

SOMMAIRE

LA LISTE DES ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION :	4
I OBJECTIFS :	8
II GENERALITES	10
III METHODOLOGIE.....	33
IV RESULTATS.....	41
V COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	57
VI CONCLUSION	61
VII RECOMMANDATIONS	63
VIII REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	64
IX ANNEXES	68

Table des matières

LA LISTE DES ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION :	3
I OBJECTIFS :	8
II GENERALITES	10
II.1 Les infections sexuellement transmissibles	10
II.2 Infection à VIH/sida	19
II.3 Algorithme thérapeutique des syndromes	25
III METHODOLOGIE	33
III.1 Cadre et lieu d'étude	33
III.2 Type et période d'étude	37
III.3 Population d'étude	37
III.4 Échantillonnage	37
III.5 Critères d'éligibilité	38
IV RESULTATS	41
V COMMENTAIRES ET DISCUSSION	57
VI CONCLUSION	61
VII RECOMMANDATIONS	63
VIII REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	64
IX ANNEXES	68

La liste des abréviations

FMPOS :	Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie
CSRéf :	Centre de Santé de Référence
CScom :	Centre de Santé Communautaire
MST :	Maladies Sexuellement Transmissibles
IST :	Infections Sexuellement Transmissibles
VIH :	Virus Immunodéficience Humain
SIDA :	Syndrome Immunodéficience Acquis
HSV2 :	Herpès Simplex Virus 2
ADN :	Acide Désoxyribose nucléotide
ARN :	Acide ribose nucléotide
AMP :	Ampoule
TV :	Toucher vaginal
TR :	Toucher rectal
TPI :	Test d'Immobilisation des Tréponèmes
BW :	Bordet Wassermann
OMS :	Organisation Mondial de la Santé
EDS :	Enquête Démographique de Santé
INTI :	Inhibiteur Nucléotidique de la transcriptase inverse
INNTI :	Inhibiteur Non Nucléotidique de la transcriptase inverse
IP :	Inhibiteur de la protéase
PEV :	Programme élargie de vaccination
IFM :	Institut de formation des maîtres
ORL :	Oto-rhino-laryngologie
SIS :	Système d'Information Sanitaire.
IM :	Injection intramusculaire
INJ :	Injection
IVD :	Intra-veineuse directe
ARV:	Antirétroviraux
CD4:	Cluster of differentiation 4
P-V:	Pénis-Vagin
P-A :	Pénis-Anus
P-B :	Pénis- Bouche
VHB :	Virus de l'hépatite B
VHC :	Virus de l'hépatite C
SIP :	Syndrome Inflammatoire pelvien

INTRODUCTION

Introduction :

Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent aujourd'hui un véritable problème de santé publique. Malgré les efforts des services de santé pour le traitement et l'éducation des patients, elles sont en recrudescence. Ce phénomène inquiète au regard de la tranche d'âge en pleine productivité. **[19]**

Les IST se propagent rapidement partout dans le monde et si elles ne sont pas traitées, elles risquent de mener à de graves complications (Les stérilités féminines et masculines, la perte du fœtus, la grossesse extra-utérine, le cancer ano-génital, ainsi que l'infection du nouveau-né et du nourrisson) et même causer le décès. **[19]**

L'apparition du VIH et du sida a focalisé l'attention sur la lutte contre les IST. Il existe une forte corrélation entre la propagation des IST classiques et la transmission du VIH, et l'on observe que les IST qui causent ou non des ulcérations augmentent le risque de transmission sexuelle du VIH. **[32]** Alors que l'infection par VIH n'a pas encore de traitement qui guéri définitivement, ni de vaccin, il est encore possible de traiter de façon adéquate les IST, et à un coût abordable. **[19]**

L'émergence et la propagation de l'infection à VIH et du Sida ont également compliqué la lutte contre certaines IST et leur prise en charge. **[32]**

Dans une prise en charge habituelle des IST, pour déterminer quel organisme produit un syndrome en particulier, il est nécessaire d'avoir facilement accès à un laboratoire. Ce n'est toutefois pas le cas de la majorité des membres du personnel de santé et des patients atteints d'IST. C'est pourquoi le Ministère de la Santé à l'instar de l'OMS, recommande la prise en charge syndromique des IST. Cela signifie que lorsqu'un patient souffre d'un syndrome en particulier, vous devriez le soigner pour toutes les IST courantes qui causent le syndrome en question. Cela signifie également qu'il faut apprendre à communiquer avec les patients, leur fournir les renseignements essentiels dont ils ont besoin et traiter leurs partenaires sexuels. **[19]**

Malgré tous leurs efforts, les services de santé s'occupant de la lutte contre les IST ne parviennent souvent pas à traiter la majorité des individus contaminés. Ce n'est qu'en traitant les patients atteints d'IST lors de leur première visite à l'établissement de soins que nous pourrions commencer à réduire le fardeau qu'elles représentent. **[19]**

L'organisation Mondiale de la santé a évalué en 1995 à plus de 330.000.000, le nombre de nouveaux cas d'IST guérissables apparaissant chaque année. Environ 1.000.000 d'infections apparaissent chaque jour. **[19]**

En 2008, il y a eu 33,4 millions de personnes vivant avec le VIH, 2,7 millions de nouvelles infections et 2 millions de décès liés au sida. L'Afrique subsaharienne est la région la plus touchée et abrite 67% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH dans le monde. [33]

En outre, les différentes études menées au Mali montrent que les IST constituent un problème de santé publique. Des résultats de ces études financées par la banque mondiale en 1994, il ressort que la prévalence des IST et du VIH et SIDA chez les femmes enceintes, les camionneurs et les professionnelles de sexe, est répartie comme suit :

Sur cinq cent trois (503) femmes enceintes infectées 3,8% des infections étaient dues au VIH ; O, 4% à la gonococcie, 3% à la syphilis, 13,1% à l'herpès simplex et 46% aux infections non gonococciques. Par contre, on a enregistré sur trois cent vingt (320) professionnelles du sexe, 51,9% de cas de VIH; 13,4% de gonococcie, 12,4% de syphilis, 74% d'herpès simplex et 96,6% d'infections non gonococciques. Les camionneurs sont à 8,9% infectés par le VIH, aucun cas de gonococcie, 7,3% de syphilis, 16,4% d'herpès simplex et 31,9% d'infections non gonococciques. [32]

Une enquête effectuée en 2000-2001 sur la connaissance, l'attitude et le comportement sexuels en matière d'IST et SIDA en milieu scolaire à Bougouni a montré que :

- ✓ Les IST les plus connues par toutes les personnes interrogées étaient la gonococcie et la syphilis avec respectivement 85,9 % et 49,9 % des élèves et enseignants.
- ✓ Presque tous les élèves de L'IFM de Bougouni étaient sexuellement actifs (98,6 %), et l'âge moyen au premier rapport se situe à 15 ans.
- ✓ Près de la moitié des élèves sexuellement actifs ont eu des rapports sexuels non protégés dans le passé (45,7 %).
- ✓ 46% ont eu des rapports sexuels non protégés pendant les trois dernier mois précédant l'enquête [27].

En plus le cercle de Bougouni attire de nombreux immigrants venant des quatrième, cinquième et sixième régions du Mali et des pays voisins à cause des exploitations d'or. L'émigration se fait sentir ces dernières années avec un retour massif d'immigrants originaire du cercle ou d'autres localités du pays à cause des évènements de la côte d'ivoire. [15]

La migration étant aussi un facteur de propagation des infections sexuellement transmissible.

Ce sont entre autres ces raisons qui nous ont motivés à choisir ce lieu pour mener cette étude.

OBJECTIFS

I Objectifs :

I.1 Objectif général

Décrire le profil épidémioclinique et l'approche de la prise en charge syndromique des cas d'IST et des cas de VIH et SIDA dans le Centre de Santé de Référence de Bougouni.

I.2 Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des cas d'IST et des cas de VIH et SIDA;
- Décrire les différents syndromes cliniques observés.
- Apprécier l'approche de la prise en charge syndromique des cas d'IST et des cas de VIH et SIDA ;

GENERALITES

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MEMOIRE

II Généralités

II.1 Les infections sexuellement transmissibles

II.1.1 Définition

Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un groupe de maladies infectieuses dues à des agents microbiens transmises exclusivement ou principalement par contact sexuel entre deux partenaires dont l'un est infecté. Il s'agit de bactéries, virus, parasites et champignons qui peuvent être associés entre eux à des degrés divers (une IST peut en cacher une autre). [24]

La vieille dénomination maladies sexuellement transmissibles (MST) à tendance à être abandonnée, on préfère les appeler infections sexuellement transmissibles. Parce que leur champ s'est considérablement agrandi puisque, à côté des maladies classiques comme la syphilis, la gonococcie, le chancre mou, la maladie de Nicolas Favre, on étudie l'herpès génital, les infections uréthro génitales non gonococciques, car elles sont toutes de nature infectieuse et transmises par voie sexuelle [40]. L'expression a été adoptée en 1999, car elle tient mieux compte des infections asymptomatiques [32]. Cette définition fait du VIH et SIDA une infection sexuellement transmissible.

Les IST se manifestent par une atteinte de la sphère génitale et/ou par une infection généralisée.

II.1.2 Les facteurs de risques [13]

Les risques d'être contaminé par une infection sexuellement transmissible dépendent à la fois de la probabilité de rencontrer un partenaire infecté et la susceptibilité à contracter la maladie.

On peut citer comme facteur :

-L'âge : Le jeune âge est dans toutes les études un facteur de risque de contamination par IST.

-Le sexe : Il est plus facile pour une femme de se faire contaminer par un homme que le contraire.

-Facteurs démographiques : Le statut marital est lié au risque des IST, les célibataires, les divorcés et séparés étant plus fréquemment atteints.

-La pratique sexuelle : Les rapports anaux sans protection constituent un risque accru de contamination, les rapports sexuels pendant la menstruation.

Le fait de ne pas se servir d'un préservatif dans l'une ou l'autre de ces situations expose les deux partenaires à un risque d'infection très élevé.

II.1.3 Agents pathogènes [40]

On dénombre plus de vingt micro-organismes qui se transmettent principalement ou couramment lors de rapport sexuel et qui sont la cause de nombreux syndromes d'IST; entre autres on peut citer : *Neisseriae gonorrhée*, *Treponema pallidum*, *Chlamydia trachomatis*, *Candida albican*, *Human Pappilloma virus*, *Herpès simplex virus*, *Gardnarella vaginalis*, *Uraplasma urealyticum*, *VIH*, *HBV*, *HCV*, *HMV8*.

En France, un arrêté ministériel 2001 donne accès à un système d'assistance médicale à la procréation pour les VIH, VHC, VHB. Il s'adresse aux couples dont un ou les deux partenaires sont séropositifs. [8]

II.1.4 Mode de transmission [28]

- Les IST se transmettent principalement par des relations sexuelles avec pénétration non protégée ;
- la transmission de la mère à l'enfant : pendant la grossesse (VIH et syphilis), à l'accouchement (*gonorrhée et chlamydia*), ou après la naissance (VIH) ;
- les transfusions ou autres contacts avec le sang ou des produits sanguins (syphilis et VIH) ;
- Accidents d'exposition au sang.

II.1.5 Incubation

Elle est fonction du micro-organisme en cause [40].

II.1.6 Les différents syndromes cliniques

II.1.6.1 Les urétrites

L'urètre antérieur est la première partie du tractus génito-urinaire à être atteint dans les infections sexuellement transmissibles, le symptôme initial est habituellement une dysurie parfois un simple picotement. L'origine de l'écoulement est confirmée par la pression sur l'urètre ramenant plus de pus au méat. L'épreuve des deux verres montre un trouble dans le premier verre et des urines claires dans le second. A ce stade, les complications sont rares.

Chez certains malades au bout de quelques jours l'écoulement diminue.

La sensation de brûlure à la miction est suivie par un écoulement urétral avec présence de filaments dans les dix premiers millilitres d'urine. Les germes les plus fréquents sont : *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis* *Mycoplasma hominis*, les pyogènes, levures. [31]

II.1.6.1.1 Les urétrites gonococciques :

Chez l'homme : La période d'incubation est habituellement 2-3 jours. Écoulement urétral est purulent (jaune, verdâtre) avec sensation de brûlure mictionnelle « d'où le nom de chaude pisse », d'odeur désagréable, touchant le slip à l'examen [14]

Chez la femme : Environ un tiers des femmes ne présentent aucun symptôme, seulement 20% ont des signes souvent discrets, et on suspecte l'origine gonococcique. La période d'incubation est plus longue que chez l'homme, d'environ deux semaines. Il s'écoule souvent un grand délai près d'un mois, avant qu'un traitement soit établi. La majorité ne se traite qu'après la mise en route du traitement chez le partenaire. Certaines formes asymptomatiques ne sont découvertes que lors d'un examen prénatal, voire même à l'occasion d'une salpingite ou bartholinite. Pendant cette période la femme reste contagieuse pouvant récontaminer le partenaire. La forme clinique typique associe une atteinte de l'urètre et du col de l'utérus. [31]

II.1.6.1.2 Les urétrites non gonococciques

Elles ont une incubation plus longue de 1-3 semaines, et le plus souvent causées par *Chlamydia trachomatis* ou par *Trichomonas vaginalis* ou par le *Mycoplasma homini* [19]

II.1.6.1.2.1 Urétrites à *Chlamydiae trachomatis*

Les chlamydias sont des minuscules bactéries (300mµ) ayant de nombreux caractères communs avec les bactéries à gram négatif, mais ces bactéries sont adaptées à un parasitisme intracellulaire obligatoire. La période d'incubation est souvent très difficile à préciser (89% des cas). En général, elle se situe entre 4-5 jours. Cette période est contagieuse et joue un rôle capital. Elle se manifeste par un léger suintement, plus souvent clair et visqueux que purulent, intermittent, à renforcement matinal, presque toujours peu douloureuse. Les signes fonctionnels sont plus ou moins discrets, quelques brûlures, un léger prurit, les urines sont claires contenant quelques filaments d'un premier verre. Dans 15-20% des cas l'écoulement se résume à une goutte matinale

isolée s'accompagnant de brûlures. 15% environ, l'écoulement est absent et 5% des cas il est hémorragique. Les mictions fréquentes peuvent être très douloureuses dans leur partie terminale. [40]

II.1.6.1.2.2 Urétrites à *Trichomonas vaginalis* [13]

Chez l'homme : L'urétrite se résume le plus souvent à un écoulement mucopurulent matinal, l'écoulement est discret. Des douleurs périnéales suggèrent une prostatite d'accompagnement.

Chez la femme : Les symptômes sont souvent absents. La durée de la période d'incubation est comprise entre 4 jours et 4 semaines, les symptômes les plus fréquents sont : les leucorrhées, une vulvite, une vaginite et une cervicite peuvent être associées. Et 5% des femmes ont un examen clinique normal.

II.1.6.1.2.3 Urétrites à mycoplasmes (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) [40]

Chez l'homme : Dans la majorité des cas c'est une goutte matinale ou écoulement minime accompagné de sensation de prurit urétral

Chez la femme : C'est généralement une vulvo-vaginite, les leucorrhées sont peu abondantes accompagnées souvent d'urétrite et/ou de cystite. Cependant 30-40% des femmes porteuses sont asymptomatiques. La principale complication est la bartholinite.

