques propres à l'infection en question : écoulement urétral purulent et dysurie en cas d'infections à gonocoque et à chlamydia, vésicules et ulcères douloureux en cas d'herpès, chancre en cas de syphilis, abcès des ganglions lymphatiques inguinaux en cas de LGV, etc. Si certaines infections peuvent être asymptomatiques, les patients concernés n'en restent pas moins contagieux. De la même manière, les ectoparasites tels que *phthirus pubis* peuvent se transmettre lors d'un rapport sexuel avec une personne infectée. Ils se logent et se multiplient sur la peau du patient, se nourrissant de son sang et causant des irritations et des démangeaisons. [14-15]

## 4. Diagnostic

Le diagnostic des IST s'appuie sur les méthodes suivantes :

### 4.1. L'approche syndromique

Caractéristiques de l'approche syndromique (prise en charge syndromique des cas):

- Classer les principaux agents responsables selon le syndrome clinique qu'ils engendrent ;
- Traiter le patient pour toutes les causes majeures du syndrome ;

- S'assurer que les partenaires/patients sont traités, conseillés, éduqués en matière d'adhésion au traitement et de réduction des risques.

#### 4.2. Le diagnostic clinique

Utiliser l'examen clinique pour identifier les signes et les symptômes caractéristiques d'une IST spécifique.

#### 4.3. Le diagnostic étiologique

- Utiliser les tests en laboratoire tels que la microscopie, les cultures et les tests sérologiques pour identifier l'agent étiologique.

Le diagnostic étiologique est souvent considéré comme l'approche idéale en médecine. Il permet au prestataire de santé de réaliser un diagnostic précis et de fournir un traitement approprié au patient. Il présente néanmoins des difficultés majeures :

-L'identification des agents responsables d'une IST, au nombre de vingt voire plus, nécessite l'emploi d'un personnel qualifié et parfois d'un équipement de laboratoire sophistiqué, qui font défaut à la plupart des institutions sanitaires de notre pays.

-Un grand nombre de patients atteints d'une IST cherchent de l'aide auprès des établissements de soins de santé primaires, qui ne disposent ni des compétences nécessaires, ni du diagnostic étiologique.

-Le diagnostic étiologique est également coûteux et chronophage.

Au regard des faits précités, il est préférable de s'appuyer sur une approche syndromique fondée sur des caractéristiques cliniques. [16]

#### 4.4. Caractéristiques cliniques

L'approche syndromique se fonde en grande partie sur les antécédents du patient. En cas de suspicion d'IST, l'examen clinique vient en complément de l'anamnèse

du patient. Les syndromes suivants sont fréquents chez les patients souffrant d'une IST :

Écoulement urétral, brûlures à la miction chez l'homme ;

Écoulement vaginal chez la femme (l'écoulement vaginal est anormal lorsque la femme remarque un changement de couleur, de quantité ou d'odeur) ; douleur abdominale basse chez la femme (intensité et type de douleur, déclenchement, qualité de la douleur, rayonnement vers d'autres parties du corps et présence d'un écoulement vaginal ou d'autres symptômes systémiques tels que la fièvre, les nausées et les vomissements)

- Gonflement du scrotum ;
- Bubon inguinal (douleur, ulcération, écoulement et gonflement) ;
- Ulcère génital chez l'homme et la femme ;
- Conjonctivite néonatale (avec écoulement purulent). [17]

a-Écoulement urétral : Les brûlures à la miction et l'écoulement urétral sont des symptômes courants de l'urétrite. *Neisseria gonorrhoeae* et *chlamydia trachomatis* sont les causes les plus fréquentes d'écoulement urétral et de dysurie. Plus rarement, l'urétrite peut être provoquée par *mycoplasma genitalium*, *trichomonas vaginalis* et *ureaplasma urealyticum*.

Généralement, l'urétrite causée par *N. gonorrhoeae* se caractérise par un début aigu et un écoulement abondant et purulent, alors que celle provoquée par *C. trachomatis* se distingue par un début subaigu et un écoulement limité et mucopurulent. Cependant, cela n'est pas toujours le cas et des infections mixtes par les deux agents pathogènes peuvent parfois se produire.



Figure 1: Urérite à *C. trachomatis*

[Image ONG Soutoura]



Crânial  
↑  
→ Gche

Figure 2: Urérite à *N. gonorrhoeae*

[Image ONG Soutoura]

b- Écoulement vaginal : Les agents pathogènes suivants sont des causes fréquentes d'écoulement vaginal :

*Neisseria gonorrhoeae*

*Chlamydia trachomatis*

*Trichomonas vaginalis*

*Gardnerella vaginalis* et autres bactéries anaérobies

*Candida albicans* de nombreuses femmes sont concernées par un écoulement vaginal peu abondant, clair et inodore (leucorrhée physiologique). Ce phénomène est normal. Cependant, il devient anormal lorsqu'un changement est constaté dans la quantité, la couleur et l'odeur de l'écoulement.



**Figure 3 : Ecoulement vaginal** [Image ONG Soutoura]

c-Ulcère génital : La syphilis primaire, l'herpès génital, le chancre mou, le lymphogranulome vénérien et le granulome inguinal sont des lésions ulcéraives courantes de l'appareil génital masculin et féminin. Les ulcères génitaux sont le plus souvent causés par les agents pathogènes suivants :

*Treponema pallidum*

Virus de l'herpès simplex

*Haemophilus ducreyi*

*Chlamydia trachomatis* (sérotypes L1, L2 et L3)

*Calymmatobacterium granulomatis*. [17]



Figure 4: Ulcération génitale  
chez l'homme [Image ONG Soutoura]



Figure 5: Ulcération génitale chez la  
femme [Image ONG Soutoura]

d- Syphilis : La présentation clinique de la syphilis comporte trois stades. L'ulcère génital apparaît au cours de la phase primaire. Il se présente sous la forme d'une papule évoluant rapidement vers une lésion indurée, indolore, à base nette et à bord surélevé dénommée chancre dur. Il apparaît généralement dans les trois semaines suivant l'exposition (temps d'incubation compris entre 10 et 90 jours). Le stade secondaire commence un mois plus tard. Il se caractérise par une éruption polymorphe généralement maculo-papuleuse, notamment sur la paume des mains



et la plante des pieds, et par des excroissances verruqueuses dans des zones humides du corps (autour de l'anus et de la vulve). La syphilis tertiaire apparaît à l'issue d'une période latente de quelques mois à plusieurs années. Elle se manifeste par des gomes syphilitiques et de l'arthrite. La neurosyphilis peut survenir à tout moment.



Figure 7: lésion syphilitique chez l'homme [8]



Figure 6: lésion syphilitique chez la femme [8]

e-Herpès génital : Il se caractérise par des périodes de latence et des récurrences fréquentes. Après l'infection primaire, l'herpès persiste toute la vie. Les lésions, initialement douloureuses, se présentent sous la forme de macules érythémateuses progressant vers des vésicules, des ulcères et enfin des croûtes. Chez les patients porteurs du VIH, les épisodes symptomatiques sont plus longs et la maladie est plus sévère, l'atteinte tissulaire et le taux de dissémination étant importants. [17]

Antérieure



Inférieure



Antérieure



Gauche



Figure 8: Herpès génital chez l'homme    Figure 9: Herpès génital chez la

[Image ONG Soutoura]

femme [Image ONG Soutoura]

f- Chancre mou : Il s'agit d'une cause courante d'ulcère génital dans les pays en développement. Sa propagation dépend du nombre de partenaires d'une personne infectée, les prostituées semblant représenter le principal vecteur de l'infection. Les hommes sont plus souvent touchés que les femmes et ces dernières sont généralement asymptomatiques. À chaque rapport sexuel, le risque d'être contaminé par le VIH est 10 à 300 fois plus important pour les individus porteurs de cette maladie. Les lésions, qui sont douloureuses, évoluent progressivement d'une petite papule vers une pustule puis une ulcération à bords mous dénommée chancre mou. Une adénopathie inguinale nécrotique et fluctuante (bubons) fait suite à l'ulcération.



Crânial  
↑  
Gauche →

Figure 10: chancre mou chez l'homme [8]

g- Lymphogranulome vénérien (LGV) : La maladie se présente initialement sous la forme d'une petite papule indolore évoluant vers une ulcération. Après une semaine environ, une lymphadénopathie douloureuse et localisée peut survenir. Les lésions ne sont pas apparentes.

h- Granulome inguinal : Il s'agit d'une maladie ulcérate à progression chronique sans symptôme systémique. Elle se présente souvent sous la forme d'une lésion génitale non purulente, qui évolue d'une petite papule ferme vers un ulcère indolore rouge vif et à base non purulente.

i- Douleur abdominale basse causée par une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) : Les maladies inflammatoires pelviennes (MIP) font référence à un syndrome clinique aigu résultant d'une infection ascendante à partir du col de l'utérus et/ou du vagin. Elles affectent les structures supérieures des organes

généraux féminins. Le terme MIP englobe l'endométrite, la paramétrite, la salpingite, l'oophorite, la péritonite pelvienne, l'abcès tubo-ovarien et l'inflammation du foie, de la rate ou de l'appendice.

