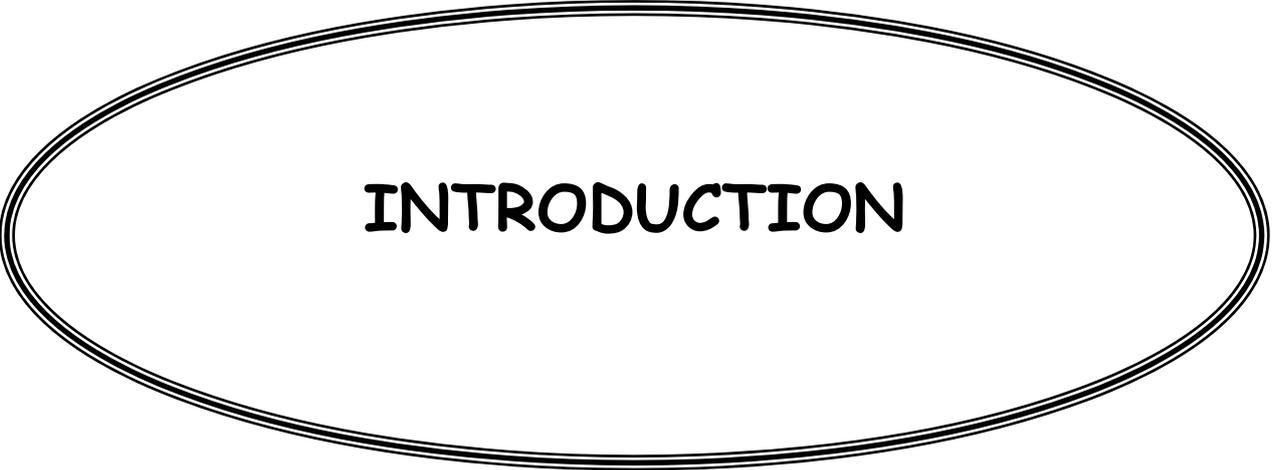


LISTES DES ABREVIATIONS

- AIDS : Acquired Immuno Deficiency Syndrome
- CA : *Candida albicans*
- CNLS : Comité National de Lutte contre le Sida
- CT : *Chlamydia trachomatis*
- ELISA : Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay
- FTA : Fluorescent Treponemal Antibody
- HSV : Herpes Simplex Virus
- HTLV : Human T Leucemia Lymphoma Virus
- HPV : Human Papilloma Virus
- IHS : Institut d'Hygiène Social
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- LCR : Ligase Chain Reaction
- LGV : Lymphogranulomatose Vénérienne
- NG : *Neisseria gonorrhoeae*
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PED : Pays en Développement
- PCR : Polymerase Chain Reaction
- PNLs : Programme National de Lutte contre le Sida
- RPR : Rapid Plasma Reagin
- SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- STD : Sexually Transmitted Disease
- TPHA : *Treponema pallidum* hemagglutination Assay
- TV : *Trichomonas vaginalis*
- UNG : Urétrite Non Gonococcique
- VDRL : Venereal Disease Research Laboratory
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humain
- VB : Vaginose Bactérienne
- WHO : World Health Organisation



INTRODUCTION

On a tendance actuellement à préférer parler d'Infection Sexuellement Transmissible (IST). Ce terme permet de mieux prendre en considération les sujets asymptomatiques porteurs et vecteurs de ces agents, dont l'importance épidémiologique apparaît majeure. Même si le VIH constitue actuellement la plus importante de ces IST, nous nous focaliserons ici sur les affections plus « classiques » de cette catégorie, qui se distinguent du VIH par leur caractère accessible à un traitement simple.

En pratique, il s'agit surtout :

- De maladies se caractérisant par une ulcération des parties génitales : syphilis, chancre mou, maladie de Nicolas – Favre, donovanose et herpes génital essentiellement ;
- De maladies se caractérisant par un écoulement génital : infections dues à *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* sérotypes D à K, *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis* et certains mycoplasmes surtout *Mycoplasma genitalium*.