II.1.6.1.2.4 Traitement des Urétrites : [40]

°Mesures générales :

- Boire beaucoup +mictions fréquentes (effet de lavage)
- Traitement du partenaire également
- Abstinence sexuelle temporaire
- Hygiène sexuelle
- Uriner après l'acte sexuel
- Éviter les sprays intimes et le savon pour la région génitale

°Antibiotiques adaptés

-*Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* et *Mycoplasma hominis* : Doxycycline (2x100mg/jour) ou Macrolide (Exemple : Clarithromycine 500mg, 3-4 CP/jr) pendant 2 semaines. Comme les chlamydias peuvent persister en intracellulaire sous forme de corpuscules inactives, des traitements plus longs sont conseillés en cas d'infection à clamydia. [40]

II.1.6.2 Écoulement vaginal

La voie génitale féminine reçoit facilement les microbes de voisinage, elle réagit par une sécrétion pouvant entraîner des irritations et des démangeaisons. [3]

Les écoulements vaginaux sont normaux par leur couleur, leur odeur, ou par leur abondance.

En cas de pathologie, les germes les plus souvent responsables sont *Trichomonas Vaginalis*, *candida albicans*, *Gardnarella vaginalis* et des anaérobies vaginaux. [19]

II.1.6.2.1 Écoulement à *Trichomonas Vaginalis*[40]

Les leucorrhées plus ou moins abondantes, classiquement mousseuses et aérées, parfois jaunâtres, parfois blanchâtres. Une vulvite et une vaginite atteignant au début le 1/3 antérieur du vagin puis tout le vagin. Cette inflammation donne une dyspareunie.

Traitement

Le traitement se fait avec un savon acide et 1-2 ovule de Métronidazole par jour pendant 10 jours. Le traitement minute par Métronidazole 2 Grammes est aussi efficace.

II.1.6.2.2 Écoulement à *Gardnarella vaginalis*[40]

Écoulement a tendance à adhérer aux parois vaginales, son odeur est désagréable.

Certains reprochent à ce germe d'être responsable d'avortement et de bactériémie du post-partum.

Traitement

Le traitement local : gels vaginaux à base d'Hextril et aussi des gelées acides et des comprimés locaux à base Chloramphénicol.

Le traitement général : Métronidazole à raison de 1g/jrs pendant 8-10jours ou l'Ampicilline par voie orale 500g chaque 6 heures pendant 5 jrs.

II.1.6.2.3 Écoulement à *Candida albicans* : [40]

Les leucorrhées sont abondantes, blanchâtres, crémeuses, la dysurie est fréquente .Il donne aussi les mêmes symptômes chez l'homme que chez la femme.

Chez la femme enceinte le nouveau-né peut être infecté lors de l'accouchement, provoquant des lésions cutané-muqueuses, voire une septicémie

Traitement :

La nystatine en ovule (un ovule chaque soir pendant 14 jours) .

II.1.6.3 Douleur abdominale basse [14, 34]

Elle désigne une maladie inflammatoire pelvienne (salpingite, endométrite) soupçonnée ou confirmée. Il s'agit d'une diffusion de l'infection par voie ascendante à partir du bas appareil génital vers les voies génitales hautes. Elle joue un rôle important dans la stérilité, et la grossesse extra utérine.

Les principaux agents pathogènes sont le *Nesseriae gonorrhoeae*, le *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*.

Les symptômes cliniques observés sont le plus souvent :

- L'écoulement vaginal,
- La douleur pelvienne
- Une sensibilité a la mobilisation du col
- Une température supérieure à 38° C
- Une altération de l'état général

Traitement

C'est la trithérapie : Ciprofloxacine 500mg en prise unique + Doxycycline 100mg per os 2 fois /jrs pendant 14jrs + Métronidazole 500mg per os 2 fois/jrs pendant 14jrs.

II.1.6.4 Ulcérations génitales [13]

Les cinq infections sexuellement transmissibles responsables d'ulcération génitale sont herpès, syphilis, chancre mou, lymphogranulomatose vénérienne, donovanose. L'analyse sémiologique a une sensibilité diagnostique relative du fait que les tests de laboratoire ne sont pas disponibles également partout.

Les agents pathogènes des écoulements génitaux [*N gonorrhoeae* ; *C trachomatis*] peuvent parfois réaliser une ulcération.

Une connaissance sur la sémiologie seule n'a pas une rentabilité excellente. En effet, les évaluations cliniques de l'ulcération herpétique même par les vénérologues sont erronées dans près de 40% des cas.

La syphilis est la deuxième cause d'ulcère génital, elle est précédée par l'herpès dans les pays développés, et pour le chancre mou dans les pays en voie de développement

La présence d'ulcère génitale est un cofacteur important vis à vis de l'acquisition du virus VIH. Le risque est accru par la présence du prépuce.

Ainsi les mesures désignées à contrôler les ulcérations génitales des IST s'inscrivent directement dans la prévention du VIH/SIDA.

II.1.6.4.1 Ulcérations herpétiques [13]

Les lésions génitales ou extra génitales de la moitié inférieure du corps sont dues d'abord à HSV2 mais 10% des infections génitales sont dues à l'herpès simplex virus type1

Chez la femme

C'est une vulvite aigue très douloureuse avec malaise ; fièvre et adénopathies inguinales. On constate de multiples vésicules à base inflammatoire et parfois un œdème des grandes et petites lèvres. De telles lésions sont visibles au niveau du col utérin et vagin. Aux vésicules succèdent des érosions.

Chez l'homme

La localisation est le plus souvent au niveau de la muqueuse de la glande [balanite]. Les signes généraux sont moins marqués. Il existe une douleur de la zone de perçage, l'intensité des symptômes varie beaucoup d'une personne à une autre.

Traitement

Acyclovir [ZOVIRAX] est efficace sur les types 1 et 2

Voie générale : CP 200mg, 400mg et perfusion IV [Ampde 250mg]

Utilisation locale : crème à 5%

II.1.6.4.2 Ulcérations syphilitiques [34]

Les contaminations syphilitiques s'observent à tous les âges, chez les sujets des deux sexes, mais elles sont bien évidentes que les risques sont plus grands dans les périodes de plus grande activité sexuelle.

Tout contact d'une muqueuse ou d'un tégument avec une lésion syphilitique récente constitue la source de contamination.

II.1.6.4.2.1 Syphilis primaire

Elle se caractérise par l'apparition d'ulcération superficielle à l'endroit où le tréponème a pénétré. [34]

Chez l'homme [34] : Chancre du sillon balano-préputial

Classiquement il s'agit d'une érosion unique et indolore de dimension variable [quelque mm à 2cm] arrondie ou ovale. Son fond est rouge vif parfois recouvert d'un enduit grisâtre. Sa base est indurée. Cet aspect classique est moins fréquent aujourd'hui qu'autrefois. Souvent en effet le chancre prend un caractère d'emblée ulcéreux avec des bords nets. Il est plus ou moins douloureux à la palpation.

Il est souvent multiple. L'induration plus difficile à apprécier, noyée dans une réaction inflammatoire parfois marquée. [34]

Chez la femme [13]

Le chancre syphilitique génital est beaucoup moins courant chez la femme que chez l'homme

Le chancre du col : Découvert à l'occasion d'un examen systématique, dont l'adénopathie iliaque n'est perçue qu'au TR ou TV.

C'est une large érosion suintante dont l'induration est mal perçue

Le chancre du vagin est rare et peut être situé à la fourchette, au clitoris, au méat, au pubis sur une petite ou une grande lèvre, accompagné alors souvent d'un œdème.

II.1.6.4.2.2 Syphilis secondaire

Elle apparaît 2 mois après le contagé, 45 jours après le chancre et se caractérise par une première floraison associant des signes cutanéomuqueux, et généraux (céphalées nocturnes, douleur musculo-articulaire)

Les manifestations cutanéomuqueuses sont multiples.

La roséole : est le premier signe de la syphilis secondaire, il s'agit d'une éruption de taches arrondies ou ovales, prurigineuse siégeant sur le tronc, de couleur rose [roséole] mauve [34]

Entre le 4^{ème} et 6^{ème} mois une seconde floraison peut apparaître, celle-ci réalise des papules c'est à dire des petites élevures de 3-5mm de diamètre disséminées sur tout le corps, mais avec une prédilection sur la face [13]

II.1.6.4.2.3 Syphilis tertiaire

La survenue des manifestations cliniques n'est pas obligatoire. Elles apparaissent 2-10 ans après le chancre [lésions cardiaques, syphilis nerveuse] [34]

II.1.6.4.2.4 Syphilis congénitale [34]

La contamination du fœtus in utero fait que d'emblée, se réalise une septicémie tréponémique, comme en témoignent les lésions trouvées chez les fœtus tués in utero et

rejetés comme un corps étranger [avortement syphilitiques]. Ce fœtus est infecté entre le 5^{ème} mois et la naissance.

Toute ulcération génitale doit obligatoirement commander la recherche du parasite dans la lésion.

II.1.6.4.3 Ulcérations de la lymphogranulomatose vénérienne [Nicolas-Favre] [31]

La lésion primaire est une vésicule ou une érosion qui guérit rapidement. L'adénite et péri adénite inguinale associées donnent la formation des bubons inguinaux et fémoraux. IL s'agit d'une hypertrophie des ganglions lymphatiques dans la région de l'aîne, qui sont douloureux.

Traitement [31]

Ce sont des médicaments à bonne pénétration intracellulaire : les macrolides, les cyclines, les phénicolés pendant au moins 21jours.

II.1.6.4.4 Ulcérations de la donovanose [granulome inguinal] [36]

C'est une maladie limitée essentiellement aux zones tropicales, très rares en occident. Les lésions surviennent sur les organes génitaux, le périnée, le pli inguinal. Elles forment rapidement une ulcération granulomateuse friable surélevée qui s'étend de proche en proche sur la peau. L'agent causal est le *Calymnatobacterium granulomatis* [Anciennement appelé Donovanian granulomatis] est décelable sur un bourgeon granulomateux écrasé coloré au Giemsa. La place de ce germe dans la classification des bactéries reste incertaine.

Traitement

Le traitement fait appel à la Tétracycline 2grammes/jr au moins trois semaines. [36]

II.1.6.4.5 Chancre mou

Il se présente initialement comme une lésion génitale papuleuse, très rapidement elle se rompt pour former une ulcération. Elle est généralement unique, mais plusieurs lésions peuvent cependant s'observer, parfois confluentes. Le germe responsable *Hæmophilus ducreyi* est parfois visible sur un frottis coloré au gram.

Ulcération irrégulière étendue le long du sillon balanoprépucial son caractère douloureux, et souple au toucher est le principal argument qui le distingue du chancre syphilitique

[16]

Traitement : [32]

Son traitement est devenu de plus en plus difficile là où la prévalence de l'infection à VIH est augmentée en raison de l'immunodépression liée au VIH.

Il est basé sur la Ciprofloxacine ou l'Érythromycine.

II.1.6.5 Tuméfaction scrotale [32]

Le malade consulte pour douleur au scrotum à début brutal, presque toujours unilatérale. Les germes responsables le plus souvent sont *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trichomatis*

A l'examen clinique le scrotum apparaît rouge et œdémateux ; la palpation est douloureuse. On retrouve souvent un antécédent d'écoulement urétral, mais peut être aussi découvert à l'examen.

II.2 Infection à VIH/sida

II.2.1 Définition [34]

Plusieurs définitions ont été proposées pour l'infection à VIH dont la plupart concerne le stade clinique de la maladie [SIDA]. Nous disons simplement ici que le sida est l'ensemble des manifestations cliniques et biologiques lié au VIH ou à l'immunodépression qu'il entraîne.

II.2.2 Histoire

Bien que les origines du virus de l'immunodéficience humaine demeurent obscures, sa présence à posteriori dans plusieurs continents des décennies avant la description des premiers cas de SIDA, est largement admise.

Le 5 juin 1981, les 5 premiers cas de ce qui sera dénommé par la suite syndrome d'immunodéficience humaine sont rapportés par le, << center for disease control d'atlanta >> décrivant l'apparition chez les homosexuels masculins d'une infection rare, la pneumonie à *Pneumocystis jiroveci*. Dans les mois qui suivent, ce sont des cas de sarcome, de kaposi qui sont observés, là encore chez des homosexuels. Une nouvelle maladie liée à un déficit de l'immunité est soupçonnée. On sait aujourd'hui que les tableaux cliniques alors décrits ne représentent que des formes très avancées de l'infection par le VIH [34].

C'est en 1983 que BARRE-SINOUSI et collaborateurs de l'équipe de MONTAGNIER isolèrent le 1^{er} virus responsable du sida, le VIH1.

EN 1985 BARIN et collaborateur ont montré un autre rétrovirus humain, apparentée au VIH1, et maintenant appelé VIH2.

Nous ignorons encore beaucoup de choses sur cette infection concernant l'origine de ces virus, les vaccins et les traitements curatifs, mais s'il reste du chemin à parcourir, il ne faut pas pour autant perdre de vue que des progrès virologiques considérables ont été réalisés en très peu de temps, puisque entre la reconnaissance de la maladie, l'isolement des virus responsables, leur séquençage nucléotide, il s'est passé moins de 6 ans.

Récemment des variants de VIH1 et de VIH2 ont été isolés, notamment en Afrique, il est très possible que certains isolats s'éloignant beaucoup des souches prototypes soient découverts méritant d'être individualisés en VIH-3, VIH-X [38]

II.2.3 Épidémiologie

Les tableaux épidémiologiques diffèrent d'un pays africain à l'autre, et parfois même d'une région à une l'autre d'un même pays. Jusqu'en Décembre 1988, les pays africains à eux seuls ont déclaré plus de 20.000 cas de sida à l'OMS [38].

Au Mali les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l'infection à VIH réalisée en 2006 dans la population générale adulte au cours de l'Enquête Démographie et Santé 1 (EDS IV), ont montré une baisse du taux de prévalence du sida de 1,7% à 1,3% faisant du Mali un pays à faible prévalence.

Une analyse attentive de cette étude révèle des caractéristiques variables selon:

- **Sexe** : les femmes sont plus touchées que les hommes (respectivement 1,5% et 1,0%) ;

Ce taux est relativement élevé chez les 15-29 ans (0,6% entre 15 et 19 ans, 1,3% entre 20 et 24 ans et 1,9% entre 25 et 29 ans).

- **Les régions** : Bamako est la région la plus touchée (2,0%), suivie par Mopti (1,6%), Ségou (1,5%), Koulikoro (1,2%). Par contre les régions de Tombouctou (0,5%), Kidal (0,6%), Sikasso et Kayes (0,7%) possèdent les niveaux de prévalence les plus faibles.

[33]

La séroprévalence est plus élevée en milieu urbain (1,6%) qu'en milieu rural (0,9%). [15]

II.2.4 Agent causal

Le sida est causé par un rétrovirus appelé virus de l'immunodéficience humaine [VIH OU HIV]. Il en existe deux types le VIH1 et le VIH2 [16]

II.2.5 Modes de transmission [2]

Le virus a été isolé dans le sang, le sperme, les sécrétions vaginales, les ganglions, le liquide céphalo-rachidien, la salive, l'urine, les larmes, le lait maternel, le plasma.