Les agents pathogènes couramment liés aux MIP, qui se transmettent par voie sexuelle, comprennent *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. hominis* et *Bacteroides*. [17]

j-Gonflement du scrotum : Les causes d'un gonflement du scrotum lié à une IST impliquent généralement *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. En cas d'infection, le testicule devient enflé, chaud et très douloureux. Cependant, certaines causes de gonflement du scrotum (brucellose, oreillons, onchocercose, infection à *W. bancrofti* ou tuberculose) n'ont pas de rapport avec une IST. Il est important d'exclure certaines causes de gonflement du scrotum telles que la torsion testiculaire, le traumatisme et la hernie inguinale incarcerated, qui peuvent nécessiter de soumettre le patient à une évaluation et à un traitement chirurgical adéquat en urgence. [19]



Figure11: gonflement du scrotum [8]

1- Bubon inguinal Un bubon inguinal est une hypertrophie des ganglions lymphatiques inguinaux causée par une IST. Il est néanmoins important de garder à l'esprit qu'une infection des membres inférieurs ou du périnée peut également provoquer cette hypertrophie des ganglions. Les agents pathogènes liés à une IST et fréquemment responsables d'une hypertrophie inguinale comprennent *T. pallidum*, *C. trachomatis* (sérotypes 1, 2 et 3), *H. ducreyi*, *C. granulomatis*.

Les incisions chirurgicales sont contre-indiquées et le pus doit être aspiré à l'aide d'une aiguille hypodermique.



Figure12 : bubon inguinal [Image ONG Soutoura]

m-Conjonctivite néonatale : Ce terme fait référence à une conjonctivite purulente touchant l'un ou les deux yeux d'un nouveau-né dans les quatre semaines suivant sa naissance. Si le bébé atteint a plus de quatre semaines, la cause de son affection n'est probablement pas une IST. Il s'agit d'une urgence médicale si un traitement

n'est pas initié sous 24 heures. La maladie peut causer des dommages irréversibles aux yeux de l'enfant, y compris la cécité. Le nouveau-né la contracte à la naissance du fait d'une infection génitale à *N.gonorrhoeae* ou *C.trachomatis* de la mère. [20]



**Figure 13:** conjonctivite néonatale [Image ONG Soutoura]

**n-La cystite aiguë :** C'est un état inflammatoire aigu d'origine infectieuse, atteignant la vessie et responsable de pollakiurie, de brûlures mictionnelles et de pyurie ; parfois d'une hématurie et l'absence de fièvre.

Parfois une pollakiurie isolée ou une gêne hypogastrique peut résumer le tableau. [17]

**o-Syndrome urétral aigu (femme) :** Il associe : Une dysurie, une pollakiurie, brûlure mictionnelle l'ECBU normal ou avec quelques germes causé par bactérie *chlamydia T*, ou mycose vaginale.

**p- Urérite aiguë :** C'est un syndrome anatomo- clinique associant : brûlures mictionnelles, dysurie, un écoulement urétral ; sans atteinte vésicale. Il est le plus souvent lié à *Chlamydia trachomatis* ou *Mycoplasme* (écoulement clair) ou à *Neisseria gonorrhoeae* (écoulement jaunâtre) germes souvent associés. [21]

**q-Epididymite aiguë :** Elle est évoquée devant une augmentation de volume et douleur d'un ou des deux testicules, avec troubles mictionnels variables causés par *Chlamydia trachomatis*.

**r-La prostatite :** On distingue quatre formes de prostatite selon la **Classification de Drach** [43]

Cette classification est issue des travaux de Meares et Stamey [44] et de Drach [43], et a remplacé la classification clinique ancienne, trop imprécise, qui distinguait prostatites aiguës et chroniques. Elle est fondée sur des critères cliniques et cyto bactériologiques à partir de l'ECBU et/ou de l'EPS (épreuve de Meares et Stamey). Quatre entités sont définies en fonction de ces critères.

*-Prostatite aiguë.* C'est une inflammation aiguë de la glande prostatique, d'origine infectieuse, bactérienne le plus souvent (germes identifiés dans les urines), ou non bactérienne (absence de bactériurie). Pour cette dernière, l'existence d'une leucocyturie sans germe associée à un syndrome infectieux évoque une étiologie infectieuse.

*-Prostatite chronique bactérienne.* C'est une infection chronique de la glande prostatique par des agents bactériens, volontiers récidivante, émaillée parfois d'épisodes aigus. Le diagnostic repose sur l'ECBU et/ou l'EPS.

*-Prostatite chronique non bactérienne.* C'est une inflammation de la glande prostatique (plus de 10 à 15 leucocytes par champ dans les sécrétions prostatiques) mais sans germe identifié à l'ECBU et à l'épreuve de Meares et Stamey.

*-Prostatodynie.* Il n'existe ni signe d'inflammation (absence de leucocytes), ni germe identifié.

**4.5 LES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS** : Plusieurs affections ressemblent aux IST et peuvent prêter à confusion.

**a- En cas d'infection urinaire basse** : Les diagnostics de cystite peuvent être portés à tort devant : une cystite interstitielle ; les cystalgies à urine claire ; la cystite radique.

**b- En cas d'infection urinaire haute** : On doit toujours penser à une infection urinaire devant la fièvre et les troubles urinaires de certaines pathologies telles que : la pyélonéphrite aigue, abcès péri-rénal.

**c-Salpingite aigue** : devant les douleurs pelviennes, leucorrhées, fièvre, frissons, nausées.

#### **4.6 LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :**

##### **Les examens biologiques :**

L'examen cyto bactériologique des urines (ECBU)

Sérologie Chlamydiae

Examen direct pour isoler le chlamydiae

Prélèvement vaginal

Sérologie Syphilitique

Sérologie HIV

Créatininémie

Glycémie

##### **-Les examens radiologiques:**

Ils doivent se faire après stérilisation des urines.

Ils sont fonction de la circonstance de survenue et comprennent :

L'échographie ;

L'urographie intraveineuse ;

La cystographie rétrograde ;

L'urétéro cystographie rétrograde.



## **5. LE TRAITEMENT**

**5.1 Le Traitement préventif** : Le proverbe populaire « mieux vaut prévenir que guérir » est particulièrement pertinent dans le cas des IST.

La prévention des IST doit demeurer une priorité et ne doit pas se focaliser uniquement sur les changements de comportements individuels. Les programmes doivent s'attaquer aux causes profondes de cette problématique, qui résulte de facteurs à la fois sociaux et économiques et qui fragilise les individus. La réduction des obstacles à une éducation élémentaire, l'information en matière de santé sexuelle et reproductive, l'accès aux soins de santé primaires et l'exploitation des opportunités économiques sont au cœur des programmes de prévention des IST.

Les stratégies de réduction des IST/du VIH sont complémentaires dans la mesure où elles visent à éviter les comportements sexuels à risque et à limiter le nombre de partenaires. Les éléments suivants sont des composantes du paquet « santé publique »

L'abstinence est la seule protection fiable à 100 %.

Fidélité mutuelle : toujours avoir des rapports sexuels avec le/la même partenaire. Cette personne ne doit pas non plus avoir de relations sexuelles avec quelqu'un d'autre et ne doit pas avoir d'IST (important : il est généralement impossible de savoir si une personne souffre d'une IST simplement en l'observant. Les individus porteurs d'une IST, y compris le VIH, ont rarement l'air malade).

L'approche sanitaire en matière d'éducation à la santé met l'accent sur le dialogue, et non seulement sur le transfert d'informations, et cette participation ou implication de la communauté dans le processus décisionnel peut apporter d'excellents résultats dans la prévention des IST. [22 ,41]

### **5.2 Traitement curatif**

➤ **Le But :**

Le but du traitement est d'éradiquer l'infection et d'éviter les récurrences.

➤ Les moyens :

Le traitement des infections sexuellement transmissibles avec obstacle ou anomalie est médical et chirurgical.

a) Les moyens médicaux :

Le traitement d'IST sans obstacle repose sur une antibiothérapie, antiviraux, antiparasitaire, antifongique.

### **LES ANTIBIOTIQUES**

Les aminopenicillines n'ont pas de contre-indication et ont une résistance naturelle aux *pseudomonas mycoplasme* et *chlamydia*. L'association d'acide clavulanique permet une plus grande efficacité.

Les céphalosporines de 3ème génération sont actives sur les bacilles Gram négatifs et les entérobactéries et ont une diffusion urinaire faible.

Le *mycoplasme*, *chlamydia*, *pseudomonas* ont une résistance au céfixime (Oroken).

Le *mycoplasme*, *chlamydia* ont une résistance à : cefotaxime (Claforan®), ceftriaxone et ceftazidime.

- **Les Carbapénèmes Thiénamycines** (Imipenème) sont actifs sur les bacilles Gram négatif.

- **Les aminosides** la Gentamicine (Gentalline®) est généralement utilisée en association avec les autres antibiotiques.

- **Les Tétracyclines** (Doxycycline) sont actifs sur : *mycoplasme*, *chlamydia T*, *Tréponème*, gonocoque. Ils sont contre indiqués chez l'enfant et pendant la grossesse.

- **Les sulfamides + Triméthoprime** : sulfaméthoxazole –Triméthoprime. Ils sont actifs sur les entérobactéries et *mycoplasme*, *chlamydia* y sont résistants.