En 1995, l'OMS a recensé plus de 333 millions de nouveaux cas d'IST curables dans le monde dont 66 millions pour l'Afrique subsaharienne (17).

Ces chiffres semblent en augmentation dans de nombreux pays en développement. Ils coïncident avec l'expansion mondiale de l'épidémie du VIH/SIDA dont la transmission apparaît étroitement liée aux IST « classiques » qu'elles soient ulcératives ou non. Ces IST « classiques » ont fortement diminué dans les pays occidentaux notamment en raison de l'utilisation du préservatif qui a coïncidé avec les activités de prévention de la transmission sexuelle de l'infection à VIH.

Cependant, elles restent très endémiques dans les pays en développement. En effet, selon l’OMS les IST seraient la deuxième cause de mortalité et de morbidité chez les femmes de 15 à 45 ans après les infections périnatales et les complications obstétricales (53).

La gravité des IST non traitées ou mal traitées par leurs complications propres constituent un problème de santé publique identifié de longue date.

A ces complications des IST « classiques », il faut ajouter le risque de transmission du virus de l’immunodéficience humaine.

De nombreuses études montrent la réalité de leurs interactions épidémiologiques et biologiques. En effet, d’une part ces IST sont des cofacteurs majeurs de la transmission du VIH et d’autre part, l’infection à VIH du fait de l’immunodépression qu’elle entraîne modifie la pathogénicité des IST en facilitant leur transmission et leur récurrence, en aggravant leur histoire naturelle et en rendant leur traitement plus difficile.

De ce fait, l’efficacité d’une prévention et d’une prise en charge précoce des IST sur l’incidence de l’infection à VIH n’est cependant plus à démontrer. En effet, l’étude de Mwanza en Tanzanie (23) a montré qu’une prise en charge simple et peu coûteuse, syndromique et algorithmique, intégrée aux soins de santé primaire dans des conditions proches de celles rencontrées au quotidien dans des pays en développement, pouvait réduire de 40% le taux de nouvelles infections par le VIH.

Si la plupart des IST « classiques » bénéficient de méthodes de diagnostic et de dépistage peu onéreuses et facilement applicables sur le terrain, il n’en est pas de même pour l’infection à *Chlamydia trachomatis* et la maladie de Nicolas-Favre. Ainsi, l’OMS recommande l’approche syndromique et algorithmique qui permet aux cliniciens de prendre en charge les IST sur la base de symptômes que présente le patient mais aussi sur les informations épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.

La lutte contre les IST « classiques » constitue une priorité de santé publique au Sénégal. Ainsi plusieurs stratégies devraient être élaborées pour la prise en charge de ces IST :

- Prise en charge des hommes présentant une IST symptomatique tout venant et leurs partenaires sexuelles ;
- La focalisation sur les groupes à risques « prostituées et leurs clients » ;
- Le traitement de masse des populations.

Au Sénégal, cette lutte est intégrée dans le programme national de lutte contre le SIDA depuis le début de l'épidémie du VIH.

Notre étude vise les objectifs suivants :

- 1- Déterminer le profil épidémiologique des hommes présentant une IST symptomatique au centre de référence des IST à l'IHS ;
- 2- Décrire les étiologies des IST chez ces Hommes ;
- 3- Proposer des recommandations en soins de santé publique pour une meilleure prise en charge de ces IST.

Pour atteindre, ces objectifs, notre plan d'étude sera articulé ainsi :

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

- 1- Epidémiologique des IST ;
- 2- Les signes cliniques et diagnostiques des IST ;
- 3- Les principes de lutte contre les IST en milieu tropical.

DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL PERSONNEL

- 1- Malades et Méthodes ;
- 2- Résultats ;
- 3- Discussion et Commentaires ;
- 4- Conclusion et Recommandations ;
- 5- Bibliographie.



PREMIERE PARTIE :
GENERALITES

A- EPIDEMIOLOGIE DES IST

I. Epidémiologie globale des IST dans le monde

1. Aperçu général

De part le monde, les IST constituent un problème majeur de santé publique et d'après l'OMS, en 1995 il y a eu plus de 333 millions de nouveaux cas d'IST dans le monde dont 12 millions pour la syphilis, 62 millions pour la gonococcie, 89 millions pour les chlamydioses, 170 millions pour les trichomonases et 2 millions pour le chancre mou (17).