Il n'a pas été rapporté une transmission par les larmes, la salive, les objets au contact des microorganismes pathogènes et dans l'entourage direct de sujets séropositifs ou atteints du sida (par les contacts familiaux non sexuels).

La transmission du VIH nécessite une porte d'entrée et il existe trois modes de transmission :

- La voie sexuelle
- La voie sanguine
- La transmission de la mère à l'enfant. La transmission sexuelle

La voie sexuelle est le mode de transmission le plus fréquent. Toutes les relations sexuelles qu'elles soient vaginales ou anales homosexuelles ou hétérosexuelle avec une personne contaminée peuvent transmettre le VIH.

Certains facteurs augmentent le risque de transmission : la présence d'ulcérations génitales, le rapport anal, le nombre élevé de partenaires.

Le risque de transmission de la femme à l'homme semble être légèrement plus faible que le risque de transmission de l'homme à la femme. Cependant selon Quinn et al la différence n'est pas significative (12% de l'homme à la femme et 11,6% de la femme à l'homme).

La transmission est d'autant plus favorisée que le sujet infecté à une charge virale élevée. **[19]**

Chez les hommes, la circoncision diminue le risque de transmission **[29]**.

II.2.5.1 La transmission sanguine

Ce mode de transmission est lié à la transfusion de sang contaminé et à l'utilisation de matériel d'injection (seringue et aiguille), ainsi qu'à l'utilisation des objets nécessaires à la préparation de la drogue qui ont été préalablement contaminés par un autre utilisateur. L'exclusion des donneurs à risque d'infection par le VIH et le dépistage obligatoire de tous les dons de sang ont permis de réduire considérablement le risque de transmission du VIH par la transfusion de produits sanguins **[2]**.

II.2.5.2 La transmission verticale :

Le VIH peut se transmettre d'une mère à son enfant au cours de la grossesse par voie transplacentaire (fin de grossesse ou au moment de l'accouchement) et par allaitement maternel.

Le traitement antirétroviral de la mère infectée peut diminuer le risque de transmission du VIH à sa progéniture [5, 42].

II.2.5.3 Autres voies de transmission théoriquement possible [17, 37]

Le VIH ayant pu être isolé de certaines humeurs (salive, larme etc.), Il n'existe aucune preuve épidémiologique ou virologique que la salive, les larmes ou les urines puissent transmettre le virus contrairement au sang.

De nombreuses spéculations ont été émises concernant la possibilité de transmission virale lors des contacts usuels de la vie professionnelle, domestique et sociale. Jusqu'à présent, il n'a pas été rapporté de transmission professionnelle ou domestique par les urine, les sécrétions lacrymales. Les conseils qu'on a pu donner pour éviter ce risque portent surtout sur la prévention d'un danger tout théorique lors d'expositions potentielles prolongées ou extensives.

II.2.6 Population touchée

L'infection à VIH/sida, concerne surtout les sujets adultes et jeunes. [16]

II.2.7 Population à risque

Elle comporte les prostituées, les clients des prostitués, les personnes à partenaires sexuels multiples, les homosexuels et les voyageurs. [16]

II.2.8 Évolution générale de l'infection à VIH/SIDA [HISTOIRE NATURELLE]

II.2.8.1 La primo-infection [35]

Elle correspond à un syndrome pseudo grippal plus ou moins des troubles digestifs, elle dure en moyenne deux semaines.

✓ Phase de latence:

Elle correspond à la période nécessaire, après le contact infectant et l'apparition des anticorps. Elle est en moyenne 3-12 semaines avec quelques rares cas à 12 mois et même un cas à 34 mois.

L'idée qu'il pourrait exister une phase ``silencieuse`` pouvant précéder de plusieurs années.

✓ Phase d'incubation :

Elle se définit comme la durée s'écoulant entre l'infection par VIH et l'entrée dans le stade de sida. On l'évalue en moyenne à 10 ans.

II.2.8.2 La réversion sérologique [17, 44]

Le délai moyen d'apparition des anticorps est de 3 à 6 semaines. Un résultat négatif six mois après une éventuelle contamination doit être considéré comme définitivement négatif vis-à-vis de cette exposition.

II.2.9 Aspect clinique : [38]

Il n'existe pas de manifestations cliniques spécifiques au VIH /SIDA. Elles sont les manifestations de la primo-infection

II.2.9.1 Aspects généraux

Il s'agit de ces aspects ou les manifestations symptomatiques retrouvées chez tous ces malades atteints de SIDA. Nous citons la fièvre, l'amaigrissement, l'anorexie et asthénie.

[38]

II.2.9.2 Aspects systémiques : [38]

Hématologiques : Anémie, adénopathies généralisées

Cardiaques : Péricardite exsudative et cardiomyopathie.

Rénales : Hématurie, protéinurie, dysurie sans infection urinaire, voir l'insuffisance rénale [rare]

Gynéco obstétriques : Aménorrhée, stérilité secondaire, avortements spontanés ou accouchements prématurés, mort-nés, absence de libido.

Les infections opportunistes Digestifs : La diarrhée, la dysphagie.

Les infections opportunistes Respiratoires : Tuberculose pulmonaire, toux chronique du sida

Les infections opportunistes Muco cutanés : des ulcérations ano-vulvaires ou Pénio-scrotales, cheveux défrisés, prurigo, le zona, herpès buccale.

Les infections opportunistes Neurologiques : Elles annoncent une cryptococcose méningo-cérébrale ou une toxoplasmose cérébrale.

Diagnostic : [3, 4, 8]

Il est plus souvent clinique basé sur les critères du diagnostic clinique et confirmé par les tests immunologiques.

L'infection à VIH est affirmée sur la présence d'anticorps spécifiques. Le dépistage des anticorps spécifiques se fait par des tests rapides (immunocomb, Génii II) habituellement utilisés dans les hôpitaux nationaux, des tests ultra rapides (détermine) habituellement utilisés dans les centres de santé communautaires ou bien par des tests Elisa (2 types de test Elisa doivent être également effectués).

Tout prélèvement positif doit être confirmé par un test de confirmation (Western blot,...) et vérifié par un second prélèvement.

Traitement [6]

L'objectif du traitement antirétroviral est de rendre et maintenir la charge virale indétectable afin de restaurer l'immunité, permettant d'augmenter l'espérance de vie et d'améliorer la qualité de vie des patients.

L'indication du traitement sera fonction de l'état clinique, immunologique et/ou virologique du patient (cf. classification OMS révisée² en annexe).

Si la numération des lymphocytes TCD4 est disponible

On se basera sur la clinique et/ou le comptage des lymphocytes TCD4

Stade III ou IV OMS, quelque soit le taux de lymphocytes TCD4 Stade I ou II OMS avec un taux de lymphocytes TCD4 < 350 /mm ³
--

Pour les patients asymptomatiques ou peu symptomatiques ayant un taux de lymphocytes TCD4 entre 350 et 500/mm³, le traitement sera discuté en fonction de :

- l'évolutivité clinique
- la charge virale quand elle est disponible (charge virale supérieure à 100000 copies/ml) à deux contrôles
- la motivation du patient.
- taux de TCD4 < 15% des lymphocytes totaux

Pour les patients asymptomatiques avec des TCD4 entre 350 et 500/mm³ et une charge virale <100.000copies/ml, le traitement n'est pas recommandé et l'on surveillera les lymphocytes TCD4 tous les 3 à 6 mois.

➤ **Si la numération des lymphocytes TCD4 n'est pas disponible**

On se basera sur la clinique et le taux des lymphocytes totaux.

Stade IV et III de l'OMS quelque soit le taux des lymphocytes totaux
Stade II OMS avec un taux des lymphocytes totaux < 1200/mm³

Les patients asymptomatiques (stade I) ne doivent pas être traités sur la base des lymphocytes totaux.

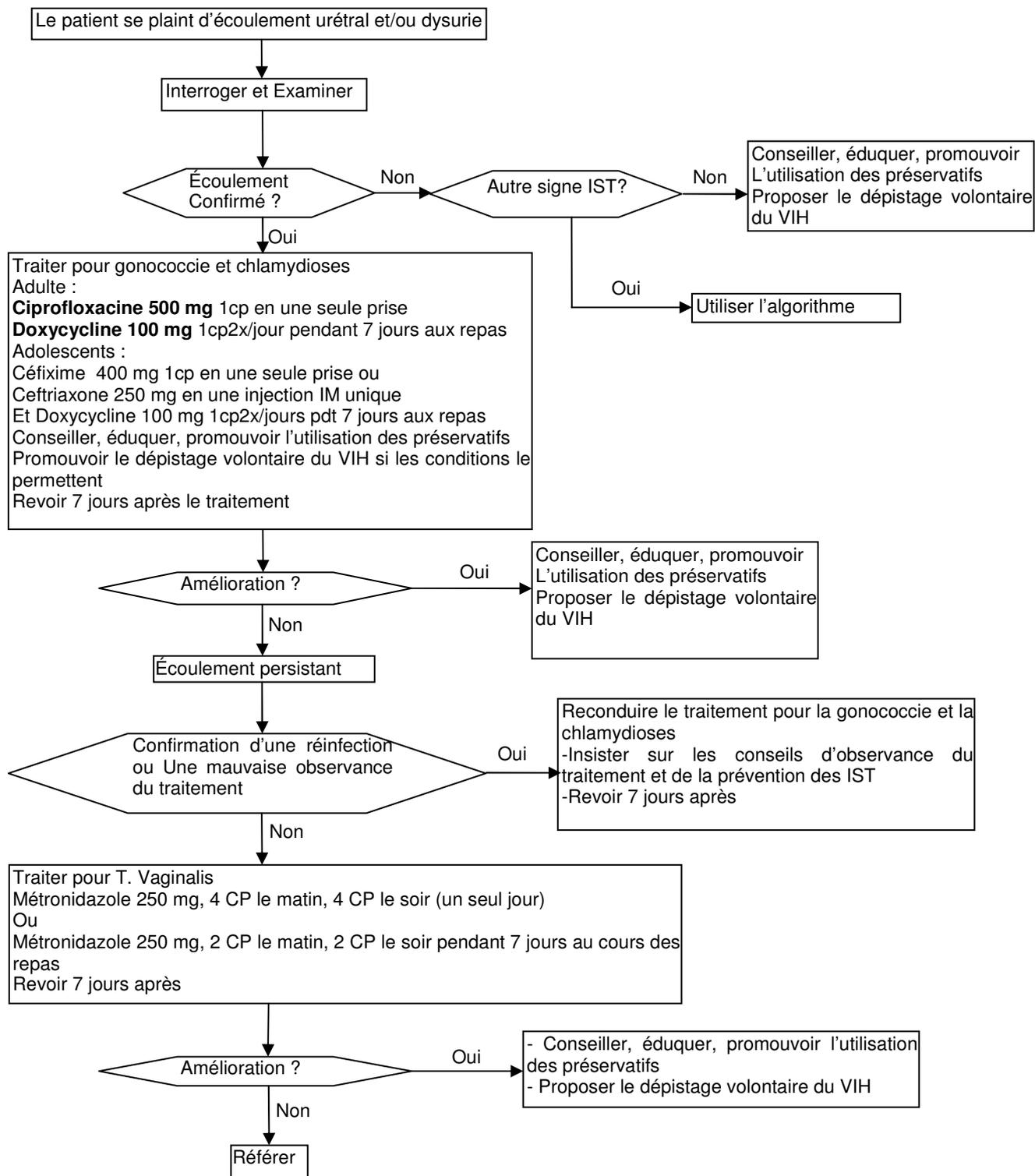
Le traitement antirétroviral est une trithérapie associant généralement deux inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur non nucléotidique de la transcriptase inverse (INNTI) ou un inhibiteur de protéase (IP).

II.3 Algorithmes thérapeutique des syndromes

Dans bien des situations, le diagnostic étiologique des IST par les prestataires des soins est difficile à établir. Il pose des problèmes de temps, de ressource, il augmente le coût et réduit l'accès au traitement. En outre, la sensibilité et la spécificité des tests peuvent varier considérablement, diminuant la fiabilité des tests diagnostiques. Lorsqu'il existe un laboratoire convenablement installé, il faut aussi avoir du personnel convenablement qualifié.

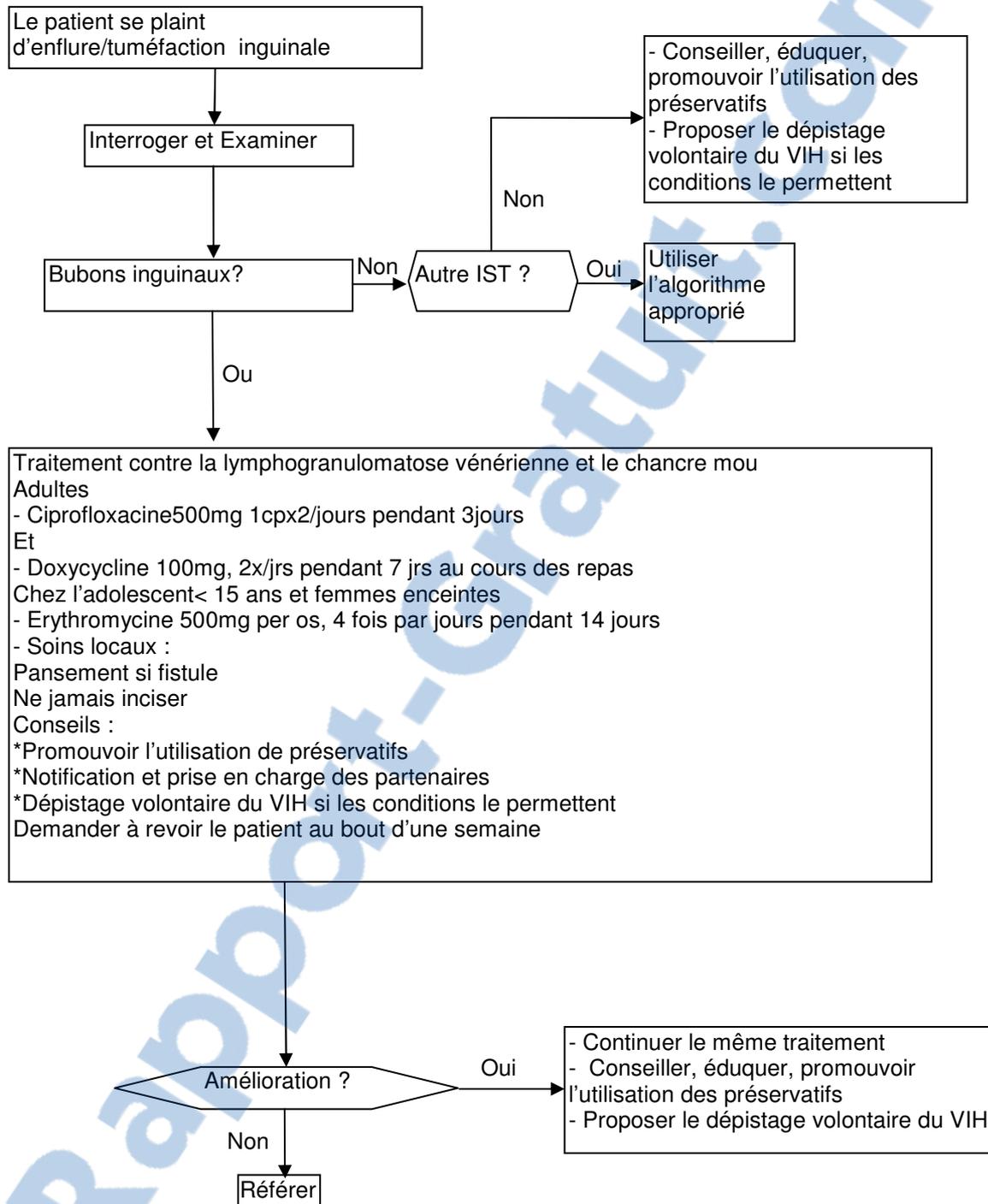
Peu de centres de santé des pays en voie de développement disposent du matériel de laboratoire ou des compétences requis pour procéder au diagnostic étiologique des IST. Pour surmonter cette difficulté, une approche

syndromique de la prise en charge des patients atteints d'IST a été mise au point et encouragée dans un grand nombre de pays en développement. [19] L'OMS a mis au point un outil simplifié (algorithme) pour aider les soignants à appliquer la prise **Algorithme1 : Écoulement urétral et/ou dysurie** [32]