Leurs contre-indications sont le nouveau-né, grossesse l'allaitement.

- **Les Quinolones de 1ère génération** : Acide nalidixique.

*Chlamydia* et *pseudomonas* y sont résistants.

- **Les fluoroquinolones** : (Pefloxacine, **Ciprofloxacine**, Ofloxacine, Norfloxacine). Leurs indications sont les entérobactéries mais ils sont aussi actifs sur *mycoplasme*, *chlamydia T* ; *Pseudomonas*, *Staphylocoques* qui est désormais utilisé chez la femme enceinte.

- **La Fosfomycine – Trométamol** : sont moins utilisés vu leur coût.

- La **Nitroxoline** : est utilisée chez la femme enceinte

- **La cystite bactérienne** :

\* **Un traitement de 3 à 5 jours** : est suffisant en cas de cystite non compliquée de la femme. Les produits d'élimination rapide sont utilisés tels que : la sulfaméthoxazole – triméthoprime, la norfloxacine, la nitrofurantoïne, et l'amoxicilline.

En cas d'Échec thérapeutique on réalise un ECBU + antibiogramme puis traitement en fonction de l'antibiogramme.

- **Les prostatites** : L'antibiothérapie doit être rapidement instituée et suffisamment prolongée de 4 à 6 semaines dans la prostatite aiguë et 8 à 12 semaines dans la prostatite chronique, par voie orale.

Les antibiotiques utilisés doivent être d'emploi facile et bien tolérés, actifs in vitro sur le germe isolé, avoir des concentrations prostatiques largement supérieures à la CMB des germes (concentration minimale bactéricide).

Les antibiotiques qui possèdent ces critères sont :

- Le cotrimoxazole

- Les céphalosporines de 3ème génération et les urèdopénicillines

- Les fluoroquinolones

- Les macrolides, leur spectre se limite aux *Chamydiaes*, aux *Mycoplasmes* sauf (*Mycoplasma hominis*) et aux *Streptocoques* (sauf de groupe D).

- **INDICATIONS** : Chancre mou, candidoses, urétrite aiguë, herpès, syphilis.

b) **Les moyens chirurgicaux** :

Le traitement des rétrécissements avec obstacle comporte trois volets :

- Traitement médical avant l'acte chirurgical qui a pour but de stériliser les urines, les voies excrétrices, le parenchyme rénal avant la levée de l'obstacle selon le tableau clinique et le terrain.
- Le traitement chirurgical qui est radical.
- La Prophylaxie postopératoire en fonction de l'antibiogramme et selon les circonstances par antibiothérapie continue ou discontinuée. [23,24]
- Abcès scrotal.
- Abcès prostatique.

➤ **LA RESISTANCE BACTERIENNE AUX ANTIBIOTIQUES**

Une souche bactérienne est dite résistante à un antibiotique lorsqu'elle ne peut être atteinte par cet antibiotique quel que soit la voie d'administration. Cette résistance préoccupe le clinicien car elle est source d'échec thérapeutique.

On distingue deux types de résistance aux antibiotiques

- La résistance naturelle
- La résistance acquise

a) **La résistance naturelle** :

Elle concerne toutes les souches de la même espèce et se manifeste dès le premier usage de l'antibiotique.

Exemple : Les bacilles à Gram négatif sont naturellement résistants à la pénicilline G.

Les mycoplasmes sont résistants aux bêta lactamines.

Cette résistance peut être due soit à l'élaboration d'enzyme par les bactéries qui détruit l'antibiotique ou à l'absence du site d'action de l'antibiotique sur la bactérie : cas d'absence d'une paroi chez les mycoplasmes.

## **b) La résistance acquise :**

Elle est le fait d'une souche bactérienne qui était sensible, devient résistante à un antibiotique. Les bactéries peuvent acquérir cette résistance par deux mécanismes génétiques :

- La mutation chromosomique
- L'acquisition de plasmides.

### **. La mutation chromosomique :**

C'est une variation spontanée rare et discontinue d'un caractère qui est d'emblée héréditaire. Elle existe avant l'utilisation de l'antibiotique et n'intervient que pour sélectionner le mutant résistant. Le taux de mutation étant estimé à  $10^8$  pour un antibiotique, si l'on fait une association de deux antibiotiques par exemple, la probabilité devient encore faible :  $10^{16}$ . Donc en pratique, lorsqu'on associe deux antibiotiques on se met à l'abri d'une sélection de mutants résistants.

Cette résistance chromosomique n'intéresse le plus souvent qu'un seul antibiotique à la fois et se transmet surtout par conjugaison avec 10 à 20 % des cas de résistances observées en clinique.

### **La résistance plasmidique :**

Elle est plus importante, 80 % à 90 % des causes de résistances observées en clinique. Des études ont permis la mise en évidence d'un plasmide de résistance qui est porteur de genre gouvernant la synthèse d'enzymes qui détruisent les antibiotiques.

Il s'agit d'une poly résistance. La transmission de cette résistance se fait comme une maladie infectieuse par contact direct entre deux bactéries, de même espèce ou entre bactéries d'espèces différentes d'où le nom de résistance infectieuse ou résistance épidémique.

Cette résistance concerne toutes les bactéries sauf les mycobactéries et touche tous les antibiotiques sauf les quinolones, les nitrofuranes, les polypeptides, les Rifamycines.

En pratique au fur et à mesure de l'introduction des antibiotiques en thérapeutique, on a vu apparaître et se développer des souches résistantes.

Pratiquement dans tous les pays il s'agit de résistance plasmidique, il est nécessaire voire impérieux de recourir à une politique de prescription rigoureuse des antibiotiques. [25,26]

# **IV-METHODOLOGIE**

## **2. METHODOLOGIE :**

### **2.1. Cadre et lieu d'étude:**

Capitale du Mali, Bamako est une ville cosmopolite. La ville est traversée par le fleuve Niger sur plusieurs kilomètres. Elle est divisée en six communes, dont quatre sur la rive gauche et deux sur la rive droite du fleuve.

L'hôpital GABRIEL TOURE a été créé en 1957 sous le nom de dispensaire central de Bamako. Il est situé en commune II dans le quartier du centre commercial de Bamako, en plein centre-ville. Son accès est très facile, ce qui explique la grande affluence des patients. Actuellement l'hôpital GABRIEL TOURE renferme plusieurs services spécialisés: la Pédiatrie, la Cardiologie, la Gastro-entérologie, la Médecine Interne, l'ORL, la Traumatologie, la Chirurgie Générale, la chirurgie pédiatrique, la neurochirurgie, l'Urologie, la Gynécologie Obstétrique, le Service d'Accueil des Urgences, le service d'Anesthésie et Réanimation, Le laboratoire d'Analyses Médicales, le service de Radiologie et d'Imagerie Médicale.

Précédemment rattaché au service de chirurgie générale avec quatre lits d'hospitalisation, le service d'urologie a été érigé en service à part entière en 1984. A ce jour, le service d'urologie dispose de 14 lits d'hospitalisation, 3 bureaux, 2 salles de gardes pour les internes et les infirmiers, un box de consultation, un bloc opératoire qu'il partage avec les autres spécialités chirurgicales.

#### **Le personnel est composé de :**

✓ Trois chirurgiens urologues : 1 professeur qui est le chef du service et 2 chirurgiens urologues ;



- ✓ Un assistant médical spécialisé en bloc opératoire qui est le surveillant du service d'urologie.
- ✓ Un technicien supérieur de santé;
- ✓ Sept infirmiers du premier cycle ;
- ✓ Deux techniciens de surface ;
- ✓ Les étudiants thésards faisant fonction d'interne de la faculté de médecine, et d'odontostomatologie (FMOS).

Le service reçoit également les DES, les médecins stagiaires, les étudiants externes de la FMOS, les élèves de l'INFSS (Institut National de Formation en Science de la Santé), de la Croix Rouge et des autres écoles privées de formation en science de la santé.

## **2.2. Type d'étude:**

IL s'agissait d'une étude descriptive et prospective réalisée dans le service d'urologie du **CHU Gabriel Touré**.

### **2.2 Matériels et Méthodes:**

#### **2.2.1 Matériels:**

##### **-Période d'étude:**

Notre étude a duré 15 mois : du 1<sup>er</sup> février 2017 au 31 mai 2018.

##### **-Echantillonnage:**

Les patients, tout âge et tout sexe confondus, provenaient de Bamako, de l'intérieur du pays et parfois de pays voisins, adressés ou venus d'eux même en consultation externe au service d'urologie de l'hôpital Gabriel Toure.

**-Critères d'inclusion :** Etait inclus dans notre étude tout patient reçu en consultation d'urologie qui avait au moins un des signes d'IST dont le dossier était complet (patient suivi jusqu'à la fin du traitement).

**-Critères d'exclusion :** Tout patient hospitalisé et tout patient n'ayant aucun signe d'IST.

### **2.2.2 Méthode:**

Notre méthode comportait trois phases :

#### **-La phase de conception et confection de la fiche d'enquête :**

L'établissement de la fiche d'enquête a duré un mois ; elle a été conçue par l'étudiante elle-même, puis corrigée par le chef du service d'urologie. Elle comporte les variables suivantes :

- ✓ Données administratives telles que : âge, sexe, nationalité, ethnie ;
- ✓ Paramètre concernant les parents (antécédents médicaux et chirurgicaux du patient ou de la patiente) ;
- ✓ Paramètres cliniques et para cliniques (signes fonctionnels, signes physiques, examens complémentaires) ;
- ✓ Les données du traitement ;
- ✓ Les données de l'évolution.