2. Transmission des IST

2.1 Mode de transmission

2.1.1 La voie sexuelle

Elle représente la voie la plus fréquente. Elle suppose le contact intime de deux muqueuses dont l'une est infectée et se fait par l'échange de liquides biologiques (sperme, sécrétion vaginale et sang). Elle concerne les rapports sexuels : hétérosexuels ou homosexuels. Certaines pratiques à risque expliquent les localisations extra génitales des IST (buccales et anales).

2.1.2 La voie sanguine :

Elle concerne les contacts avec le sang et les produits sanguins contaminés lors de la transfusion sanguine.

2.1.3 La voie materno-fœtale

Elle concerne la transmission de l'agent pathogène de la mère à l'enfant avant ou pendant l'accouchement

2.1.4 La contamination professionnelle ou accidentelle

Elle concerne surtout les personnels de santé (Médecin, sage-femme, infirmier(e) et les laborantins) qui sont en contact direct avec les patients ou avec les produits de sécrétion des prélèvements.

2.2 Facteurs de transmissions ou de risques

Ces facteurs sont socioéconomiques, culturels et sexuels.

2.2.1 La prostitution

La prostitution, à raison du multiparténariat et des pratiques sexuelles à risque constitue un facteur favorisant majeur dans la transmission des IST. Il peut s'agir d'une prostitution officielle chez les « professionnelles du sexe » ou d'une prostitution occasionnelle. Cette dernière catégorie est plus exposée car non suivie dans les programmes de lutte contre les IST et le SIDA.

2.2.2 La vulnérabilité des femmes

2.2.2.1 La vulnérabilité biologique

Chez l'homme, les IST sont très parlantes sur le plan clinique par contre elles sont souvent asymptomatiques et insidieuses chez la femme entraînant un retard dans le diagnostic et le traitement.

Par ailleurs, le risque de contracter une IST lors d'un rapport sexuel est plus important chez la femme que chez l'homme. En effet, par rapport aux hommes, les femmes ont une surface de muqueuse plus importante exposée aux sécrétions sexuelles de leur partenaire.

2.2..2.2 La vulnérabilité socioéconomique

L'accessibilité des services de santé aux femmes est souvent difficile liée à la pauvreté et le risque de stigmatisation lors de la fréquentation des services d'IST.

Sur le plan social, la femme est dominée par l'homme qui contrôle la relation sexuelle. Les femmes n'ont pas ou ont peu de prise de décisions sur leur sexualité notamment celles concernant les précautions pour se protéger.

2.2.3 La migration

La migration constitue aussi un facteur en ce sens que le migrant se trouve souvent en situation de précarité, d'instabilité économique et sexuelle favorisant ainsi une multiparténariat et des comportements sexuels à risque.

2.2.4 Les pratiques sexuelles à risque

Tout rapport sexuel avec pénétration sans protection, qu'il soit volontaire ou non comporte un risque de transmission si l'un des partenaires est infecté. Certaines pratiques sexuelles augmentent le risque de transmission :

- Le multiparténariat avec des rapports sexuels non protégés ;
- L'homosexualité avec les rapports anaux et buccogénitaux.

2.2.5 L'alcool et la drogue

De part leurs effets sur la vigilance de l'individu, ils constituent un facteur essentiel pour induire des comportements à risque d'IST.

3. Epidémiologie par IST

3.1. La syphilis

La répartition de l'infection à *Treponema pallidum* est mondiale et aucun pays n'est indemne. Depuis sa découverte, la syphilis vénérienne a connu une fluctuation de sa fréquence. Ainsi, après un déclin général dans les années 1960, lié à la pénicillinothérapie, une recrudescence s'est fait sentir dans beaucoup de pays d'Europe et d'Amérique parallèlement à l'avènement du SIDA (15).

Aux Etats Unis, à partir de 1985, on a constaté une augmentation rapide de l'incidence de la syphilis chez les hétérosexuels masculins et les femmes.