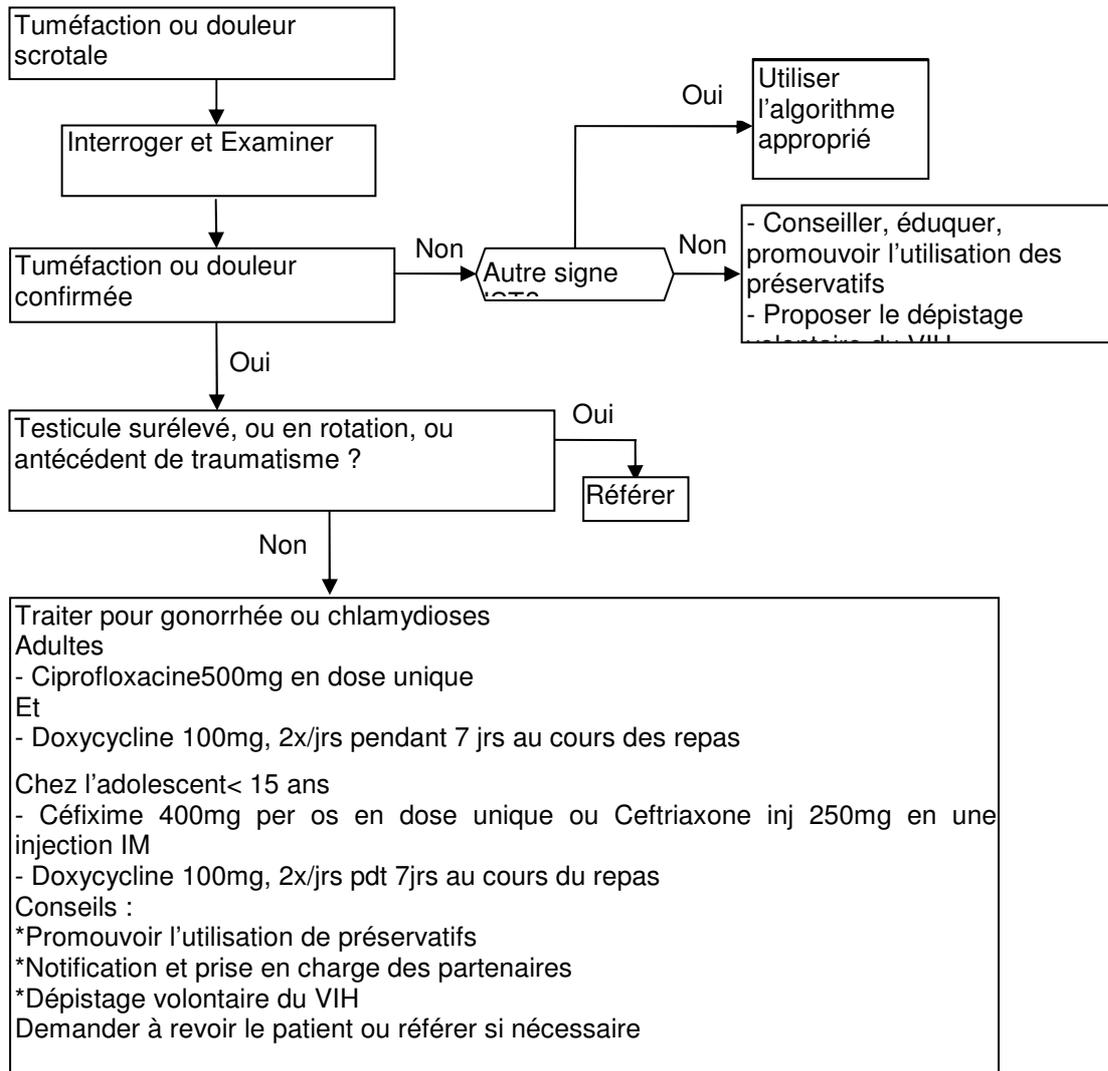
NB : Ciprofloxacine 500 mg et CEFIXIME 400 mg sont contre indiqués chez l'enfant de moins de 12 ans

Algorithme 2 : Bubon

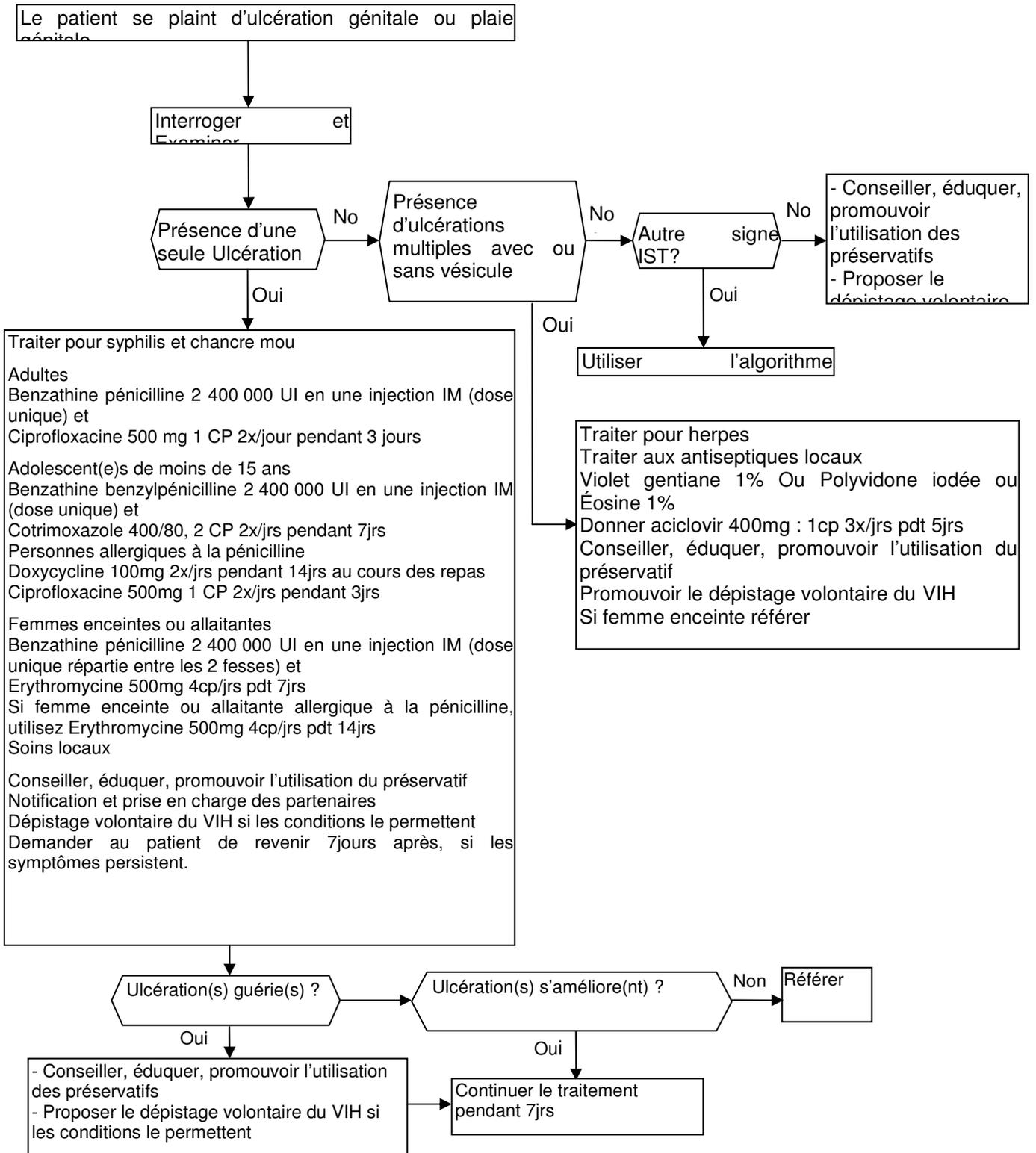


NB : Ciprofloxacine 500 mg et CEFIXIME 400 mg sont contre indiqués chez l'enfant de moins de 12 ans

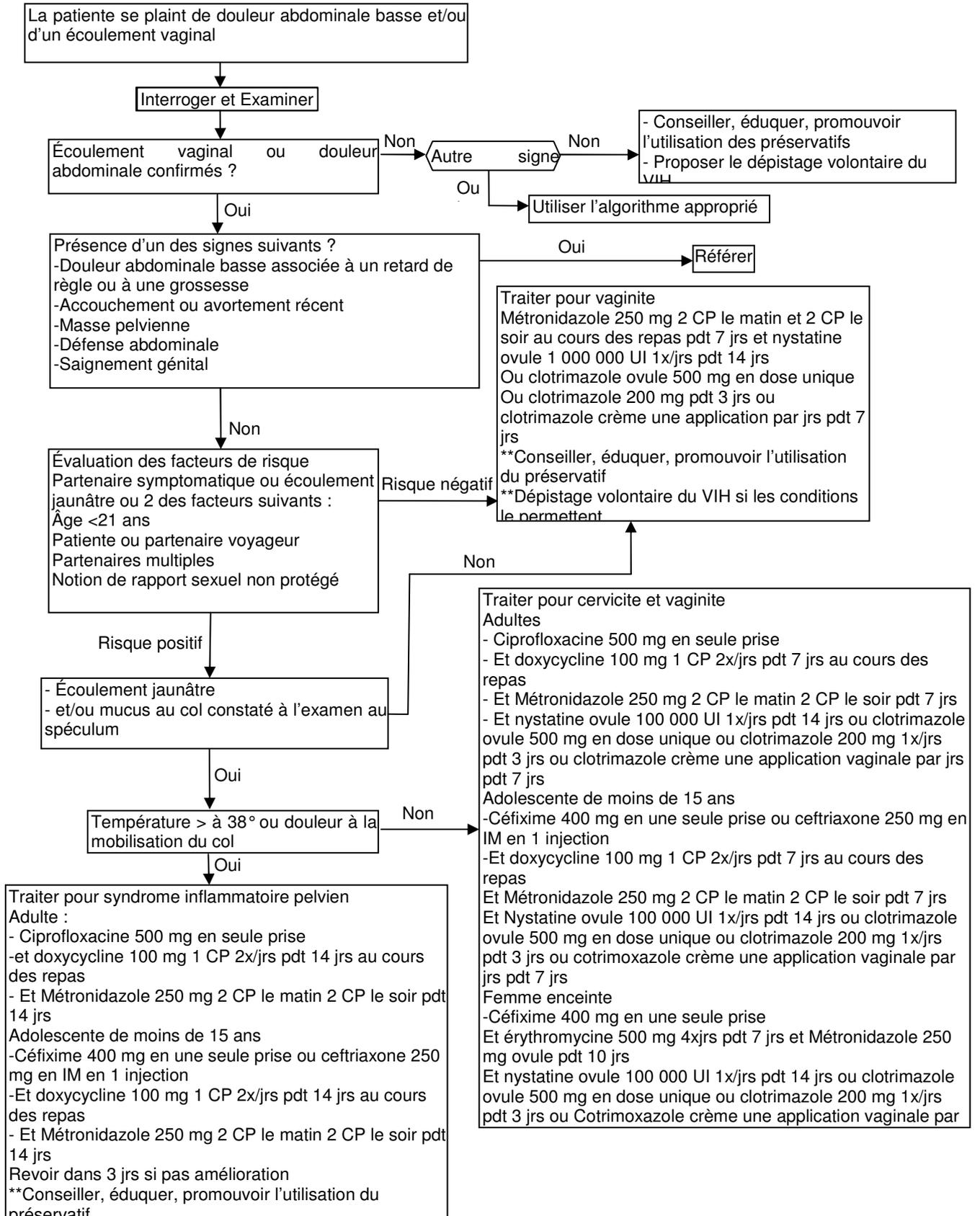
Algorithme 3 : Tuméfaction du scrotum I321