#### **La phase de la collecte des données:**

Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux, et des registres de consultation, du service d'urologie de l'hôpital Gabriel Touré. Chaque malade a un dossier médical dans lequel sont portées toutes les données administratives, cliniques et diagnostiques et les traitements reçus.

### **-La phase de saisie et d'analyse des données:**

Elle a été effectuée sur le logiciel, Word et Excel 2007, SPSS.

### **2.3 Protocole du traitement :**

Il s'agit du protocole basé sur l'approche syndromique édité par l'OMS et adopté par les normes et procédures du Mali

#### **Définition de l'approche syndromique**

Caractéristiques de l'approche syndromique (prise en charge syndromique des cas)

:

- Classer les principaux agents responsables selon le syndrome clinique qu'ils engendrent ;
- Traiter le patient pour toutes les causes majeures du syndrome ;
- S'assurer que les partenaires/patients sont traités, conseillés, éduqués en matière d'adhésion au traitement et de réduction des risques.

### **-Les différents syndromes selon l'OMS :**

Écoulement urétral et ou dysurie

Écoulement vaginal et ou douleur abdominale basse

Conjonctivite du nouveau-né

Tuméfaction scrotale Ulcération génitale

Bubon inguinal.

### **2.4 ASPECTS ETHIQUES**

-Une autorisation des autorités du CHU Gabriel TOURE avait été obtenue.

**-Confidentialité et anonymat :** l'enquête a été faite sous le consentement de tous les patients, tout en les rassurant qu'elle sera faite dans la confidentialité et que leur adresse complète ne sera pas prise en compte.

**-Valeurs sociales :**

Cette thèse en tant que telle peut avoir un impact sur la société, car les résultats qui en découlent permettent à la population de savoir :

-Quelles sont les infections sexuellement transmissibles ?

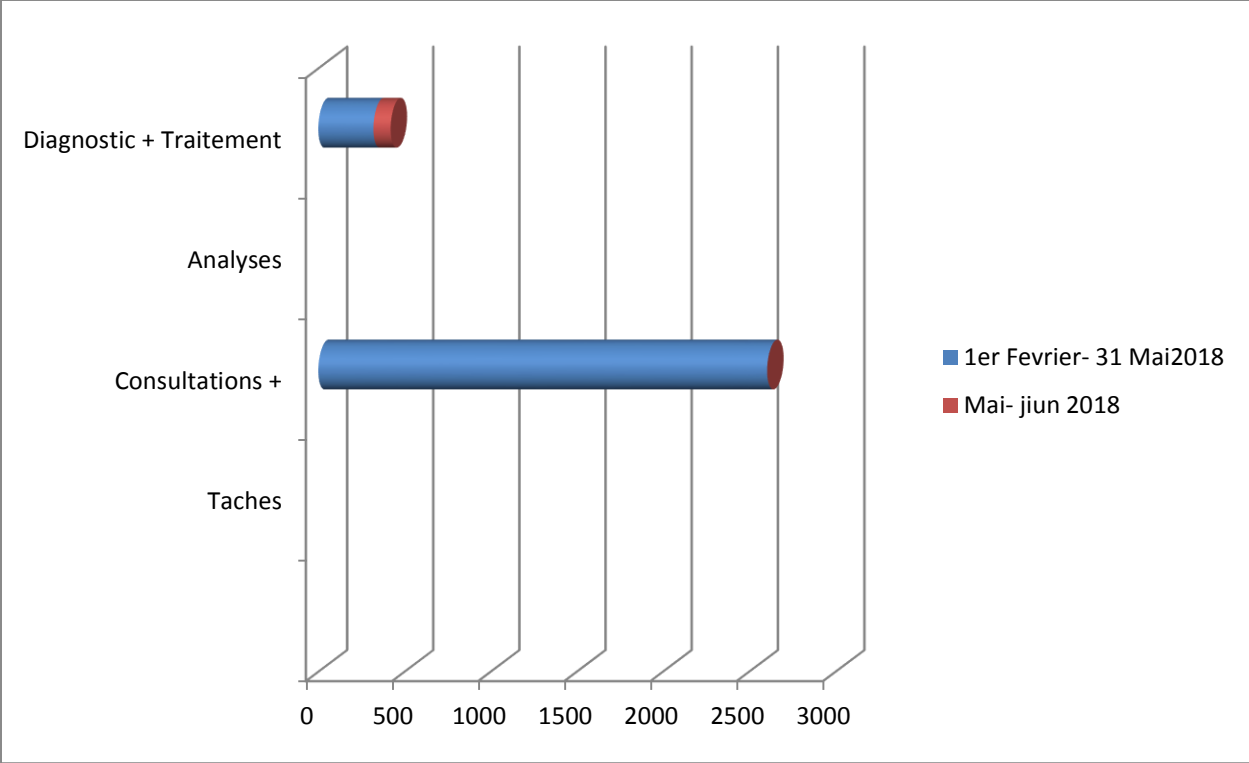
-Que ces maladies peuvent être responsables de stérilité, qui est un véritable problème social, de ce fait leur permettra de se faire consulter par un médecin en cas de signe d'IST.

**-Valeurs scientifiques** cette étude permettra aux étudiants de :

-S'informer d'avantage sur les infections sexuellement transmissibles.

-De mieux connaître les complications dues aux IST, afin de chercher des moyens pour prévenir ou réduire le risque de survenue.

**Diagramme de GANTT**



# V-RESULTATS

## V-RESULTATS

Notre étude nous a permis d'avoir les résultats suivants :

### A-Aspects sociodémographiques

#### 1-Age :

**Tableau I : Répartition des patients selon l'âge**

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
15-25	39	39
<b>26-35</b>	<b>41</b>	<b>41</b>
36-45	14	14
46-55	3	3
Plus de 55 ans	3	3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Les patients de 26-35 ans et de 15-25 ont été les plus touchés, soit respectivement 41% et 39%.

#### 2-Sexe :

**Tableau II : répartition des patients selon le sexe**

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Masculin</b>	<b>88</b>	<b>88</b>
Féminin	12	12
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Une prédominance du sexe masculin a été retrouvée soit 88%.

### 3-Ethnie :

**Tableau III : Répartition des patients selon l'ethnie**

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Bambara	<b>41</b>	<b>41</b>
Soninké	19	19
Peulh	17	17
Malinké	5	5
Minianka	3	3
Senoufo	2	2
Kassonké	2	2
Autres	2	2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

L'ethnie bambara a été la plus concernée (41%) suivie des soninkés (19%).

### 4-Profession

**Tableau IV : Répartition des malades en fonction de la profession**

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Etudiant</b>	<b>31</b>	<b>31</b>
Fonctionnaire	17	17
Commerçant	13	13
Militaire	11	11
Ménagère	10	10
Cultivateur	8	8
Chauffeur	4	4
Autres	6	6
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Les étudiants ont été les plus touchés soit 31% suivis des fonctionnaires avec 17%.



## 5-Statut matrimonial :

**Tableau V :**

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié	51	51
célibataire	48	48
Divorcé	1	1
Total	100	100

**Les patients mariés étaient majoritaires 51%.**

## 6- Provenance :

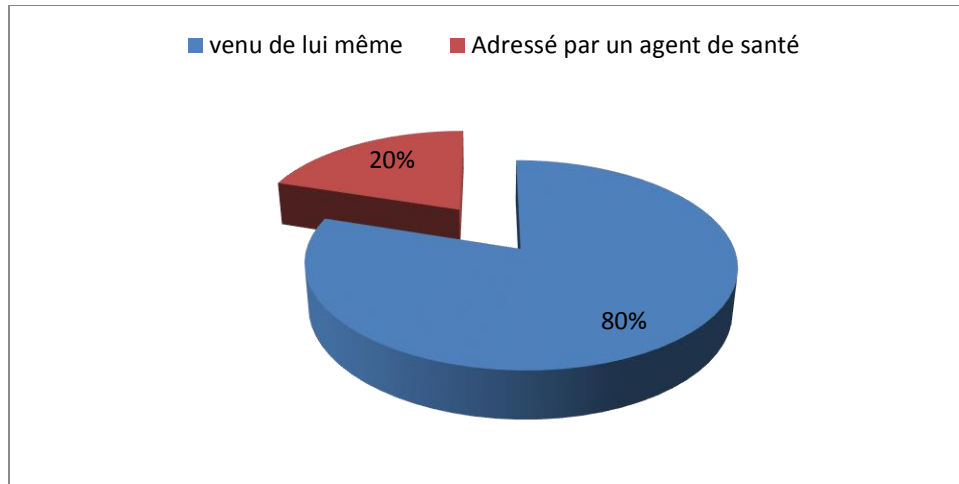
**Tableau VI : Répartition des malades selon la provenance**

Provenance	Effectif	Pourcentage (%)
Bamako	97	97
Sikasso	2	2
Koulikoro	1	1
Total	100	100

**La majorité de nos patients venait de bamako soit 97%**

## 7-Mode de recrutement

**Figure 1 : Répartition des patients selon le mode de recrutement**



**Les patients sont venus d’eux-mêmes dans 80%.**

## B-Etude clinique et thérapeutique

### 1-Antécédents médicaux

Tableau VII : Répartition des patients selon l’antécédent médical.