Ainsi en 1990, 50000 cas de syphilis primaire et secondaire ont été rapportés soit une incidence annuelle de 20/100 000 habitants **(46)**.

En Italie, une étude faite en 1996, a montré une incidence pour la syphilis latente de 8,2% sur 3953 hommes présentant une IST et pour la syphilis primaire et secondaire de 3,2% sur 1444 hommes porteurs IST **(18)**.

3.2. La gonococcie

Dans les pays d'Europe et d'Amérique, le nombre de cas de gonococcie rapporté par l'OMS était en recrudescence à la fin des années 1950 avec un pic de fréquence vers les années 1970 puis s'est stabilisé avec une tendance à la baisse depuis la pandémie du SIDA.

En Italie, une étude faite en 1996, a montré une incidence de 3,8% d'urétrite gonococcique de janvier 1991 à décembre 1996. Ce taux est plus ou moins similaire dans la plupart des pays d'Europe **(18)**.

En 1999, une étude faite en Angleterre a montré un taux de 42/100 000 habitants chez l'homme et 18/100 000 habitants chez la femme **(26)**. Mais depuis 2000 on assiste à une augmentation des cas de gonococcie. Une estimation de l'incidence en France donne des taux de l'ordre de 70/100 000 habitants chez l'homme et 14/100 000 habitants chez la femme **(16)**.

3.3. Les chlamydioses

La répartition de l'infection à *Chlamydia trachomatis* est aujourd'hui mondiale. Dans les pays d'Europe, en 1996 il y a eu 5 fois plus d'urétrite à *chlamydia trachomatis* que d'urétrite gonococcique **(3)**.

En Angleterre en 1999, une étude a montré respectivement une prévalence de 85 cas/100 000 habitants chez la femme et 115 cas/100 000 habitants chez l'homme **(26)**.

Aujourd'hui l'infection à CT est devenue 50 à 80 fois plus fréquente que la gonococcie et représente la première IST bactérienne dans les pays industrialisés **(16)**.

3.4. L'herpès génital

Il s'agit de la première cause d'ulcération génitale dans les pays industrialisés. Son épidémiologie est difficile à quantifier à cause des formes asymptomatiques et des récurrences.

En Italie, une étude réalisée de janvier 1991 à décembre 1996 donne une prévalence de 7,7% sur 3435 hommes présentant une IST **(18)**.

En France une enquête effectuée en 1990, a donné une estimation de 600 000 poussées par an dont les 3/4 sont des récurrences **(13)**. La prévalence des infections à HSV-2 en France est en constante croissance depuis une quinzaine d'années pouvant atteindre 15 à 30% de la population générale, 50% chez les hétérosexuels ayant une IST et 70% chez les homosexuels **(16)**.

3.5. Les végétations vénériennes

Les végétations vénériennes sont en nette recrudescence dans tous les pays développés depuis l'épidémie du SIDA touchant avec prédilection les jeunes de 16 à 35 ans et l'accroissement est plus importante chez la femme. En moyenne 10% des femmes en période d'activité sexuelle sont porteuses asymptomatiques en France **(50)**.

La transmission sexuelle des HPV en fait probablement l'IST la plus fréquente actuellement avec une contagiosité maximale de 60 à 70% en cas de condylomes récents **(16)**. Une étude réalisée en Angleterre en 1999 a montré une prévalence de 118/100 000 habitants chez l'homme contre 130/100 000 habitants chez la femme **(26)**.

3.6. Le chancre mou

La répartition géographique du chancre mou couvre aujourd'hui l'ensemble des cinq continents. Cependant, l'infection est beaucoup plus connue dans les pays tropicaux que les pays d'Europe où elle est aujourd'hui rare, voire inexistante.

En Italie, la surveillance sentinelle des IST a montré une fréquence de 0,1% sur 44 patients hommes présentant une IST de janvier 1991 à décembre 1996 **(18)**.