Algorithme 4 : Ulcérations génitales



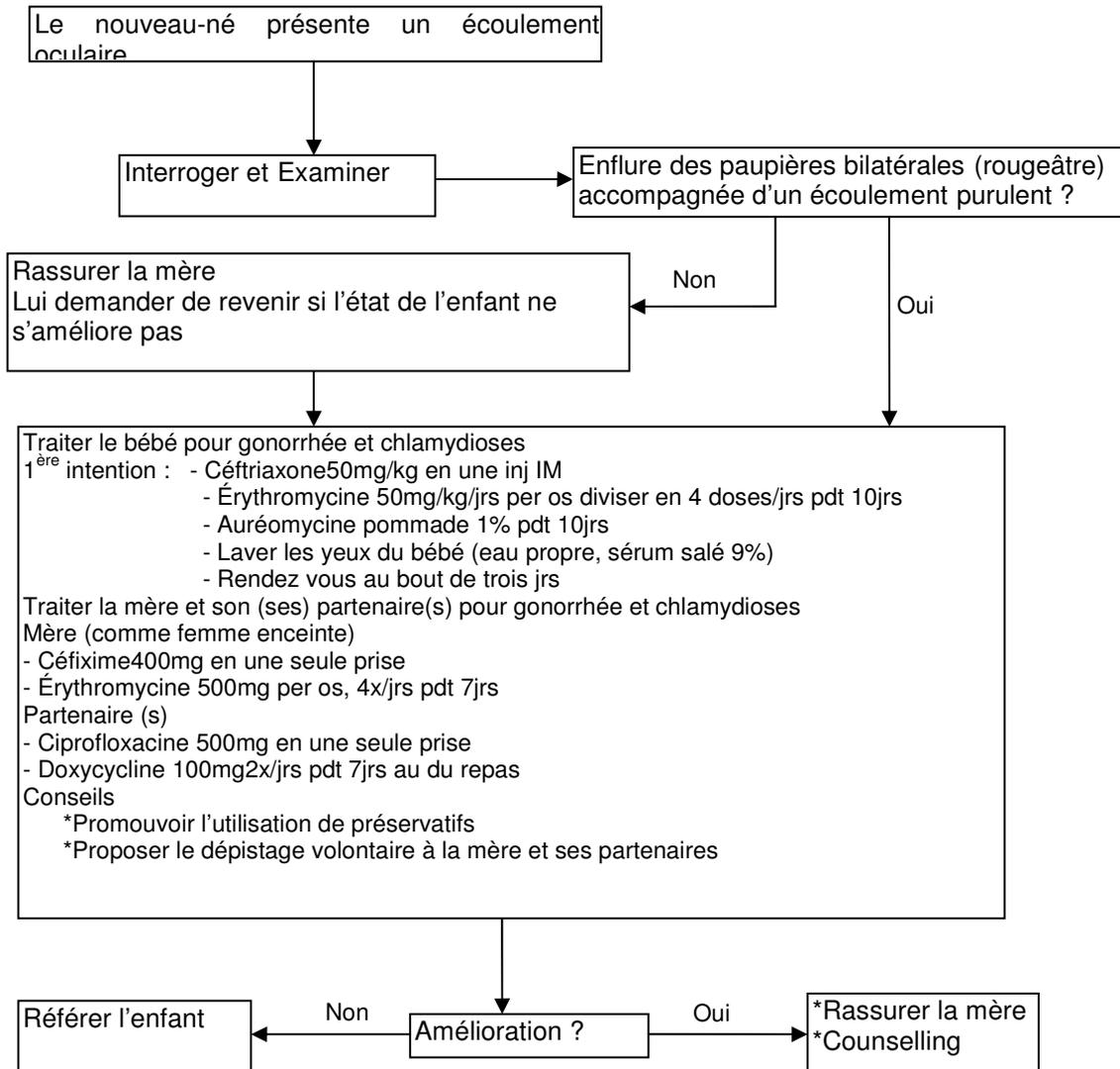
Algorithme 5 : Douleur abdominale basse et/ou



Attention : dans les deux cas

- Éviter de consommer de l'alcool au cours du traitement par le Métronidazole comprimé
- Ciprofloxacine 500 mg et céfixime 400 mg sont contre-indiqués chez l'enfant de moins de 12 ans

Algorithme 6 : Conjonctivite du



METHODOLOGIE

III Méthodologie

III.1 Cadre et lieu d'étude

L'étude a eu lieu dans le CSRéf Bougouni.

N

O E

S

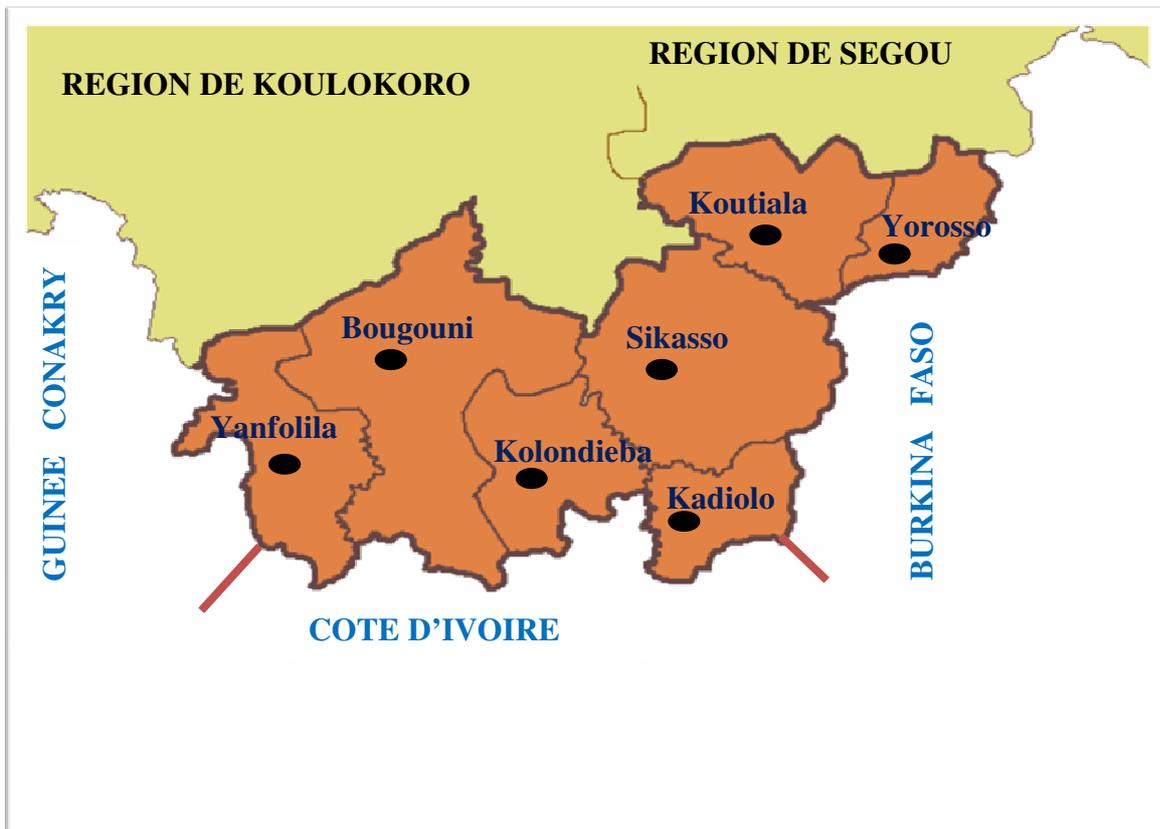
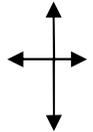


Fig1: la carte géographique de la région de Sikasso

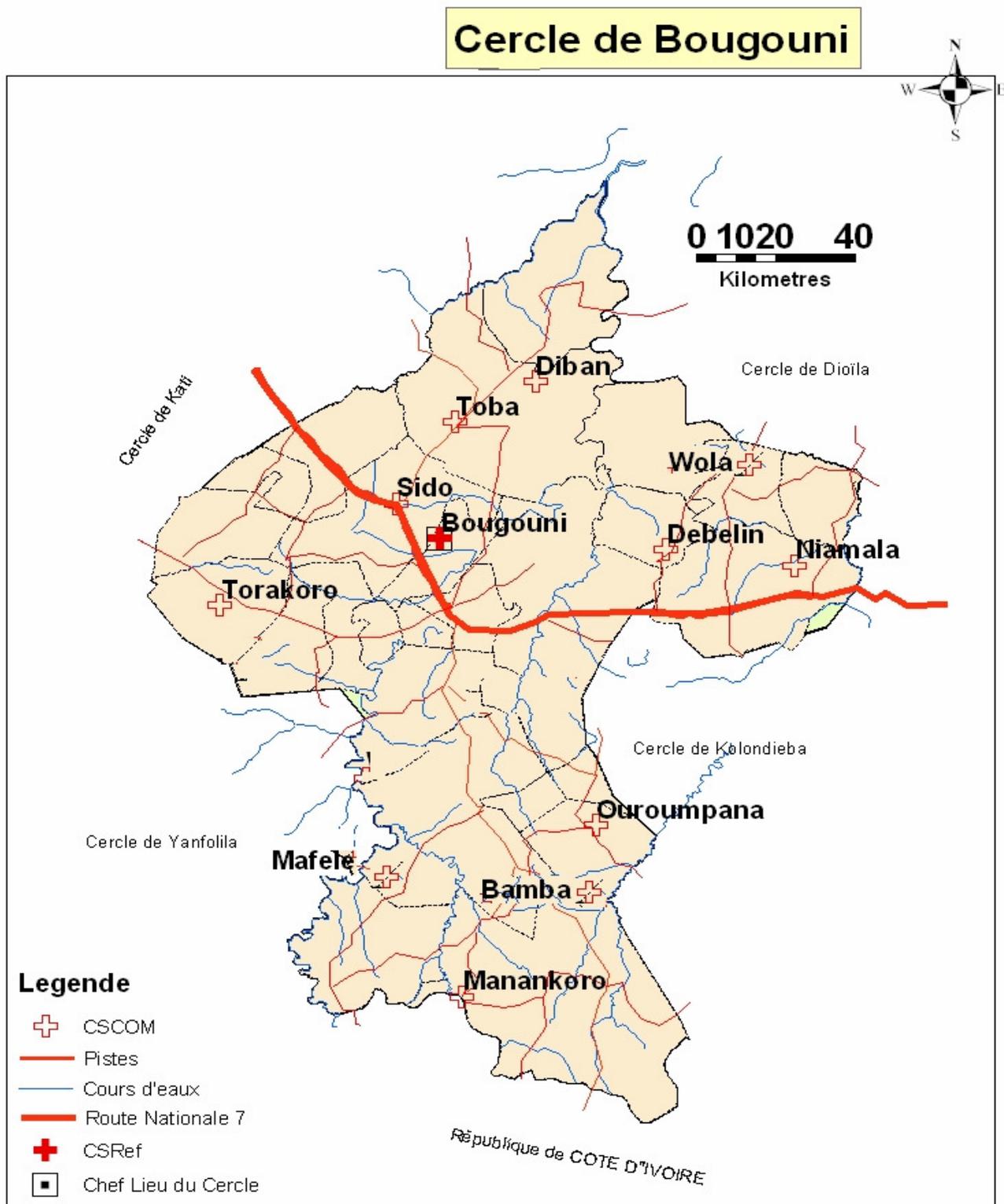


Fig2 : la carte sanitaire de Bougouni

III.1.1 Historique

Bougouni l'une des plus vieilles villes du Mali est la capitale de la région du « Banimonotié ».

Le « Bani » et le « Mono » sont deux fleuves la traversant « Tié » ce qui veut dire entre le Bani et le Mono. Selon une version, au départ le village serait essentiellement constitué de multiples petites huttes ou de cases occupées par des patients et leurs proches venus en traitement médical, d'où cette appellation Bougouni petite case en « Bamanankan ».

La présence des colonisateurs français remonterait aux années 1893. Le 10 juillet 1894 le colon transfère la capitale administrative de Faragouaran à Bougouni, village distant de 45km. Le premier administrateur fut le lieutenant Gouraud.

Bougouni est jumelée à la ville française d'Aurillac.

III.1.2 Aspects géographiques

III.1.2.1 Situation géographique

Située entre le «Bani» et le «Mono» Bougouni est un véritable carrefour.

La route nationale N°7 traverse la ville et rejoint de part et d'autre Bamako à 170 km et Sikasso à 270 km. Il est limité :

- au nord par les cercles de Kati et Diola, (région de Koulikoro)
- au sud par la république de Côte d'Ivoire
- au sud-est par les cercles de Kolondiéba et Sikasso
- à l'ouest par le cercle de Yanfolila

La ville est située dans un bas-fond et à une superficie de 20028km².

III.1.2.2 Climat et végétation

Le climat est de type soudanien comprenant une saison sèche et une saison des pluies.

La savane constitue l'essentielle de la végétation. Les essences dominantes sont : le karité, le néré, le cailcedrat, le baobab, le kapokier, et le fromager.

III.1.2.3 Hydrographie

Le réseau hydrographique est fourni par le « Bani » et le « Mono », affluents respectifs des fleuves Niger et Sénégal.

III.1.3 Voies de communication

Elles sont constituées pour l'essentiel de :

- Axe Bamako – Bougouni
- Axe Bougouni – Sikasso – Côte d'Ivoire
- Axe Bougouni – Yanfolila – Guinée (Conakry)

Un central téléphonique depuis 1984 et la téléphonie mobile (ORANGE et MALITEL) en 2004. La ville compte quatre (4) stations radio FM (Banimonotié, Bédiana, Kafokan et Arc en ciel).

III.1.4 Population

La population générale du cercle est estimée à 397898 habitants en 2007, soit une densité de 19 habitants au km². De plus en plus le cercle attire de nombreux immigrants venant des quatrièmes, cinquièmes et sixièmes régions du Mali et des pays voisins à cause des exploitations d'or ; et l'émigration se fait sentir ces dernières années avec un retour massif d'immigrants originaires du cercle ou d'autres localités du pays à cause des événements de la côte d'ivoire.

III.1.5 Religion

Trois (3) cultes dominent le cercle : il s'agit par ordre de priorité de l'islam, du christianisme et de l'animisme.

III.1.6 Économie – finance

Le cercle de Bougouni a une économie rurale particulièrement agropastorale. Des Organisations Non Gouvernementales telles que Save the Children, l'HELVETAS, l'AID-MALI, CAECE Djiguissèmè opèrent dans la zone dans des secteurs clés comme la santé, l'éducation, la décentralisation, la foresterie, l'hydraulique villageoise.

III.1.7 Industrie et commerce

Le géant du coton au Mali, la compagnie malienne du développement textile (CMDT) y possède deux (2) unités importantes (Koumantou, Bougouni).

L'installation des banques (BNDA, BDM) et des caisses d'épargne (Kafodjiguinè) et la facilité d'accès à la zone ont favorisé le commerce. L'usine de traitement de noix de karité de Zantiébougou et de la mine d'or de Morila qui ont permis de mettre fin au chômage de milliers de jeunes du cercle. Bougouni est devenu un pôle d'attraction des investisseurs par sa position géographique.

III.1.8 Infrastructures socio-sanitaires

Au niveau du CSRéf :

Ce centre fut un dispensaire à partir de 1945 dirigé par un médecin colonel Vernier ensuite érigé en CSRéf.

Le centre est en rénovation actuellement

Au niveau CSCom :

La plupart des CSCom ont été construits sur financement propre des communautés.

Sur 28 CSCom, 7 seulement répondent aux normes (Mafélè, Diban, Sido, Faragouaran, Bougouni Sud, Sakoro, Niamala).

Dans chaque CSCom il existe un CPM (chef de poste médical) qui peut être un technicien de santé, un technicien supérieur de santé, ou un médecin.

Les racs sont fonctionnels dans tous les CSCom

Autres structures :

Il existe de nombreux dispensaires ruraux et de maternités dans les aires de santé.

Il existe aussi :

Deux infirmeries pour les usines CMDT de Bougouni et de Koumantou ;

Trois cabinets médicaux : Deux à Bougouni ville et un à Koumantou ;

Deux infirmeries scolaires au lycée et à l'IFM ;

Quatre (4) officines pharmaceutiques dans la ville de Bougouni.

III.1.9 Le personnel du centre de santé de référence

Il est

- Chirurgien : 1
- Médecin /Santé publique : 1
- Médecins/Généralistes : 3
- Cadre infirmier : 5
- Sage femme : 2
- Techniciens Supérieurs de Santé : 4
- Techniciens de Santé : 10
- Infirmières Obstétriciennes : 3
- Gestionnaire. : 1
- Comptable : 1
- Caissière : 1
- Secrétaire : 1
- Gérants des D.R.C. et D.V : 4
- Chauffeurs : 4
- Aides Soignants : 2
- Matrones : 4
- Techniciens de Surface : 6
- Gardiens : 2

Cependant un besoin en techniciens spécialisés se fait sentir pour faire face aux réalités du cercle : en radiologie, ORL, dermatologie.