Antécédent médical	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Bilharziose</b>	34	34
<b>HTA</b>	3	3
<b>Diabète</b>	1	1
<b>Asthme</b>	1	1
<b>Drépanocytose</b>	1	1
Aucun	<b>60</b>	<b>60</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

40% de nos patients avaient des antécédents médicaux.

## 2-Antécédent chirurgicaux :

**Tableau VIII :** Répartition des patients selon l'antécédent chirurgical

Antécédent chirurgical	Effectifs	Pourcentages%
Cure d'hernie inguinale	12	12
Cure d'hydrocèle	2	2
Urétroplastie	1	1
Appendicectomie	8	8
<b>Aucun</b>	<b>77</b>	<b>77</b>
Total	100	100

23% de nos patients avaient des antécédents chirurgicaux .

## 3-Motif de consultation :

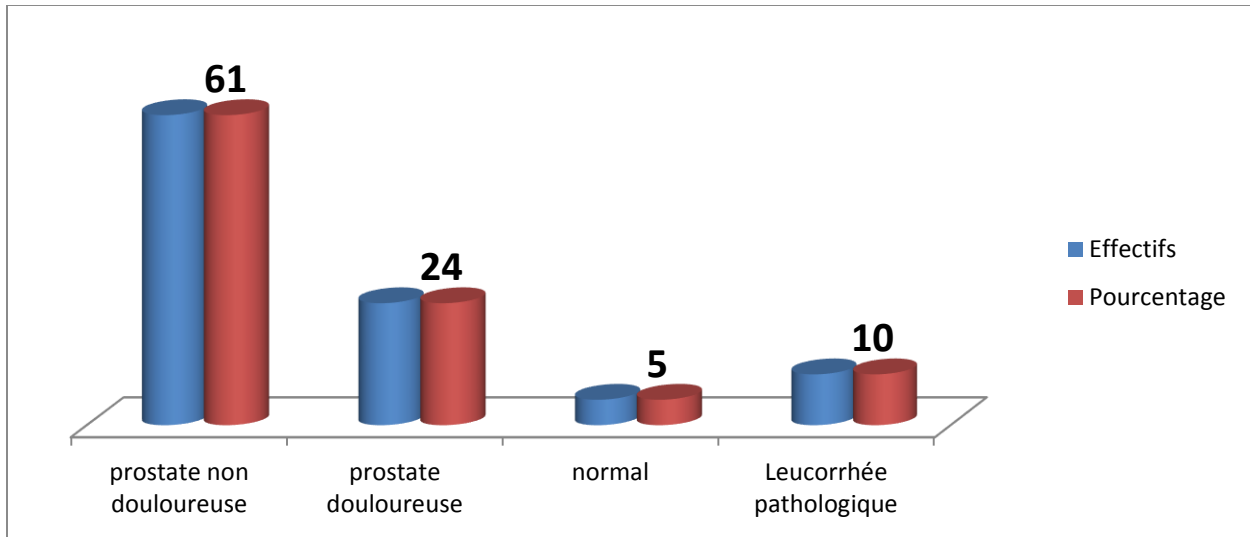
**Tableau IX :** Répartition des patients en fonction des signes cliniques.

Référence diagnostics	Effectifs	Pourcentage
<b>Ecoulement urétral et/ou dysurie</b>	<b>43</b>	<b>43</b>
Ecoulement vaginal et/ou douleur abdominale basse	20	20
Brûlure mictionnelle, Impériosité mictionnelle, Dysurie	11	11
Picotement urétral	7	7
Prostatite, prostaticorrhée	6	6
Douleur testiculaire	4	4,0
Ulcération génitale	4	4
Dermatose de la verge	2	2,0
Prurit génital, Bouton du gland	2	2,0
Prurit scrotal	1	1
Total	100	100,0

Les tableaux cliniques étaient dominés par l'écoulement urétral et/ ou dysurie, soit 43% suivi de l'écoulement vaginal et/ou douleur abdominale basse

#### 4-Résultat du toucher pelvien :

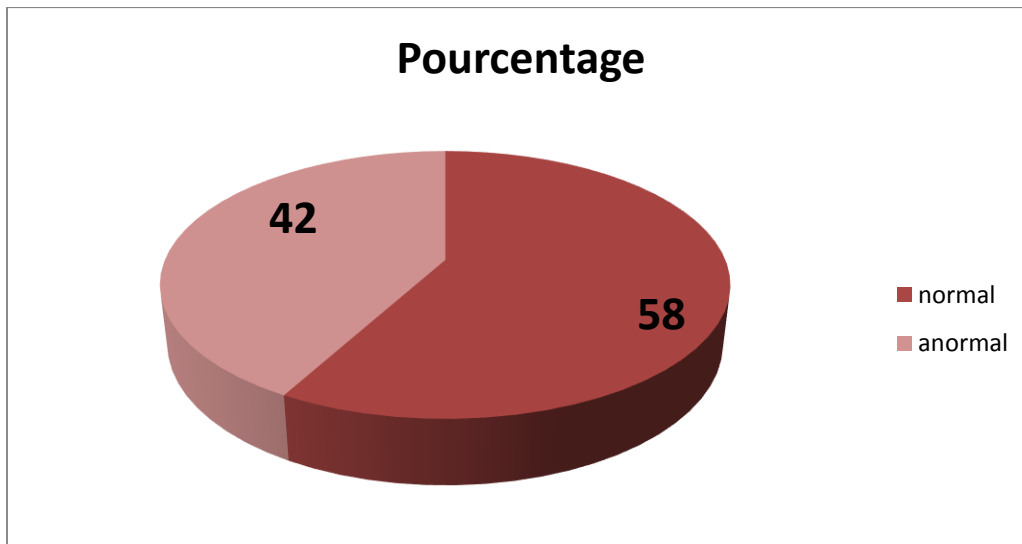
Figure2 : Répartition des patients en fonction du toucher pelvien



La majorité des patients avaient une prostate non douloureuse au toucher pelvien, soit 61% suivi de ceux qui avaient la prostate douloureuse avec 24% et des leucorrhées pathologiques 10%

#### 5-ECBU +Antibiogramme :

Figure3 : Répartition des patients selon le résultat de l'ECBU



58% des patients avaient un E.C.B.U normal (stérile)

## 6-Bilan sanguin :

Tableau X : Répartition des patients en fonction du résultat de la glycémie.

<b>Glycémie</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage%</b>
Normale (0.7-1.26)	95	95
Hyperglycémie	5	5
Total	100	100

La majorité de nos patients avaient une glycémie normale avec 95%.

Tableau XI : Répartition des patients en fonction du résultat de la créatininémie.

<b>Créatininémie</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage%</b>
Normale (50-120)	98	98
Hyper créatininémie	2	2
Total	100	100

La majorité de nos patients avaient une créatininémie normale avec 98%.

## 7-Echographie abdomino-pelvienne :

Tableau XII : Répartition des patients en fonction des résultats de l'échographie (n=67)

<b>Echographie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage %</b>
Normale	42	62.69
Epaississement de la paroi vésicale	19	28.36
Hydronéphrose	1	1.50
Calcification prostatique	2	2.99
Kyste rénal	3	4.48

La majorité des patients avaient une échographie normale avec 62.69% suivi de l'épaississement de la paroi vésicale dans 28.36%.

## Formes cliniques d'IST :

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction des formes cliniques.

Formes cliniques	Effectifs	Pourcentage%
Prostatite	6	6
<b>Urétrite</b>	<b>63</b>	<b>63</b>
Tuméfaction scrotale	5	5
Cystite	13	13
Vaginite	5	5
Ulcération génitale	8	8
Total	100	100

L'urétrite représentait la pathologie la plus fréquente avec 63 cas (soit 63%) suivie de la cystite avec 13 cas (soit 13%).

Tableau XIII ; Répartition des patients en fonction des germes isolés à l'ECBU

Germes	Effectifs	Pourcentage
Stéril	58	58
<i>Escherichia coli</i>	17	17
<i>Neisseria gonorrhée</i>	5	5
<i>Enterobacter Sp</i>	4	4
<i>Staphylococcus Sp</i>	4	4
<i>Leucocyturie</i>	4	4
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3	3
<i>Streptococcus agalactiae</i>	2	2
<i>Cytrobacter koseri</i>	2	2
<i>Candidas albicans</i>	2	2
Total	100	100,0

La majorité de nos patients avaient un ECBU stéril avec 58%

**Tableau XIV : Répartition des formes cliniques en fonction de la classe d'âge et du sexe.**

Formes Cliniques	Prostatite		vaginite	Tuméfaction scrotale	cystite		Urétrite		Ulcération génitale		Total %
	homme	femme			Homme	homme	femme	homme	femme	homme	
15-25	2	2	3	1	2	27	-	2	-	39	
26-35	3	2	2	5	3	20	-	1	5	41	
36-45	-	1	-	-	1	11	-	-	-	13	
46-55	1	-	-	1	-	2	-	-	-	4	
+55ans	-	-	-	-	-	3	-	-	-	3	
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>63</b>		<b>3</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	

Les sujets de la tranche d'âge 26-35 ans étaient plus atteints avec 20 cas d'urétrite chez l'homme et 5 cas de cystite et de vaginite chez la femme.