3.7. La donovanose

C'est une IST essentiellement tropicale où elle sévit dans ces pays en mode endémique comme en Papouasie-Nouvelle Guinée, en Australie et en Guyane foyer bien connu de Donovanose, où une étude faite en 1992 a noté 68 cas de Donovanose. Le sexe ratio homme/femme est 2/1 **(40)**.

Tous les cas vus en Europe sont des cas concernant soient des sujets originaires des Antilles ou d'Afrique, soit d'exceptionnelle contamination de voyageurs après un séjour dans ces foyers. La tranche d'âge la plus touchée est de 20 - 40 ans **(40)**.

3.8. La maladie de Nicolas-Favre

L'infection est de répartition mondiale, sporadique et exceptionnelle en Europe, en Australie et aux Etats Unis où une étude faite en 1994 a montré 235 cas soit une incidence de 0,1/100 000 habitants **(4)**.

Des cas sporadiques ont été rapportés en France avec 27 cas à Paris de 1981 à 1986 **(4)**. En Italie, une étude faite de janvier 1991 à Décembre 1996 a noté une fréquence de 0,1% sur 42 hommes présentant une IST **(18)**.

3.9. Les infections à *Trichomonas vaginalis*

L'infection à TV est très fréquemment observée dans le monde où on note plus de 170 millions d'individus infectés en 1995 **(17)**. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Cependant, elle serait responsable de 1 à 10% des

urétrites non gonococciques chez l'homme. La tranche d'âge la plus concernée est celle de 16 - 35 ans (12).

3.10. Les infections à mycoplasmes

De part le monde, les infections à Mycoplasmes (*Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium* et *Ureaplasma urealyticum*) sont incriminées dans beaucoup d'infections génitales chez l'homme et chez la femme même si leur pouvoir pathogène est souvent controversé. Il y a une forte corrélation entre le taux d'isolement de mycoplasmes et l'activité sexuelle car 41% à 75% des cas d'infections à mycoplasmes ont été observées chez des femmes en activité sexuelle contre 1 à 5% chez des filles vierges (6).

Actuellement, on accorde une importance croissante à *mycoplasma genitalium* qui est fréquemment isolé dans les urétrites non gonococciques.

3.11. La vaginose bactérienne

Appelée autrefois vaginite non spécifique ou vaginite à *Gardnerella vaginalis*, elle serait responsable de 50% des symptômes vaginaux à type de prurit, de leucorrhées chez les femmes (8).

Il y aurait une forte corrélation entre VB et l'activité sexuelle mais on a pas encore la preuve évidente qu'elle soit transmise sexuellement.

3.12. Les candidoses génitales

Candida albicans est ubiquitaire. Elle serait responsable de 80% des vaginites chez la femme (8). L'acquisition sexuelle par une femme est rare alors que chez l'homme elle est toujours acquise sexuellement.

Candida albicans est un saprophyte et/ou commensal et ce n'est qu'en présence de facteurs favorisants (grossesse, contraception, diabète, immunodépression), que sa prolifération serait pathogène.

3.13. Autres IST

D'autres maladies plus ou moins accessoirement transmises par voie sexuelle sont :

- Cytomégalovirus
- L'hépatite B
- L'infection à HTLV-1

II. Epidémiologie des IST en Afrique

1- Aperçu général

Les IST constituent un problème de santé publique dont l'importance est admise depuis longtemps, tout particulièrement dans le contexte de pays en développement.

L'attention accordée à ces infections s'est trouvée toutefois considérablement accrue depuis l'avènement du VIH/SIDA. Il existe une nette prédominance de ces infections pour les PED, avec plus de 20% en Afrique subsaharienne (54).

Les prévalences rapportées dans ces régions sont considérables, avec par exemple, chez la femme adulte vivant en Afrique subsaharienne des chiffres de l'ordre de, respectivement, 4%, 3%, 7% et 14% pour la syphilis, les infections à NG, à CT et à TV (1).

L'incidence de ces infections est également très élevée. Les principaux facteurs de risques retrouvés sont : le jeune âge, la tranche d'âge 15 – 45 ans, le sexe féminin à la fois pour des raisons biologiques et socioculturelles. Mais aussi certains facteurs socioéconomiques comme les flux migratoires, la désintégration du tissu social et d'une façon plus générale la pauvreté. « Les professionnelles du sexe » apparaissent particulièrement exposées.