III.2 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive : la collecte des données s'est déroulée de Mars 2008 à Mars 2009.

III.3 Population d'étude

L'étude a porté sur tous les cas d'infection sexuellement transmissible, VIH et SIDA notifiés au CSRef de Bougouni ; les personnes qui ont une sérologie VIH positive ont reçu au moins deux tests rapides (Determine, Genie II, Immunocombs) pendant la période d'étude.

III.4 Échantillonnage

203 cas d'IST et de VIH positif selon la formule

$$E = \frac{(\epsilon_{\alpha})^2 * Pq}{l^2}$$

$$l = 0,03$$

$$P = 0,05$$

$$Q = 0,95$$

III.5 Critères d'éligibilité

III.5.1 Critère d'inclusion

Tous les patients hospitalisés ou venus en consultation au centre présentant l'un des syndromes cliniques suivants :

- Écoulement urétral
- Écoulement vaginal
- Douleur pelvienne
- Ulcérations génitales
- Tuméfaction génitale
- Bubon inguinal
- Conjonctivite du nouveau-né
- VIH positif.

III.5.2 Critères de non inclusion

- ✓ Tous les patients n'ayant pas présenté l'un de ces syndromes d'IST pendant la période d'étude
- ✓ Les suspicions de VIH non confirmées
- ✓ Les patients perdus de vue avant le premier rendez-vous

III.6 Collecte des données

Les données ont été recueillies à partir des fiches d'enquête individuelles.

La collecte s'est déroulée en deux phases :

Première phase

Elle a été marquée par une étude de faisabilité sur le terrain, à Bougouni au niveau du CS Réf ; puis par une élaboration de fiche d'enquête sur la base :

- ✓ Des données du dossier de suivi médical,
- ✓ Des bulletins d'analyse biologique,
- ✓ Des registres de recensement des malades,

Deuxième phase

Phase d'enquête basée sur le recueil d'information sur les fiches d'enquête.

Nous avons procédé aussi à des prélèvements sanguins pour la sérologie VIH, BW, Toxoplasmose chez les patients suspects. Les patients VIH positif ont bénéficié le traitement ARV en fonction du tableau clinique et le résultat du bilan para clinique. Ils ont reçu notamment le traitement des infections opportunistes.

III.7 Variables de mesures

- ✓ Variables quantitatives
 - Age
- ✓ Variables qualitatives
 - Sexe,
 - Nationalité,
 - Profession,
 - Statut matrimonial,
 - Régime du mariage,

- Résidence (Adresse),
- Notion de séjour à l'étranger et pays visités,
- Ethnie,
- Notion d'infection du conjoint(e)
- Niveau d'étude
- Séjour à l'étranger
- Les plaintes
- La durée des plaintes
- Pratique sexuelle
- Nombre de partenaire sexuel
- Port de préservative
- Notion de contagion par le partenaire
- Antécédents d'IST
- Etat général
- Femme enceinte
- Sérologies positives
- Les syndromes
- Traitement

III.8 Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies avec le logiciel Microsoft office Word 2007, et analysées avec Epi Info6fr.

III.9 Considérations d'éthiques

- ❖ Le consentement éclairé par écrit des patients et la confidentialité ont été assurés durant l'étude,
- ❖ Les patients dépistés ont été pris en charge,
- ❖ Les matériels utilisés répondaient à la règle d'asepsie,
- ❖ L'autorisation était demandée lors de l'examen génital.

III.10 Critère de jugement du traitement

L'évaluation de la prise en charge syndromique des IST est basée sur la conformité des traitements par rapport aux algorithmes proposés par l'OMS.

RESULTATS

IV Résultats

IV.1 Résultat globale

A la fin de notre étude 203 patients atteints d'IST, de VIH et de SIDA ont été inclus.

L'échantillon comportait :

Le sexe féminin représentait (69,0%), le sexe masculin (31,0%), le *sex ratio* était 0,45 en faveur des femmes.

IV.2 Résultats sociodémographiques

Tableau1 : Répartition de l'échantillon selon l'âge et le sexe.

Tranche d'Age (en année)	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
0-5	14	6,90 %	15	7,39 %	29	14,29 %
6-15	1	0,49 %	3	1,48 %	4	1,97 %
16-25	9	4,43 %	44	21,67 %	53	26,11 %
26-35	15	7,39 %	54	26,60 %	69	33,99 %
36-45	14	6,90 %	20	9,85 %	34	16,75 %
46 et +	10	4,93 %	4	1,97 %	14	6,90 %
Total	63	31,04%	140	68,96 %	203	100,00%

Les sujets de 16-45ans dominaient l'échantillon avec 76,85 %, dont 58,12 % de sexe féminin et 18,72 % de sexe masculin.

Tableau2 : Répartition de l'échantillon selon la nationalité

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Maliennne	198	97,5 %
Autres	5	2,5 %
Total	203	100 %

Les maliens représentaient 97,5% contre 2,5% d'étranger

Tableau 3 : Répartition de l'échantillon selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	102	50,2 %
Peulh	58	28,6 %
Senoufo	18	8,9 %
Malinké	8	3,9 %
Sonrhaï	5	2,5 %
Sarakolé	4	2,0 %
Dogon	2	1,0 %
Autres	6	3,0 %
Total	203	100 %

Les Bambara représentaient 50,2%, et 3,0% étaient représentés par les (Mossi, Maure, Kassonké, Bobo, Minianka, Bozo).

Tableau 4 : Répartition de l'échantillon selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	82	47,00 %
Commerçant	25	14,28 %
Cultivateur	19	11,00 %
Elève	13	7,42 %
Etudiante	7	4,00 %
Chauffeur	6	3,42 %
Enseignant	5	3,00 %
Secrétaire	3	1,71 %
Comptable	2	1,14 %
Agent de santé	2	1,14 %
Berger	2	1,14 %
Autres	9	5,14 %
Total	175	100 %

La majorité des enquêtés étaient des ménagères avec 47,00 %, suivi des commerçants

28 cas étaient des enfants et des nouveau-nés (13,79 %).

Autres : agronome, ingénieur électrique, maçon, mécanicien auto, soudeur,

Tableau5 : Répartition de l'échantillon selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Analphabète	81	46,3 %
Primaire	65	37,7 %
Secondaire	24	13,7 %
Supérieur	4	2,3 %
Total	174	100 %

Les sujets qui avaient fréquenté l'école faisaient 53,7 % de l'échantillon tout niveau confondu ; 46,3 % n'avaient aucun niveau d'alphabétisation.

Les âges compris entre 0-5 ans étaient au nombre de 29 (14,28 %)

Tableau 6 : Répartition de l'échantillon selon le séjour à l'étranger

<i>Séjour à l'étranger</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Non	119	66,7 %
Oui	59	33,3 %
Total	178	100 %

Les sujets qui avaient séjourné à l'étranger étaient moins représentés avec 33,3 % contre 66,7 % qui n'avaient jamais quitté le pays.

Les principaux pays de séjour étaient respectivement la Côte d'Ivoire et la Guinée-Conakry.

Les nouveau-nés étaient exclus.

Tableau7 : Répartition de l'échantillon selon la résidence

<i>Résidence</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Bougouni ville	127	62,4 %
Banlieue	74	36,6 %
Autres	2	1,0 %
Total	203	100 %

La majorité des sujets (62,4 %) résidaient en milieu urbain de Bougouni, contre 36,6 % en milieu rural et 1,0 % viennent des pays voisins (Côte d'Ivoire, guinée Conakry)

Tableau8: Répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial

<i>Statut matrimonial</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
---------------------------	-----------------	--------------------

Marié(e) monogame	67	38,3 %
Marié(e) polygame	45	25,7 %
Célibataire	41	23,4 %
Veuf (ve)	14	8,0 %
Divorcé(e)	8	4,6 %
Total	175	100 %

Les patients étaient majoritairement mariés et la monogamie constituait le type d'union la plus fréquente.

Les célibataires représentaient 23,4 %. Par ailleurs nous avons noté 12,6 % de patients veufs et divorcés.

Les nouveau-nés et les enfants étaient au nombre de 28 (13% de l'échantillon total).

IV.3 Résultat diagnostique

Tableau 9: Répartition de l'échantillon selon les antécédents d'IST

Antécédents d'IST	Effectif	pourcentage
Oui	93	52,58 %
Non	82	47,42 %
Total	174	100 %

Plus de la moitié des sujets (52,58 %) avait un antécédent d'IST, contre 47,42 % qui n'avaient jamais fait d'IST

Les 0-12 ans étaient exclus (14,28 %).

Tableau 10 : Répartition de l'échantillon selon le résultat des sérologies positives

<i>Types</i>	<i>Effectif</i>	
		pourcentage
VIH1	65	92,8 %
VIH2	2	2,9 %
BW	2	2,9 %
VIH1+BW	1	1,4 %
Total	70	100,0 %

Parmi les 70 sérologies positives, 92,8 % étaient VIH1, 2,9 % VIH2 et 1,4 % VIH+BW. Le BW positif représentait 2,9 % des cas

Tableau11: Répartition de l'échantillon selon les motifs de consultation (plaintes)

<i>Plaintes</i>	<i>Effectif</i>	pourcentage
Écoulement (vaginal/urétral) + prurit (vulvaire/périnéale)	50	24,63 %
Enflure des paupières	20	9,85 %
Ecoulement urétrale	18	8,86 %
Écoulement vaginal +prurit vulvaire + brûlure mictionnelle+ douleur pelvienne	17	8,37 %
Écoulement vaginal	15	7,38 %
Écoulement vaginal+prurit+dyspareunie + brûlure mictionnelle	12	5,91 %
Écoulement vaginal +prurit vulvaire + brûlure mictionnelle + douleur pelvienne	9	4,43 %
Écoulement vaginal+prurit vulvaire +dyspareunie	8	3,94 %
Prurit + brûlure mictionnelle	7	3,44 %
Dysurie + douleur pelvienne	6	2,60 %
Écoulement vaginal +prurit vulvaire + brûlure mictionnelle + douleur pelvienne	5	2,46 %
Écoulement urétral + prurit périnéale + dysurie	5	2,46 %
Écoulement vaginal + brûlure mictionnelle	4	1,97 %
Écoulement vaginal + brûlure mictionnelle	4	1,97 %

Écoulement urétral	3	1,47 %
Écoulement vaginal + douleur pelvienne	3	1,47 %
Écoulement vaginal + douleur pelvienne+dyspareunie	3	1,47 %
Douleur pelvienne	3	1,47 %
Écoulement vaginal +dyspareunie	3	1,47 %
Écoulement urétral + prurit périnéale	2	0,98 %
Écoulement urétral + douleur pelvienne	2	0,98 %
Écoulement vaginal + brûlure mictionnelle+ douleur abdominale basse	1	0,49 %
Écoulement vaginal+ prurit vulvaire+ulcération génitale	1	0,49 %
Bubon inguinal	1	0,49 %
Tuméfaction scrotale	1	0,49 %
Écoulement urétral + douleur pelvienne		
Total	203	100 %

Écoulement (vaginal/urétral) + prurit (vulvaire/périnéale) a été la plainte la plus présentée par les sujets.

Tableau12 : Répartition de l'échantillon selon la durée des plaintes :

<i>Durée</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
21 jours et plus	113	62,1 %
Moins de 21jours	69	37,9 %
Total	182	100 %

La durée des plaintes étaient supérieure ou égale à 21jours chez 62,1 % des sujets par contre 37,9 % avaient une durée de plainte inférieure à 21jours.

21 patients n'avaient pas de plainte

Tableau13 : Répartition de l'échantillon selon la circonstance d'apparition des symptômes

<i>Circonstance d'apparition</i>	<i>Effectif</i>	<i>pourcentage</i>
Apparition Spontanée	154	80 %
Après Rapport sexuel	20	12 %
Total	174	100 %

L'apparition était spontanée dans 87,9 % des cas, par contre 12,1 % étaient à la suite d'un rapport sexuel.

Les 0-12 ans étaient exclus (14,28).

Tableau14 : Répartition de l'échantillon selon le diagnostique

<i>Diagnostique</i>	<i>Effectif</i>	<i>pourcentage</i>
Vaginite	41	20,2 %
Infection VIH	35	17,2 %
Conjonctivite	28	13,79 %
Syndrome inflammatoire pelvienne	24	11,8 %
Urétrite	17	8,4 %
Cervicite	14	6,9 %
Infection VIH plus vaginite	13	6,4 %
Infection VIH plus Herpès génital	10	4,9 %
Infection VIH plus cervicite	6	2,9 %
Syphilis	4	2,0 %

Tuméfaction scrotale	3	1,5 %
Bubon inguinal	2	1,0 %
Infection VIH plus SIP	2	1,0 %
Infection VIH plus urérite	2	1,0 %
Donovanose	1	0,5 %
Infection VIH plus toxoplasmose cérébrale	1	0,5 %
Total	203	100 %

Le syndrome dominant a été la vaginite avec 26,6% (vaginite seule et vaginite plus VIH+) ; par contre les syndromes les moins représentés ont été la Donovanose et toxoplasmose cérébrale avec un pourcentage de 0,5% chacun d'elle.

Tableau 15: Répartition des IST selon la positivité de la sérologie VIH

Diagnos- tique	VIH+		VIH-		Total	
	Effectif	Pourcentag e	Effectif	Pourcentag e	Effectif	Pourcentag e
Ulcération génitale	10	62,5 %	6	37,5 %	16	100,0 %
Cervicite	6	30,0 %	14	70,0 %	20	100,0 %
Vaginite	13	24,07 %	41	75,93 %	54	100,0 %
Urérite	2	10,52 %	17	89,48 %	19	100,0 %
SIP	2	7,41 %	22	92,59 %	24	100,0 %

Plus de la moitié des sujets souffrant d'ulcération génitale avait une sérologie VIH positive (62 ,5%) et les femmes atteintes de cervicite étaient positive à 30, 0 % des cas.

Tableau16 : Répartition de l'échantillon selon les pratiques sexuelles:

<i>pratique sexuelle</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Pénis-Vaginale (P-V)	155	89,7 %
P-V plus Pénis-anus (P-A)	8	4,6 %
P-V plus Pénis-bouche (P-B)	7	4 %
P-V plus PA plus PB	3	1,7 %
Total	174	100 %

La majorité (89,7 %) de nos sujets pratiquait exclusivement la méthode pénis-vagin, par contre 10,3 % combinaient les méthodes (P-V, P-B, P-A). Les 0-12 ans étaient exclus (29 cas).

Tableau17 : Répartition de l'échantillon selon le nombre de partenaires sexuels

<i>Nombre de partenaire sexuel</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Un	133	76,57 %
Multiple	37	21,14 %
Sans partenaire sexuel	4	2,29 %
Total	174	100 %

Presque 2/3 des enquêtés (76,57 %) répondaient avoir un seul partenaire sexuel, 21,14% avaient de multiple partenaires sexuels.
 2,29 % des sujets étaient sans partenaire sexuel au moment de notre enquête.
 Les 0-12 ans étaient exclus (29 cas).