**10-Traitements :**

**Tableau XV : Répartition des patients en fonction du traitement**

Traitement	Effectifs	Pourcentage%
Anti-inflammatoire	90/100	90
Antiseptique	22/100	22
Antifongique	5/100	5
Antibiotique	100/100	100

Tous nos patients ont reçu un traitement antibiotique.

**Tableau XVI :** Répartition des patients en fonction de l'antibiothérapie.

Antibiotiques	Effectif	Pourcentage%
Fluoroquinolone	64	64
Macrolide	15	15
5 Nitro - imidazoles	5	5
Fosfomycine	5	5
Céphalosporine de 3 <sup>ième</sup> génération	11	11
Total	100	100

**11-Surveillance :**

Résultats	Effectif	Pourcentage
Guérison	90	90
Rechute	5	5
Réinfection	5	5
Total	100	100

90% de nos patients ont eu une guérison totale dès les premiers traitements



**VI- COMMENTAIRES**  
**ET**  
**DISCUSSION**

## **VI-COMMENTAIRE ET DISCUSSION**

### **A-Aspects épidémiologiques**

#### **Caractéristiques sociodémographiques :**

##### **1) FREQUENCE**

Au terme de la période d'enquête de 15 mois (Février 2017 à Mai 2018) dans le service d'urologie du CHU Gabriel Toure 320 cas d'infections sexuellement transmissibles ont été diagnostiqués sur 2605 consultations soit une fréquence de 12,28 % dont 100 répondaient à nos critères d'inclusion. On retrouve dans la littérature que l'infection sexuellement transmissible a toujours été une question d'actualité.

##### **1-Age :**

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus représentée a été celle de 26-35 ans avec 41%.

Au Sénégal, Thiam D a trouvé que le pic maximum se situe entre 16 et 30 ans [26]. Au Mali : Mme Keita A., Soumaré D. et Coulibaly MT et al ont trouvé que les tranches d'âge respectives de 15 à 28ans , de 14 à 30ans et de 23 à 32ans sont les plus représentées avec respectivement 50,5%, 49,4% et 48,91% [ ].

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans cette tranche d'âge l'activité sexuelle est la plus importante et l'usage du préservatif masculin est moins important sinon ignoré.

##### **2-Sexe :**

Notre étude a montré une nette prédominance du sexe masculin avec 88 cas, soit 88% sur le sexe féminin avec 12 cas soit 12%.

Nos résultats concordent avec ceux de Coulibaly MT et al [29 ] qui ont enregistré 95,43% de sexe masculin contre 4,57% de sexe féminin, de Sanogo D [30] qui a enregistré 90,2% de sexe masculin contre 9,8% de sexe féminin.

Dans notre série cette prédominance masculine peut s'expliquer par la présence d'un service de gynécologie au CHU Gabriel Touré du coup tous les cas d'IST à manifestation purement gynécologique sont vus en consultation gynécologique, seuls les cas à manifestation urologique ou uro-génitale chez le sexe féminin consultent au service d'urologie.

### 3-Ethnie :

Les Bambaras étaient la population humaine la plus représentée avec une fréquence de 41%, puis les Sarakolé avec 19% ; ce qui est comparable aux études de Déssé D. [30] et de Coulibaly MT et al [29 ] qui ont respectivement eu 40 % et 42,17% de bambara.

Les bambaras sont l'ethnie majoritaire du Mali.

### 4-Profession :

Dans notre étude, toutes les couches socioprofessionnelles étaient représentées, parmi elles, les étudiants ont été les plus nombreux avec 31% la même constatation a été faite par Soumaré D avec 49,9% Diallo R avec 43,8 % Guindo A avec 41,4 % et Déssé D avec 47%[31].

Ceci pourrait s'expliquer par le manque de moyen et/ou d'information sur les mesures de protection et de prévention des IST (le patient ne consulte pas dès l'apparition des premiers symptômes de l'infection.)

### 5-Statut matrimonial :

Dans notre série la proportion des mariés a été la plus importante 51% contre 49% de célibataires. Au Sénégal, Thiam D a également constaté une prédominance des mariés soit 78,8%, le pourcentage de célibataires est très faible, notion signalée par Daramola et Oyediran [37] en Afrique.

Cependant Coulibaly MT et al [29] et Soumaré D[28] ont trouvé une prédominance des célibataires avec des pourcentages respectifs de 56,74%, 58,53% et 57,2%

Il est important de noter qu'au Mali, la population générale se marie relativement tôt. Soumaré D. [28] en 1998 a trouvé un âge moyen de 17 ans au premier mariage. Par ailleurs, pour l'auteur Chapaz G. en France l'âge du premier mariage se situe entre 20 et 24 ans. [33]

6-Provenance :

La plus forte concentration dans notre série, est observée dans le district de Bamako avec 97 cas soit 97%. Nos résultats sont conformes à ceux de Diawara S [8] qui a enregistré 221 cas soit 91%, Sanogo D [30] qui a trouvé 229 cas à Bamako soit 90,3%. Ceci peut s'expliquer d'une part par la densité de la population et d'autre part par le fait que notre service est facilement accessible pour les patients.

### **B-Aspects cliniques et thérapeutiques**

L'antécédent médical de bilharziose urinaire a été retrouvé chez 34 patients soit 34 % contre 18% pour Déssé D ; 17,3% pour F Ly ; 20 % pour Diawara S. Ces fréquences élevées témoignent du caractère endémique de la bilharziose urinaire au Mali. [30-36]

Pour les antécédents chirurgicaux, la cure de hernie et l'appendicectomie sont les plus fréquents 12 % et 8%

L'uroculture a été réalisée chez la majorité des patients de notre série d'étude, 58 cas soit 58% avaient une culture stérile. Cependant 42 patients avaient une culture positive dont *Escherichia coli* est le plus incriminé suivi d'*Entérobacter sp et Klebsiella pneumoniae*.

La culture stérile chez la majorité de nos patients peut s'expliquer par une auto-médication et/ou des traitements antibiotiques incorrects qui modifient le plus souvent le résultat de l'ECBU avec antibiogramme.

D'autres germes tels que le *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis* et *Chlamydia .T* (non signalé dans les tableaux) ont été détectés expliquant une contamination par le vagin.

Ces résultats confirment l'association d'une infection urinaire et infection sexuellement transmissible et que les signes d'appel urinaire ne sont pas dus uniquement aux bactéries ; il faut pousser les investigations même en dehors d'un E.C.B.U négatif. [35]

L'O.M.S estime à 92 millions le nombre annuel d'infection à *Chlamydia trachomatis* dans le monde dont 4 millions de nouveaux cas en Amérique du Nord et 5 millions en Europe de l'Ouest [2]. Au cours des urétrites subaiguës ; *T. vaginalis* est impliqué dans 4% des cas contre 25 % pour *Chlamydia trachomatis*.

### **Urétrite**

Nous avons observé 63 cas d'urétrite 63 % contre 46,52% chez Coulibaly MT et al [29].

### **Symptomatologie :**

Les signes fonctionnels sont dominés par les brûlures mictionnelle, la dysurie, l'écoulement urétral et la douleur hypogastrique chez tous nos patients.

### **Germes :**

L'E.C.B.U est pauvre en germe ; ce qui est conforme aux données de la littérature et le plus souvent lié à *Chlamydia trachomatis* ou au *Mycoplasme* avec germes souvent associés [37]. A noter que nous avons retrouvé *Neisseria gonorrhoea* dans 4 cas c'est le prélèvement urétral qu'il faut faire.

**Traitement :**

Le traitement a été débuté avec l'azithromycine sans attendre les résultats bactériologiques puis réadapté à l'antibiogramme.

**Prostatite :**

Nous avons observé la prostatite dans 6% des cas. Ce résultat est loin de ceux de Coulibaly MT [29 ] et al et F Ly [34] qui ont trouvé respectivement 21,52% et 22,8% due à une complication de l'urétrite mal traité en prostatite aigue.

**Symptomatologie :**

Concernant les signes fonctionnels, nos malades ont plus souffert de dysurie , de pollakiurie , des brûlures mictionnelles , de douleur hypogastrique, d'impériosité mictionnelle et de fièvre.

Alors pour F. Ly c'est l'association de dysurie et de pollakiurie qui est au premier plan. [34]

**Germes :**

C'est *Escherichia coli* qui est le plus incriminé suivi d'*Enterobacter sp.* Dans l'étude de F. Ly[34] et comme dans beaucoup d'autres c'est *E. coli* qui est au premier plan.

**Traitement :**

Débuté avec la ciprofloxacine puis adapté secondairement à l'antibiogramme.

**Cystite :**

Nous avons décelé 13 cas de cystite (13 %) dont 7 hommes(cystite +prostatite) et 6 femmes ce qui n'est pas conforme aux données de la littérature dû au fait que nous avons recruté plus d'hommes que de femmes.