2. Epidémiologie par IST

2.1. La syphilis

L'infection est beaucoup plus fréquente dans les pays tropicaux qu'en Europe. La syphilis est la 3^{ème} cause d'ulcères génitaux dans les centres antivénéériens des grandes villes africaines. Ainsi au Kenya, les ulcères syphilitiques représentaient en 1991, respectivement 11,3% et 13,5% chez les femmes et les hommes **(32)**.

Elle constitue un cofacteur important dans la transmission du VIH/SIDA. Des études menées respectivement en Ouganda en 1991 et au Mozambique en 1993 ont montré des taux de prévalences de 10% et 12% **(11, 24)**.

2.2. La gonococcie

En Afrique, la situation générale est caractérisée par une prévalence particulièrement élevée. La gonococcie constitue l'IST la plus connue en Afrique subsaharienne. Ainsi dans les grandes villes Africaines l'incidence annuelle varie de 3 à 10% **(34)**

La prévalence de l'infection à N.G varie en fonction du groupe. En 1991, une étude réalisée au Kenya en Nairobi portant sur 168 femmes enceintes et 198 prostituées a montré respectivement un taux de prévalence de 7,1% et 46,6%. Chez les hommes, une étude faite en Tanzanie en 1989 sur 469 hommes présentant une IST a montré un taux de 1,7% **(41)**.

2.3. Les chlamydioses

Dans les pays tropicaux, les prévalences des infections à CT seraient comparables à celles de la gonococcie et dans certaines régions d'Afrique Subsaharienne, des prévalences plus élevées ont été rapportées.

Au Maroc, une étude réalisée en 1995 sur 400 patients, 200 hommes et 200 femmes consultants pour IST et 400 donneurs de sang, a montré respectivement

une prévalence de 12,5% et 7,5% **(45)**. Les tranches d'âge les plus touchées étaient de 20 - 29 ans et de 30 - 39 ans quelque soit le sexe ou le groupe **(45)**.

D'autres travaux faits, dans d'autres pays montrent à peu près des prévalences similaires ou plus élevées. Ainsi en Côte d'Ivoire, la prévalence de l'infection à CT chez les femmes enceintes a été rapportée à 5,8% **(35)**.

2.4. L'herpès génital

La prévalence de l'infection à HSV-1 et HSV-2 est mal connue en Afrique à cause du diagnostic difficile, des porteurs asymptomatiques et des récurrences.

C'est une IST qui prend de l'ampleur de plus en plus depuis l'avènement du SIDA. Elle constitue aujourd'hui la première cause d'ulcération génitale dans les pays en voie de développement. La prévalence de HSV-2 est de 20% à 50% chez la population sexuellement active et les homosexuels masculins alors que celle de HSV-1 est de 50% à 70% sans groupe de contamination**(8)**.

2.5 Les végétations vénériennes

Cette IST est mal documentée dans les pays en voie de développement. La contamination est habituellement sexuelle mais il y a des facteurs favorisants (diabète, corticoïde, hémopathies, VIH, traitement immunosuppresseur).

La contagiosité des papillomavirus est très élevée. Ainsi 65% des partenaires des sujets atteints sont eux mêmes porteurs de condylomes génitaux. **(8)**.

2.6. Le chancre mou

Haemophilus ducreyi constitue la deuxième étiologie des ulcères génitaux diagnostiqués dans les pays tropicaux où le chancre mou reste endémique.

Ainsi plus de 3000 cas confirmés par an sont déclarés à la clinique des IST à Nairobi au Kenya où le chancre mou constitue 48 à 62% des ulcères génitaux **(8)**.

Le chancre mou a été incriminé dans 60% des ulcères génitaux en Afrique du Sud, 40% en Centre Afrique et 52% en Gambie **(33)**.

Des infections mixtes à *Haemophilus ducreyi* et à *Treponema pallidum* ne sont pas rares.