Tableau18 : Répartition de l'échantillon en fonction du nouveau partenaire au cours des trois derniers mois

<i>Nouveau partenaire au cours des trois derniers mois</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Non	155	98,9 %
Oui	19	1,1 %
Total	174	100 %

La grande majorité des sujets (98,9 %) n'avaient pas de nouveau partenaire au cours des trois derniers mois par contre 1,1 % en avaient.
 Les 0-12 ans étaient exclus (29 cas).

Tableau19 : Répartition de l'échantillon en fonction du port de préservatif lors des rapports sexuels occasionnels.

<i>Port de préservatif</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Non	154	88 %
Oui	20	12 %
Total	174	100 %

Les sujets qui utilisaient le préservatif occasionnellement étaient minoritaires avec 12%, contre 88%.

Les 0-12 ans étaient exclus (29 cas).

Tableau20 : Répartition de l'échantillon selon la notion de contage par le partenaire

Notion de contage par le partenaire	Effectif	pourcentage
Non	154	88,5 %
Oui	20	11,5 %
Total	174	100 %

La notion de contage par partenaire était absente chez 88,5 % des sujets contre 12 %. Les 0-12 ans étaient exclus (29 cas).

Tableau21 : Répartition de l'échantillon selon l'état général

Etat général	Effectif	pourcentage
Bon	163	80,3 %
Altéré	40	19,7 %
Total	203	100 %

L'état général était bon chez 83,3 % des sujets, contre 19,7 % d'état général altéré qui étaient tous des VIH positifs.

Tableau22 : Répartition des femmes selon la présence ou non de grossesse

<i>grossesse</i>	<i>Effectif</i>	<i>pourcentage</i>
Non	101	82,79 %
Oui	21	17,21 %
Total	122	100 %

Moins de femmes étaient enceintes avec 17,21 % des cas

Tableau23 : Répartition des femmes selon l'état du col utérin

<i>État du col utérin</i>	<i>Effectif</i>	<i>pourcentage</i>
Normal	86	70,49 %
Saignement au contact	14	11,47 %
Ulcération/Érosion	12	9,83 %
Perte mucco-purulente	10	8,19 %

Total	122	100 %
--------------	-----	-------

La majorité des femmes avaient le col utérin normal (70,49 %),

Tableau24 : Répartition des cas de VIH positifs selon la présence des signes cutanéomuqueux

Signes cutanéomuqueux	Effectif	pourcentage
Non	47	69,1 %
Oui	21	30,9 %
Total	68	100 %

Les sujets ayant une atteinte cutanéomuqueuse représentaient 30,9 % des cas

Tableau25 : Répartition des VIH positifs selon la pathologie cutanéomuqueuse

La pathologie	Effectif	pourcentage
Prurigo	16	76,19 %
Epidermolyse	2	9,52 %
Ecchymose	1	4,76 %
Eczéma	1	4,76 %

Zona	1	4,76 %
Total	21	100 %

Parmi les atteintes cutanéomuqueuse, le prurigo était le plus fréquent avec 76,19 % de cas.

Tableau26 : Répartition de l'échantillon selon la lésion anale

Lésion anale	Effectif	
		pourcentage
Non	173	99,43 %
Oui	1	0,57 %
Total	174	100,0 %

La lésion anale était minime avec 0,57 % (séropositif)
Les 0-12 ans étaient exclus (29 cas).

IV.4 Résultat thérapeutique

Tableau 27 : Répartition de l'échantillon selon le traitement syndromique

Traitement conforme à l'algorithme	Syndromes									
	Vaginite	Conjonctivite	SIP	Cervicite	Urétrite	herpès	Syphilis	Tuméfaction scrotale	Donovanose	Bubon Inguinal
Oui	84,5 %	12,1 %	70,0%	63,4 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Non	15,5 %	87,9 %	30,0%	36,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	100 %

L'algorithme était utilisé à 100% pour tous les syndromes, sauf quelques un comme la vaginite, où il a été utilisé à 84, 5%, le SIP à 70%, la cervicite à 63,4% et la conjonctivite à 12, 1%. Pour les VIH positifs le traitement était en fonction de leur état immunologique.

Tableau28 : Répartition de l'échantillon selon l'évolution du traitement

Traitement satisfaisant	Syndromes									
	Vaginite	Conjonctivite	SIP	Cervicite	Urétrite	herpès	Syphilis	Tuméfaction scrotale	Donovanose	Bubon inguinal
Oui	80,3 %	98,3 %	72,2%	50,4 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Non	19,7 %	1,7 %	22,8%	49,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

On a eu une guérison totale pour tous les syndromes au premier rendez-vous sauf respectivement la cervicite, le SIP, la vaginite et la conjonctivite du nouveau-né (50,4 %, 77,2 %, 80,3 %, 98,3 %)

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V Commentaires et discussion

V.1 Discussion méthodologique

Le but de notre étude prospective est d'évaluer la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles.

Cette étude s'est entièrement déroulée au centre de santé de référence de Bougouni.
Au cours de notre étude nous avons rencontré des difficultés de plusieurs ordres :

- La majorité de nos patients avaient un niveau d'étude primaire et /ou analphabète et ils avaient une difficulté à assimiler nos explications.

- Nous avons eu souvent de mal à appliquer le protocole de notre questionnaire, le faite qu'il n'y a pas une unité pour la prise en charge des IST.

- On était parfois confronté à un problème temps pour un bon interrogatoire d'IST, car nous faisons recours aux différentes unités (maternité, salle de consultation et unité de prise en charge PV VIH) pour le recueil des informations.

Malgré ces difficultés on a pu mener l'enquête avec la participation et la disponibilité de tous les personnels soignants en envoyant les cas d'IST pour application du questionnaire.

Nous avons noté une disponibilité des molécules des schémas thérapeutiques adoptés dans les dépôts.

Le laboratoire était fonctionnel pour les examens complémentaires.

Pour ce qui concerne la discussion des résultats, nous avons trouvé une étude faite à Bamako en commune V.

V.2 Discussion Sociodémographique

V.2.1 Le Sexe :

Les sujets de sexe féminin étaient les plus représentés avec 69,0% par rapport aux sujets de sexe masculin avec 31,0%. *Le sex ratio* était 0,45 en faveur du sexe féminin.

Cela s'explique par l'importance des activités gynéco-obstétricales de ce centre de référence par rapport aux autres activités, d'où sa grande fréquentation par les femmes.

Cette prédominance féminine des IST a été décrite par MAÏGA [28] qui rapporte 36,1% d'hommes contre 69,9% de femmes. Par ailleurs LASSENY [12] a noté dans son échantillon que le sexe féminin était nettement plus représenté avec 94,24% contre 5,76% de sexe masculin

V.2.2 L'âge :

Les patients d'âge compris entre 16-45ans étaient les plus atteints. Il s'agit de la tranche d'âge la plus sexuellement active. Plusieurs auteurs ont rapporté des résultats différents : Selon MAÏGA [28] la tranche d'âge 17-27ans était la plus représentée. Pour TRAORE [41] et DIALLO [10] c'est la tranche 25-29 ans.

TRAORE [28] trouve que la totalité des patients étaient dans la tranche d'âge 13-34ans. DIARRA [11] trouvait que la tranche d'âge 15-40ans était la plus représentée. Dans sa thèse KEITA [22] a rapporté que la tranche d'âge 20-40 ans était la plus représentée.

Dans tous les cas il s'agit des sujets jeunes.

V.2.3 Le statut matrimonial :

64% des sujets étaient mariés dont 38, 3% en régime monogame ; 25,7% en régime polygame et les célibataires représentaient 41%.

Ceci dénote que le statut marié ne semble pas prémunir contre les IST : GUIDO [20] qui a rapporté que 85,7% des patients étaient mariés dont 57,7% de couple monogame.

MAÏGA [28] a trouvé 52,10% de couples monogames. LASSENY [12] 58,02% de couples monogames et 26,88% de couples polygames.

V.2.4 La Résidence :

Dans notre étude plus de 60% de patients résidaient à Bougouni ville. Ce fait pourrait s'expliquer par le lieu de recrutement des malades (Bougouni ville). Dans sa thèse KANOUTE [21] trouvait que la majorité de ces malades résidaient à Bamako (51%) et ou originaires des grandes villes du Mali.

V.2.5 La Profession :

Les professions : Les ménagères dominaient notre échantillon. D'autres études réalisées au Mali avaient trouvé des résultats similaires : GUIDO (81,9 %), LASSENY (59,10%), GOÏTA (41%) [18, 20, 12].

V.2.6 Le Niveau d'étude :

Les sujets instruits représentaient les 53,7% de l'échantillon tout niveau confondu par contre 46,3% n'avaient pas effectué d'étude. Cela signifierait que, plus un patient est instruit plus il encours au traitement d'IST.

Ce résultat a été contredit par SAMAKE A. [39] qui a rapporté que la fréquence des IST est plus élevée chez les non scolarisés que les scolarisés, et il note que l'analphabétisme semble être un facteur de risque associé à la recrudescence des IST.

V.3 Discussion clinique

V.3.1 Antécédents d'IST :

Plus de la moitié des patients déclaraient d'avoir un antécédent d'IST (52,9%), contre 47,1% qui n'avaient jamais connu une IST.

TRAORE [42] trouvait que 47,7% des patients avaient un antécédent d'infection génitale. Et aussi 9,42% de ces patients séropositifs avaient un antécédent d'IST.

V.3.2 Le séjour à l'étranger :

Son influence sur la fréquence des IST n'est pas à négliger. Dans notre étude 33,3% des patients avaient séjourné à l'étranger contre 66,7% qui n'avaient pas une notion de séjours à l'étranger. Ceci note la prédominance des cas autochtones. SAMAKE [39] trouvait que la fréquence des IST chez les migrants était de 20%. Des résultats contradictoires ont été notés par plusieurs auteurs parmi les populations ayant effectué des séjours à l'étranger.

KEÏTA [22] a rapporté que plus de 75% des patients consultants pour IST/VIH avaient une notion de séjours à l'étranger.

MAÏGA [28] rapportait que 84,84% des séropositifs avaient une notion de séjour à l'étranger.

Une enquête dans la principale structure d'hospitalisation des malades du SIDA au Sénégal montre que 70% de ceux-ci avaient un antécédent de migration en Afrique de l'Ouest et du centre SAMAKE [39].

V.3.3 Nombre de partenaire sexuel

Les sujets fidèle a un seul partenaire sexuel représentaient 76,5%, contre 21,2% des sujets qui répondaient d'avoir plusieurs partenaires sexuels ; 2,3% sans partenaire sexuel.

Selon LASSENY [12] 93,0% vivaient sexuellement avec un seul partenaire, 5,4% avaient des partenaires sexuels multiples et 1,6 étaient sans partenaires.

V.3.4 Utilisation du préservatif :

Une étude faite à Bamako montrait que 64,29% des prostituées utilisaient le préservatif [26].

Bien que la cible soit différente nous avons trouvé que seulement 12,10% de l'effectif de notre échantillon utilisaient le préservatif au cours des rapports sexuelles occasionnels. Selon EDS-IV une répartition des femmes qui sont actuellement sous méthode contraception moderne montre seulement 2,9 % utilisatrices de condom (2,6% de condom masculin et 0,3% féminin). [15]

V.3.5 Motif de consultation (plaintes):

Dans notre étude 70, 1% des patients se plaignaient d'écoulement vaginal.

D'autres études avaient trouvé les résultats suivants :

Au Gabon, une étude réalisée sur l'élaboration de l'algorithme de dépistage des maladies sexuellement transmissibles chez la femme enceinte à Libreville a trouvé 63% de perte vaginale, 54,7% de cervicite [1]. Dans sa thèse, TRAORE [42] a trouvé 58% de pertes vaginales

V.3.6 Différents types d'IST

Le syndrome dominant a été la vaginite avec 20,2% (vaginite seule et vaginite plus VIH+) Pour LASSENY [12] la vaginite a été le plus fréquemment observée (66,90 %).

V.3.7 Types de VIH :

Parmi les différents types de VIH identifiés, il a été remarqué une plus grande fréquence du VIH1 (97,01%) ; seuls 2,99% des patients se sont révélés positifs au VIH2. Et le double portage était nul.

Cette prédominance du VIH1 avait été rapportée par plusieurs auteurs, notamment :

TRAORE [42] 85,72% de VIH1, KONE [25], a rapporté que des patients séropositifs 68% étaient infectés par le VIH1 ; pour KIMBA [23] 79,03% des donneurs séropositifs étaient VIH1 ;

KEITA [22] ; DESIRE [7] DIALLO et al [9] ont rapportés des résultats similaires (VIH1 prédominant).

V.3.8 Prise en charge :

Partout où l'algorithme a été utilisé de façon adéquate la guérison était totale sauf pour l'urétrite (82,2 %).

13,23% de décès constatés étaient survenus chez les VIH positifs à stade avancé.

Une étude faite par LASSENY [12] a trouvé 71,22% de guérison clinique pour les différents types d'IST observés, 22% des patients séropositifs décédés.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI Conclusion

Nous avons mené une étude prospective descriptive au centre de santé de référence de Bougouni (à propos de 203 cas) sur les IST et l'infection des cas de VIH et SIDA. Le but était de connaître la stratégie de la prise en

charge syndromique des IST.

Notre population d'étude était 203 patients, dont 68 étaient VIH positif.

Les résultats ont été les suivants :

Sur le plan épidémiologique, Le *sex ratio* était 0,45 en faveur du sexe féminin et la majorité des patients étaient mariée.

L'utilisation du préservatif était très limitée à 12,10% chez les patients d'âge supérieur à 12ans. Les patients consultaient très tardivement (durée des plaintes supérieure à trois semaines dans la plupart des cas), ce qui rendait difficile la prise en charge.

Dans notre étude les deux types de VIH étaient retrouvés avec une prédominance nette du VIH1.

Sur le plan de la prise en charge syndromique, partout où l'algorithme a été utilisé de façon adéquate la guérison était totale sauf pour l'urétrite (82,2 %).

Le syndrome dont l'algorithme a été le moins utilisé était la cervicite.

Les résultats de notre étude non représentatifs de la population générale de Bougouni encore moins du Mali pourraient être améliorés en menant d'autres études couvrant une plus grande majorité de la population par la conduite d'une étude multicentrique comparative.

VII commandations

Au terme de cette étude nous recommandons:

➤ **Aux autorités sanitaires et politiques**

- * Formation continue des agents de santé sur les IST en vue d'un diagnostic et d'un traitement précoce.
- * Initier et appuyer l'enseignement des IST à l'école.
- * Renforcer les campagnes de sensibilisation dans les langues nationales dans toutes les couches socioprofessionnelles.
- * Impliquer la collaboration des tradithérapeutes dans la prise en charge des IST.

➤ **Au personnel sanitaire du centre de santé de référence**

- * Appliquer correctement les algorithmes appropriés aux syndromes pour mieux apprécier leur efficacité.
- * Promouvoir le counselling des patients atteints d'IST pour qu'ils bénéficient d'un dépistage VIH/SIDA afin de faciliter leur suivi.
- * Informer, éduquer et conseiller les patients en ce qui concerne la prévention et le suivi thérapeutique des IST, et expliquer les liens entre IST et l'infection à VIH/SIDA.