JARDIN et collaborateurs montrent que la cystite des femmes est un problème de santé publique puisque ce diagnostic est porté environ 3 millions de fois par an en France. C'est dû à la brièveté de l'urètre chez la femme.

F. Ly trouve une fréquence de 40 % dont 35 femmes et 10hommes [34].

### **Symptomatologie :**

Les signes fonctionnels les plus retrouvés ont été la pollakiurie, la brûlure mictionnelle, et la douleur hypogastrique.

### **Germes :**

La majorité des germes isolés sont *E. coli* ce qui est conforme aux données de la littérature. Pour JARDIN 60 % des germes isolés en cas de cystite sont des *E. Coli*.

La bactériurie asymptomatique n'est pas signalée dans notre étude due au fait que l'E.C.B.U était donné en fonction des signes d'appel d'infection sexuellement transmissible.

### **Traitement :**

La prise en charge a été débuté avec la fosfomycine en dose unique puis réadapté à l'antibiogramme.

### **Tuméfaction scrotale :**

Elle a été observée dans 5 cas.

### **Symptomatologie :**

Tous ces malades souffraient de douleur scrotale avec une augmentation du volume testiculaire de brûlure mictionnelle de douleur hypogastrique et de fièvre.

### **Germes :**

Les germes isolés sont *E. coli* ; ce qui est conforme à la littérature [38].

### **Traitement :**

Le traitement débuté avec l'ofloxacine puis réadapté à l'antibiogramme.

### **4-5 traitements et surveillance**

Le traitement et la surveillance de nos 100 cas d'infections sexuellement transmissible nous ont permis d'observer 100% de guérisons. Ce résultat est supérieur à celui de F.Ly [34] qui trouve 51 % et proche de celui de FOURCADE [36]. Selon ce dernier la guérison initiale est obtenue de façon aisée dans 85 % des cas environ ; 74,43% de nos malades guéris ont été traités à l'association

fluoroquinolone et cycline et 25,57% ont été traités par d'autres antibiotiques. Ces résultats nous permettent de confirmer le faible taux de résistance à l'association fluoroquinolone cycline signalé par d'autres auteurs et d'affirmer une guérison certaine en absence d'anomalie ou d'obstacle, chaque fois que le traitement est donné en fonction de l'antibiogramme [18, 39].

Dans notre étude nous avons observé 5 cas de réinfection pendant le traitement.

La majorité des cas de réinfections sont dues au sexe et à l'activité Sexuelle, ce qui est déjà confirmé par JARDIN et collaborateurs que le nombre d'IST récidivantes est rythmé par la vie sexuelle en désignant le coït comme responsable [40].

Nous avons décelé 5 cas de rechutes dont 5% qui sont dues surtout au traitement insuffisant ; ce résultat est conforme à celui de la littérature.



# VII- Conclusion & Recommmandations

## CONCLUSION

L'OMS propose la prise en charge des IST selon l'approche syndromique dans les pays où le diagnostic de laboratoire ne peut pas être réalisé à cause des résultats douteux ou en raison des ressources humaines insuffisantes et de la qualité obsolète du matériel. Notre étude prospective et descriptive menée au CHU Gabriel Touré de février 2017 à mai 2018 avait pour but de faire ressortir l'utilisation et l'efficacité de l'approche syndromique des IST au Mali. L'échantillon a porté sur les dossiers de 100 patients traités pour IST ; le sexe ratio était de 88 % en faveur du sexe masculin. La majorité des patients étaient étudiants et mariés ; la tranche d'âge 26-35 ans était la plus concernée. Tous les cas avaient été diagnostiqués cliniquement ; les examens complémentaires étaient demandés pour avoir une confirmation du diagnostic, sur le plan de la prise en charge syndromique ; l'antibiothérapie probabiliste a été correctement appliquée à chaque type d'IST et réadapté à l'antibiogramme avec une réponse thérapeutique efficace dans : 61,61% pour les prostatites , 98,60% pour les urétrites , 100% pour les tuméfactions scrotales ,90, 78% pour les cystites.

De façon générale, une guérison de 88,28% de l'effectif total été constatée. Les résultats de notre étude, non représentatifs de la population générale du Mali, pourraient être répétés en menant d'autres études couvrant la plus grande majorité de la population.

## RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

### ❖ **Aux personnels de santé**

- Donner de larges informations sur cette affection
- Inciter les malades à se faire consulter le plus tôt possible
- Eviter l'automédication source de résistance
- Faire un interrogatoire et un examen physique minutieux des patients présentant au moins un signe d'IST.
- Insister sur le respect de la durée du traitement afin d'éviter les rechutes et les réinfections précoces.

### ❖ **Au Laboratoire :**

Insister sur l'importance de la technique, de l'examen cytbactériologique des urines, tant en ce qui concerne la qualité des conditions de prélèvement que celle de l'examen et de l'interprétation des résultats.

### ❖ **AUX POPULATIONS :**

Une prévention des IST passant par un changement de comportement, ce qui permet :

- ✓ Réduire le nombre de partenaire au strict minimum.
- ✓ Adopter les mesures de protection contre la transmission des IST .
- ✓ Consulter un service spécialisé dès l'apparition des 1<sup>ière</sup> signes d'IST .

### ❖ **Aux autorités**

Entreprendre au Mali des études sur la prévalence des infections Sexuellement transmissible ; organiser les causeries débats portant sur cette affection, les causes et leur gravité et les mesures préventions.

# **VIII-BIBLIOGRAPHIE**

## VIII-BIBLIOGRAPHIE

1. **OMS**, guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, 2003
2. **OMS**. Bureau régional de la méditerranée orientale. Août 2008. EM/RC55/6. Module de formation pour la prise en charge syndromique des IST. 2<sup>ème</sup> Edition 2008
3. **Hayes RJ, Schulz KF, Plummer FA**. The cofactor effect of genital ulcers in the perexposure risk of HIV transmission in sub-Saharan African. *Jornal of tropical Medicine and hygiene*, 1995,98.
4. **Report of an intercountry meeting on the implementation of who global strategies of reproductive health and prevention and control of sexually transmitted infections in the Eastern Mediterranean Regional office for the Eastern Mediterranean**, 2008.
5. **OMS**. Global prevalence and incidence of curable sexually transmitted infections. Genève, organisation mondiale de la santé, 2001
6. **Mayaud P, Mabey D**. Approches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems and modern chalanges. *Sexually transmitted infections*, 2004,80:174-182
7. Infection sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur – Guide de pratiques essentielles. Genève, organisation mondiale de la santé, 2005.
8. **DIAWARA S** Prise en charge des IST selon l'approche syndromique au CSCOM de banconi. Thèse de médecine 2008.
9. **Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS Genève 2013**. Prise en charge des patients atteints de maladie sexuellement transmissibles.
10. **KATTRA N**.  
Etude de la prévalence des MST/VIH à des facteurs de risque de l'infection par le VIH dans les régions de Koulikoro, Sikasso, Mopti en république du Mali. Thèse pharm. 1999

**11. CDC. 2002.** Etude d'évaluation de l'approche syndromique de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) au Mali.

**12. Goeman i, meheus a, piot p.**

L'épidémiologie des MST dans les pays en développement à l'ère du SIDA.

Ann. Doc. Belg. Med. Trop.1991, 71 : 81-113

**13. GROSSKURTH H, MOSHAF, TOLD J, et ALL.**

Impact of improved treatment of sexually transmitted

**14. Maladies sexuellement transmissibles :** politiques et principes de prévention et de soins. 1998, P4 Thèse de Médecine.

**15. Etude intégrée sur la prévalence des IST** et les comportements sexuels (ISBS) dans des « lieux à haut risque » du Mali 2005.

**16. LASSENY DIARRA :**

Profils épidémio-cliniques des IST et évaluation de la prise en charge syndromique au centre de santé de référence de la commune V **Thèse Méd.** 2001 N°50

**17. OMS PNLS SIDA RCI**

The current global of the HIV-AIDS pandémie, juillet1995

**18. Lutte contre les MST :** mesure de santé publique OUNSIDA actualisation. Mai 1998; P7

**19. WHO, UNAIDS.** Report on the global HIV/AIDS epidemic. June 1998

**20. Enquête démographique de la santé au Mali.** EDSM III 2001, EDSM IV 2006

**21. Etude du programme National de lutte contre le SIDA.** PNLS/CDC Atlanta 2000 : prévalence des IST au Mali version 2006 P: 5

**22. TALL M** Projet pilote d'intervention visant à freiner la propagation des MST/SIDA dans un groupe à haut risque. Partie I. Thèse pharm., Bamako, 1985 ; 59P.

**23. Xème conférence internationale sur le SIDA et les MST (CISMA)**

Livre des résumés du 07-11 déc. 1997 Abidjan Côte d'Ivoire P475

**24. SOW M., ZOUNG-KANYI J.** Orchi-épididymite en milieu camerounais à propos de 214 cas observés en 3 ans au service d'urologie de l'hôpital central de Yaoundé (Cameroun). *Med Afr Noire* ; **36** :704 – 10.