2.7. La donovanose

L'épidémiologie précise de l'infection n'est pas bien connue car le diagnostic est difficile. Elle couvre l'ensemble des régions tropicales où des foyers endémiques comme en Guyane où 25% des ulcères génitaux chez l'homme étaient diagnostiqués comme Donovanose (40).

En 1991, 1 cas a été décrit au Gabon et 3 cas au Centre Afrique . En Afrique du Sud 93 cas ont été décrits de 1981 à 1988 .Le sexe ratio homme/femme est de 2/1(40).

2.8. La maladie de Nicolas-Favre

Elle sévit de manière endémique dans les régions tropicales et subtropicales particulièrement en Afrique. Sa prévalence et son incidence sont très mal connus et la proportion d'ulcères génitaux attribuée à *Chlamydia trachomatis* varie de 1 à 10% selon les régions (29).

La tranche d'âge la plus touchée est de 20 – 30 ans avec un sexe ratio homme/femme de 5/1(39)

2.9. Les infections à *Trichomonas vaginalis*

La fréquence des infections à TV est très élevée dans les pays tropicaux. Chez les femmes consultant pour bilan prénatal, la prévalence varie dans certaines études de 20 à 30% alors qu'elle est de 50% chez les femmes consultant pour IST (33,34). Chez les hommes, TV serait impliquée dans 1 à 15% des UNG (8).

L'association avec d'autres IST est fréquente, ainsi 40% des femmes avec TV sont infectées par NG (12).

2.10. Les infections à Mycoplasmes

L'épidémiologie des infections à Mycoplasmes est peu documentée en Afrique Subsaharienne. Cependant l'infection serait liée à l'activité sexuelle et fonction du nombre de partenaires.

Ainsi 37% des femmes ayant un seul partenaire et 75% ayant 3 partenaires sexuels étaient porteuses de mycoplasmes (8). Aujourd'hui, *Mycoplasma genitalium* serait un agent pathogène non exceptionnel des écoulements urétraux en Afrique Subsaharienne.

2.11. La vaginose bactérienne

Elle serait le motif de consultations des femmes entre 25% et 50% dans les centres de planification familiale en Afrique (8).

Au Gabon, une étude réalisée en 1996 portant sur 10 397 femmes enceintes a montré un taux de prévalence de 26,6% (7).

2.12. Les candidoses génitales

Les candidoses génitales sont très fréquentes en Afrique et sont dues dans 80% à *Candida albicans*. Elles sont beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme où *Candida albicans* serait isolé dans 1 à 2% des UNG (8).

Au Gabon, une étude réalisée en 1996 sur 199 femmes enceintes a trouvé une prévalence de 30,8% (7).

2.13. Autres IST en Afrique

Il s'agit essentiellement de :

- Cytomégalovirus ;
- Hépatite B ;
- Infections à HTLV-1.

III. Epidémiologie des IST au Sénégal

1. Introduction

Les IST constituent une priorité sanitaire indiscutable. La très grande fréquence des IST « classiques » (Syphilis, gonococcie, chlamydioses, chancre mou, trichomonases) ainsi que leurs complications propres, suffisent en à faire un problème de santé publique à part entière. Cependant les interactions remarquables de ces IST avec le virus de l'immunodéficience humaine leur confèrent aujourd'hui de plus une place de choix dans les stratégies de lutte contre l'expansion du SIDA (31).

Plus de 20 agents de nature virale, bactérienne ou parasitaire ont été répertoriés dans la littérature médicale comme responsable de ces IST, une dizaine d'entre eux est fréquemment rencontrée.

Au Sénégal, plusieurs enquêtes transversales ont permis d'estimer leur prévalence dans la population générale et dans certains groupes à risque.

La connaissance de la fréquence de ces agents pathogènes en fonction des différents syndromes et de leur sensibilité aux anti-infectieux permet d'établir des choix thérapeutiques rationnels.

Nous envisagerons successivement les prévalences estimées des IST en population féminine et en population masculine.