➤ **A la population**

- * Valoriser les mœurs.
- * Scolariser les enfants.
- * Renforcer les activités de prévention primaire des IST et de l'infection à VIH (éviction de comportement sexuel à risque et d'utiliser le préservatif).
- * Fréquenter les services de santé précocement en cas de suspicion d'IST pour éviter les complications et réduire le coût.

VIII Références bibliographiques

1- ANKE B, Daniel H, Germane D, Noël ndong M, Martine P, Coullaud J.P et al.
Elaboration et évaluation d'algorithme de dépistage des maladies sexuellement transmissibles chez la femme enceinte. Libreville Gabon. Cahier de santé 1996 ; tome2 : 21-115.

2- AUBERT FR, Guillard Ph.
L'essentiel médical de poche. 2^{ème} Edition. Paris : Ellipses Aupelf / UREF ; 1995:1087p.

3- APPIT
Infection par VIH/SIDA. Epilly Montmorency; 1999: p 140-147.

4- APPIT
Infection par VIH / SIDA. 2^{ème} éd. Epilly Montmorency; 2000: P396-410.

5- BAGAYOKO A.
Prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 72 cas.
These Med : Bamako, 2004 ; n°60.

6- CSLS (Comité Sectoriel de lutte contre le Sida)
Politique et protocole de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA. Mali : 2008. 75p.

7- DESIRE B.
Association Maladies Sexuellement Transmissible et le niveau d'immunodépression (diminution CD4 et diminution du ratio CD4-CD8) chez les consultants de dispensaire antivénérien de l'institut national d'hygiène publique de Treichville (Cote d'Ivoire).
These Pharm, Bamako, 1997; n°28.

8- DEVELOPPEMENT ET SANTE
Spécial SIDA 2002; 18 : p 1-3
www.france5.fr/santé/w001342.cfm. Date: le 12/08/2010.

9- DIALLO M.O., Ghys.P.D
Sexually transmitted diseases and VIH1/VIH2 infections among pregnant women attending an antenatal clinic in Abidjan, Côte d'Ivoire conference VII^o international conference on AIDS in Africa, Yaoundé December 1992: 12p.

10- DIALLO R.
Prévalence de Neisseria gonorrhoeae, *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans* et *Gardenella vaginalis* parmi les infections génitales féminines à Bamako. A propos de 410 prélèvements vaginaux examinés dans le laboratoire de bactériologie de l'INRSP de 1989 à 1992.
These Pharm, Bamako, 1993; n°1.

11- DIARRA B. D.

Contribution à l'étude de la séroprévalence de l'infection par le virus de l'Immunodéficience humaine au Mali : à propos de 3500 sérums- Bamako ENMP
These Med, Bamako, 1989; n°19.

12- DIARRA L.

Profils épidémio-cliniques des IST et évaluation de la prise en charge Syndromique au CSRef de la commune V. Bamako- Mali.
These Med, Bamako, 2001; n°13.

13- DOLIVO (M.), Henry-suchet.J, Orfila. J,Eb.F

Maladies transmissibles par voies sexuelles. 2^{ème} éd. Paris : Masson ; 1997: 272p.

14- FAMILLE ET DEVELOPPEMENT

Spéciale sexualité. Mali 1984 : P 82-84

www.easyvols.fr. Date: le 12/08/2010.

15- ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (EDSM-IV)

Rapport préliminaire Mali 2006 : 43p.

16- GENTILLINI M.

Les maladies sexuellement transmissibles

Médecine tropicale. 5^{ème} éd. Paris : Flammarion Médecine-science ; 1993: 928P.

17 - GIRARD.PM, Katlama.CH, Pialoux .G

Infection par le VIH SIDA. 2^{ème} éd. Paris : 2004: p635.

18- GOITA.S

Étude épidémiologique des MST dans la région de Mopti 1996 – 1997.

These Med, Bamako, 1998; n°82.

19- GUIDE FORMATEUR- vf-

Prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles. 2007 : 85p.

[Www. onfp. tn /web content/viewer.asp](http://www.onfp.tn/web_content/viewer.asp). Date: le 12/08/2010.

20- GUINDO.A.

Étude de prévalence des principaux agents pathogènes responsables de MST/SIDA dans une population en âge de procréer dans le CSRef de la Commune II du District de Bamako.

These Pharm , Bamako , 1993; n°3.

21- KANOUTE F.

Aspect cliniques et paracliniques du SIDA à Bamako.

These Med, Bamako, 1991; n°11.

22- KEITA T.

Aspect épidémiologiques, cliniques et la prise en charge des dermatoses, lèpre et MST/VIH à la polyclinique EL HELAL de Djikoroni- Para (Bamako, Commune IV).
These Med, Bamako, 2000; n°77.

23- KIMBA ; H.

Enquête séro-épidémiologique sur l'infection à VIH chez les donneurs de sang à Bamako
These Pharm, Bamako, 2000; n°20.

24- KOKAÏNA C.

Infécondité conjugale du service de gynéco-obstétrique du CSRef de la CV à propos de 518 cas
These med, Bamako, 1998; n°63.

25- KONE M.M

Étude de la pathologie cutané-muqueuse des Sidéens suivis dans les services d'hospitalisation de Bamako (HGT, HN du point G, institut Marchoux)
These Med, Bamako, 1993; n°35.

26- KOUMARE B.

Projet d'intervention visant à freiner la propagation des MST/SIDA dans un groupe à haut risque dans le District de Bamako
These Med, Bamako, 1988-89; N°2.

27- MAÏGA. Ousmane Lamine

Connaissance, attitudes et comportement sexuels en matière de MST/SIDA en milieu scolaire (l'école normale secondaire de Bougouni et le lycée Monseigneur Montélas de Sikasso
These Med, Bamako, 2001; n°79.

28-MAÏGA Y.

Problématique de la migration des MST dans la région de Sikasso.
These Med, Bamako, 1999; n°76.

29- MEVOHAS MC

L'histoire naturelle de l'infection par VIH et sphère digestive cahier Houdé gastroentérologue.
1996 : p 5-11.

30- MICHEL H.

Infection par le virus de l'immunodéficience humaine. Paris: Masson; 2004: P 16-45.

31- MONTAGIER L, Willy-Rozembow N.

Sida et infection par le VIH. Paris : Flammarion Médecine –Sciences ; 1989: p573.

32- OMS

Réunion du groupe consultatif sur l'amélioration de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. Genève : 2001 :92p.

33- ONUSIDA

Le rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA. Août 2008 :22P
www.unaids.org. Date: le 12/08/2010.

34- PAR P., Durel et Pellerat

Maladies vénériennes. 3^{ème} édition. Paris : 1975: 146p.

35- PCASSUTO J. / pesce A. / Fquaranta J.

Sida infection à VIH aspect en zone tropicale. Paris Ellipses, 1989: 336p.

36- PNLIS (programme national de lutte contre le Sida)

Manuel de formation de la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles Mali : 2004:76p

www.ccisd.org/upload/document/bulletins/papSIDA. Date: le 12/08/2010.

37- RAPPORT D'UN GROUPE D'ETUDE DE L'OMS

Prise en charge des patients atteints de maladies sexuellement transmissible Genève. 1991: 95p.

38- ROSENHEIM M.et Itoua-Ngaporo A.

Sida infection VIH aspect en zone tropicale. Paris : ELLIPSES; 1989: 336p.

39- SAMAKE A.

Facteurs de risque des MST/SIDA liés à la mobilité de la population en Commune IV du District de Bamako. These Med, Bamako, 1999; n°82.

40- Si Boulet A et al.

Maladies sexuellement transmissibles. Paris : Masson ; 1984: 287P.

41- TRAORE I.

Contribution à l'étude de la prévalence de la sérologie de la Syphilis chez la population fréquentant les structures de la santé de Bamako

These Pharm, Bamako, 1988; n°60.

42- TRAORE. Y. A.

Étude de la prévalence MST/VIH et facteur de risque de l'infection par le VIH dans les six Communes de Bamako. A propos de 551 cas. These Med, Bamako, 1999; n°31.

IX Annexes

FICHE D'ENQUETE

Evaluation de la prise en charge syndromique des IST dans le centre de santé de référence de Bougouni

Date/ / /2008

Numéro d'ordre:.....

A/ Renseignements sociodémographiques :

Nom et prénom :.....

Q1/ Age :

Q2/ Nationalité : 1- Malienne 2-Non Malienne

Q3/ Sexe 1-Masculin 2-Féminin

Q4/ Ethnie : 1-Bambara 2-Peuhl 3-Dogon 4-Malinké 5-Songhaï
6-Sarakolé 7- Autre à préciser :.....

Q5/ Profession :.....

Q6/ Niveau d'étude : 1-Analphabète 2-Primaire 3-Secondaire
4-Supérieur

Q7/ Séjour à l'étranger : 1-Non 2-Oui si oui quel pays :.....

Q8/ Résidence : 1- ville 2-Village 3-Autre

Q9 / Statut matrimonial : 1-Célibataire 2-Marié (e) monogame
3- Marié (e) polygame 4- Divorcé(e) 5- Veuf (Ve)

B/ Examen du malade :

Q10/ INTEROGATOIRE

a- Les plaintes du patient[e]

a-1- Écoulement vaginal

a-2- Écoulement urétral

a-3- Prurit

a-4- Brûlures /douleurs à la miction

a-5- Douleur abdominale basse

a-6- Tuméfaction scrotale

a-7- Conjonctivites du nouveau-né

a-8- Bubon inguinal

a-9-Ulcération Génitale

a-10- Autres à préciser :.....

b- Mode de début: 1-brutal 2-progressif

c- Durée : 1) moins de 21 jours 2) plus de 21 jours

d- Sexuellement actif : 2-non 1-oui

e- Habitude sexuelle : 1-vaginale 2-anale 3-buccale

f- Nombre de partenaire sexuel 1-un 2-plus d'un

g- Nouveau partenaire au cours des trois derniers mois 1-Oui 2-Non

h- Port de préservatif 1-Oui 2- Non

i- Notion de contagion 1-Oui 2-Non

j- Antécédents d'IST antérieure : 1-Non 2-Oui

k- Circonstances d'apparition 1- Spontanée 2- Rapport sexuel

Q11 / LES SIGNES GENERAUX

a- État général 1-Bon 2- Altéré

b- Température 1-apyrétique 2-fébricule 3-fébrile

Q12/ EXAMEN GENITAL

a- chez la femme enceinte 1-Non 2-Oui

a-1 Inspection de la vulve

a-1-1 Normale

a-1-2 Ulcération [à préciser le nombre

a-1-3 Lésions de grattage

a-1-4 Inflammation

a-1-5 Leucorrhée

a-1-5-1 Couleur : 1- blanchâtre 2- jaunâtre 3- verdâtre

a-1-5-2 Aspect : 1- purulente 2- spumeuse 3- caillebotée

4- épaisse 5- glaireuse

a-1-5-3 Odeur 1- fétide 2-non fétide

a-2 Examen au spéculum

a-2-1 Muqueuse vaginale

1-Normal 2-Inflammatoire 3-Ulcération

4-Tuméfaction 5- lésions de grattages

a-2-2 Leucorrhée

a-2-2-1 Couleur: 1- blanchâtre 2- jaunâtre 3- verdâtre

a-2-2-2 Aspect: 1- homogène 2- spumeux 3- cailleboté

a-2-2-3 Odeur : 1- fétide non fétide

a-2-3-Col utérin

a-2-3-1 Normal

a-2-3-2 Ulcération / érosion

a-2-3-3 Saignement au contact

a-2-3-4 Pertes muco-purulentes

a-2-4 absence de leucorrhée

Autres [à préciser]

a-3 Toucher vaginal

a-3-1 Leucorrhée

a-3-1-1 Couleur : 1- blanche 2- jaune 3- verte

a-3-1-2 Aspect : 1- homogène 2- spumeux 3- caillebotte

a-3-1-3 Odeur 1- fétide 2-non fétide

a 3-2 absences de leucorrhée

b / CHEZ L'HOMME

b-1- Inspection du pénis

b-1-1 Normale

b-1-2 Lésions de grattage

b-1-3 Ulcération

b-1-4 Inflammation

b-1-5 Tuméfaction

b-1-6 Écoulement urétral

Couleur : 1-blanche 2- jaune 3- verte

Aspect: 1- homogène 2- spumeux 3- caillebotté

Odeur 1- fétide non fétide

b-2 Périnée

b-2-1- Normal

b-2-2- Bubon inguinal

b-2-3-Lésions de grattage

b-2-4-Ulcération

b-2-5-Tuméfaction

b-3-Scrotum

b-3-1-Normal

b-3-2-Douloureux

b-3-3-Tuméfaction

b-3-4-Ulcération

b-3-4-Lésions de grattages

Q13 / Les signes cutanéomuqueux 1- Oui 2- Non

Q14/ Atteinte anale 1- Oui 2-Non

Q15/ BILAN DEMANDE

a- VIH 1- Positif /...../ : 1-1 VIH1 1-2 VIH2

2- négatif//

b- Examen bactériologique du prélèvement vaginal à l'état frais

c- Coloration de Gram du prélèvement vaginal

d- BW

e- Autres [à préciser]

Q16 / DIAGNOSTIC

Q17/ ASPECT S THERAPEUTIQUES

TRAITEMENT SYNDROMIQUE

Adéquat 1oui

2non

Q18/ RESULTAT DU TRAITEMENT ET EVOLUTION

Favorable 1oui

2non

Nom : *KANOUTE*

Prénom : *Fatoumata*

Titre de la thèse : Profils épidémio-cliniques et évaluation de la prise en charge

syndromique des cas IST et des cas de VIH et Sida
dans le centre de santé de référence de Bougouni (Bamako-Mali)

Année : 2009-2010

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la faculté de médecine, de
pharmacie et
D'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : santé publique

Résumé :

Cette étude sur les IST et l'infection VIH et Sida au centre de santé de référence de Bougouni a été effectuée entre Mars 2008 et Mars 2009 soit une année. Le but était de connaître la stratégie de la prise en charge syndromique des IST.

Nous avons mené une étude prospective descriptive chez les patients consultant dans le centre de santé de référence de Bougouni.

Nous avons obtenu les résultats suivants : l'échantillon comportait 203 patients, dont 68 étaient VIH positif 33,9 %. Le *sex ratio* est 0,45 en faveur du sexe féminin. La tranche d'âge 16-45 ans était la plus touchée.

Les sujets mariés étaient plus représentés. On n'a pas noté de patient homosexuel.

Sur le plan clinique la plainte majoritaire a été écoulement (vaginal/urétral) + prurit (vulvaire/périnéale). La vaginite a été le syndrome le plus rencontré suivi du VIH et Sida

Les patients séropositifs ont bénéficiés de traitement dirigés contre les infections opportunistes. Les antirétroviraux étaient donnés en fonction de leur état sérologique.

Ailleurs 92,8 % de nos patients séropositifs étaient infectés par le VIH1, il n'y avait pas un cas de double portage.

Sur le plan thérapeutique la guérison clinique a été observée partout où l'algorithme a été approprié. Malheureusement 13,23 % des séropositifs sont décédés.

Mots clés : IST, VIH, SIDA, épidémiologie, clinique, traitement syndromique.