**25. Traoré S.** Contribution à l'étude des maladies sexuellement transmissibles dans le district de Bamako. **Thèse pharm.** Bamako, 1985. N°8

**26. THIAM D.** Les maladies sexuellement transmissibles au Sénégal. Problème de santé publique. **Thèse Med.** ; 1975, Dakar ; N°9

**27. Mme Keïta A.**

Contribution à l'étude des vulvo-vaginites à trichomonas vaginale à propos de 448 observations. **Thèse Med.** , Bamako, 1981, N°22

**28. SOUMARE D.** Les infections génitales basses en consultation au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du point G (157 observations).

**Thèse Med.** ; Bamako, 1988 ; N°10

**29. Coulibaly M T, Kéïta Souleymane Fassery , Ouattara Zanafon, Daou S,**

**Dolo G.**Evaluation de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des infections sexuellement transmissibles au CHU Gabriel Touré. Mali

*Médical.*2017 ;Tome XXXII

**30. Sanogo. D**

Etude de l'infection urinaire en consultation au service d'urologie au CHU du Point G. **Thèse Méd.** 2009 N°13

**31. DESSE DIARRA :** Infections génitales basses à la consultation externe à l'hôpital Gabriel TOURE à propos de 200 observations. **Thèse Méd.** 2000 N°57

**32. DIALLO R.**

Prévalence de *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans* et *Gardnerella vaginalis* parmi les étiologies des infections génitales féminines à Bamako. A propos de 4710 prélèvements vaginaux examinés dans le laboratoire de bactériologie de l'INRSP de 1989 à 1992

**33. DARAMOLAI. Et OYED DIRAN M.A.**

Veneral diseases in Lagos. *J. Med. Scie*, 1971 ; 7 : 288-2

**34. F. Ly et collaborateurs :**

Étude prospective des Infections sexuellement transmissibles aux centres de santé de référence pour les IST à Dakar IHS (Institut d'hygiène sociale). *Médecine tropicale* 2006 ; 66 : 64-68

**35. TRAORE H.** Etude de prévalence de la conjonctivite néonatale à *Neisseria gonorrhoeae* et *chlamydiae trachomatis* dans une population de 280 nouveau-nés vus en consultation postnatale à la PMI de Missira. **Thèse Pharm.**, Bamako, 1991 ; N°12 ; 105p.

**36. FOURCADE J.** Infections des voies urinaires. *Encycl. Med Chir, Reins et Organes génito urinaires*, 1976 ; 32 : 1234-7.

**37. Prise en charge des patients atteints de maladies sexuellement transmissibles** Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS, Genève, 1991 ; P112

**38. Rapport séminaire**

Atelier sur l'identification des germes responsables des MST et leur sensibilité selon les données de l'INRSP et du laboratoire du point G, du 5 au 6 septembre 1996



# IX- Annexes

## A. Données Générales

Numéro d'enregistrement : .....

Date : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Age : .....

Sexe

1-Masculin

2- Féminin

Principale activité

1-Cadre sup

2-Cadre moyen

3-Commerçant

4-Cultivateur

5-Manœuvre

6-Ménagère

7-Elève/Étudiant

8-Autres

Si autre à préciser.....

Ethnies

1-Bambara

2-Malinké

3-Peulh

4-Sonrhäï

5-Sarakolé

6-Sénoufo

7-Bobo

8-Minianka

9-Touareg

10-Dogon

11-Autre

Si autre à préciser.....

Situation matrimoniale

1-Marié (e)

2-Célibataire

3- Divorcé(e)

4-Veuf (e)

Adresse habituelle .....

Contact à Bamako.....

Provenance

1-Kayes

2- Koulikoro

3-Sikasso

4-Ségou

5-Mopti

6-Tombouctou

7-Gao

8-Kidal

10-Bamako

11-Autre

Nationalité.....

1-Malienne

2- Autre

Adressé par

1-Venu de lui-même

2-Médecin

3-Infirmier

4-Autre

9-Indéterminé

## **B. Examen physique**

### **Inspection**

Les organes génitaux externes :

1-Normaux

2-Anormaux

3-Autres.....

### **Palpation**

1-Gros rein

2- Nodule épидидymaire

3-Contact lombaire

4-épaississement épидидymaire

Autres à préciser .....

### **Toucher pelvien**

Résultat : .....

## **C. Examens para cliniques**

### **Biochimique**

Glycémie

Créatininémie

Autres à préciser .....

### **Biologiques**

NFS.....

ECBU + antibiogramme : .....

ECB du liquide prostatique : .....

### **Imagerie**

Echographie abdominopelvienne : .....

UIV : .....

UCR.....

Cystoscopie.....

Autres.....

**D. Les références diagnostiques**

- Les types d'IST diagnostiqués cliniquement
- Ecoulement vaginal et/ou douleur abdominale basse
- Ecoulement urétral et/ou dysuries
- Bubon inguinal
- Tuméfaction Scrotale
- Ulcération génitale

**E. Traitement déjà effectué**

1-Traditionnel

2-Médical

3-Autres.....

**F. Traitements**

**Antibiotiques :**

Nom : .....

La posologie : .....

La durée : .....

**Antiseptique :**

Nom : .....

La posologie : .....

La durée : .....

**Anti-inflammatoires :**

Nom : .....

La posologie : .....

La durée : .....

**Autres traitements :**

Nom : .....

La posologie : .....

La durée : .....

**G. Nombre de consultations**

Nouveaux patients

Anciens Patients

**H. Résultat du traitement :**

Patients satisfaits ou guéris

Patient non satisfaits ou aggravés

*NB : Nouveaux patients = Malade ayant fait une seul consultation*

*Anciens patients = Malade ayant été consulté au moins deux fois.*

## **FICHE SIGNALITIQUE**

**NOM** : *Kanouté*

**PRENOM** : *Soumba*

**Email** : *soumbakanoute@gmail.com*

**Titre** : *ETUDE DES IST PRESUMÉES BACTÉRIENNES AU SERVICE D'UROLOGIE DU CHU-GT*

**Année universitaire** : *2018-2019*

**Ville de soutenance** : *Bamako*

**Pays d'origine** : *Mali*

**Lieu de dépôt** : *Bibliothèque de la Faculté de Médecine, et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)*

**Secteur d'intérêt** : *Urologie.*

### **RESUME**

*Cette étude sur l'approche syndromique au service d'urologie du CHU Gabriel TOURE a été effectuée de février 2017 à Mai 2018. Le but de l'étude était de permettre une meilleure connaissance de la fréquence des IST d'une part et d'autre part évaluer l'application de la stratégie de prise en charge syndromique.*

*Nous avons effectué une étude prospective et descriptive chez les patients consultés pour IST au service d'urologie. Nous avons obtenu les résultats suivants : 100 cas d'IST (Dysurie, Cystite, Tuméfaction scrotale, Prostatite).*

*Les cas VIH n'ont pas été inclus. Le sexe ratio était de 88% en faveur du sexe masculin.*

*La tranche d'âge 26-35 ans était la plus touchée, les patients mariés étaient les plus représentés. La majorité était bambara.*

*Tous les cas avaient été diagnostiqués cliniquement les examens complémentaires*

étaient demandés pour avoir une confirmation du diagnostic, sur le plan de la prise en charge syndromique, l'antibiothérapie probabiliste a été appliquée à chaque type IST l'antibiothérapie a été réadaptée à l'antibiogramme avec une réponse thérapeutique efficace dans : 61,61% pour les prostatites , 98,60% pour les urétrites , 100% pour les tuméfactions scrotales ,90, 78% pour la cystite.

De façon générale, une guérison de 88,28% de l'effectif total été constatée.

**Motsclés:** IST, approche syndromique, urologie, CHU Gabriel T

## PERSONAL DETAILS CARD

**Surname:** KANOUTE

**First name:** SOUMBA

**Email:** soumbakanoute@gmail.com

**Title:** Title: SYNDROMIC APPROACH IN BY IST INTHE DEPARTMENT OF UROLOGY CHU-GT: EFFECTIVENESS OF TREATMENT.

**Academic Year:** 2017-2018

**Town of defense:** Bamako

Country of origin: MALI

**Sector of interest:** Urology

**Place of deposit:** FMOS Library

### **Summary:**

This study on the syndromic approach to urology CHU Gabriel Touré service was conducted in February 2017 to May 2018 The purpose of the study was to provide a better understanding of the incidence of STIs on the one hand and secondly evaluate the implementation of the strategy of syndromic management.

We performed a prospective descriptive study of patients consulted for STI Urology. We obtained the following results: 100 cases of STIs (dysuria, cystitis, scrotal swelling, prostatitis).

HIV cases have not been included. The sex ratio was 88% for males.

The age group 26-35 years was the most affected, patients marrieds were most represented. The majority were Bambara.

All cases were diagnosed clinically additional tests were required for confirmation of the diagnosis, in terms of the syndromic management, probabilistic antibiotic therapy was applied to each type IST antibiotic, and was rehabilitated in

susceptibility testing with an effective therapeutic response: 61.61% for prostatitis, urethritis 98.60% to 100% scrotal swelling, 90, 78% for cystitis.

In general, a healing of 88.28% of the total workforce was found.

Keywords: STI syndromic approach, Urology, CHU Gabriel TOURÉ.



## **SERMENT D'HYPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

**JE LE JURE**