2. Prévalence dans la population féminine

2.1. Prévalence chez les femmes enceintes et les consultantes

Les femmes enceintes sont souvent considérées comme un groupe à faible risque d'IST, apportant des estimations de la situation au sein de la population féminine. Les études citées dans le tableau 1 décrivent la prévalence des principaux

agents étiologiques des IST dépistées chez des femmes symptomatiques ou non, ayant fréquenté une consultation prénatale, curative ou gynécologique.

Les agents pathogènes les plus fréquemment rencontrés sont ceux responsables des vaginites : *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans*. Ces 2 derniers germes peuvent être transmis par voie sexuelle ou relever d'un déséquilibre de la flore vaginale. Au moins 30% des femmes vues en consultation gynécologique ou prénatale présenteraient une vaginite (31).

En ce qui concerne les agents infectieux responsables de cervicite, *Chlamydia trachomatis* paraît 2 à 5 fois plus fréquente que *Neisseria gonorrhoeae* selon des études. Les cervicites toucheraient entre 8% et 14% des femmes enceintes (31).

<i>Agents Pathogènes</i>	FEMMES ENCEINTES					CONSULTATION GYNECOLOGIQUE/SSP	
	Pikine 1990 N : 200	Dakar 1990 N : 377	IHS 1991 N : 511	IHS Mbao 1996 N : 5402	Mbao 1998 N : 1403	Pikine 1990 N : 2503	Dakar 1996 ASBEF N : 230
<i>C. trachomatis</i>	7%	14,6%	11,9%	6,7%	-	7,6%	3%
<i>N. gonorrhoeae</i>	1,5%	-	2%	0,9%	-	4,4%	0
<i>T. vaginalis</i>	-	-	30,1%	18,1%	-	-	11,7%
<i>C. albicans</i>	-	-	-	29,6%	-	-	22,6%
<i>H. ducreyi</i>	-	-	-	-	-	-	-
<i>G. vaginalis</i>	-	-	-	10,2%	-	-	49,1%
<i>T. pallidum</i>	-	-	7,5%	4,4% RPR + TPHA	5,5% RPR + TPHA	-	1,55%
<i>Human papilloma virus</i>	4%	-	-	-	-	1,2%	15,5%
<i>Herpes simplex virus</i>	-	-	-	-	-	-	-

Tableau 1 Source (31) : Prévalence de certains agents pathogènes responsable d'IST chez la population féminine dans la région de Dakar.

L'importance des co-infections est fréquemment élevée, concernant entre 20% et 35% des femmes selon les séries **(31)**.

Compte tenu, de la grande fréquence des agents responsables de vaginites et de cervicites, le syndrome le plus souvent rencontré chez les femmes enceintes ou les femmes vues en consultation gynécologique est l'écoulement vaginal. Son origine infectieuse est suspectée sur l'aspect, l'odeur, la présence de signes associés (prurit, douleurs abdominales et la notion de contact sexuel).

La prévalence des ulcérations génitales paraît plus faible de l'ordre de 2% sur un échantillon de 540 femmes enceintes en 1996 **(51)**. Le rôle respectif d'*Haemophilus ducreyi* agent étiologique du chancre mou, du *Trepomema pallidum* responsable de la syphilis et de l'*Herpes simplex virus* ne semble pas avoir fait l'objet d'étude chez la femme au Sénégal mais les infections mixtes sont probables au regard de ce qui est constaté dans d'autres pays.

Il existe des estimations de prévalence pour la syphilis et des données de surveillance sentinelle faisant état d'une prévalence fluctuant autour de 5% chez les femmes enceintes (RPR + TPHA positifs) en 1998 **(9)**.

Un autre agent infectieux, viral sexuellement transmissible, est impliqué dans des manifestations tumorales : *Human papilloma virus* (HPV), responsable de condylomes. Des formes végétantes ont été signalées chez 0,3% à 0,7% des femmes enceintes lors de deux enquêtes conduites à Dakar en 1996 et 1998 **(36, 51)**.

D'autres part, les HPV de type 16 et 18 à pouvoir oncogène, ont été isolés fréquemment à l'examen de frottis du col utérin et sont probablement impliqués dans la forte prévalence de cancer du col utérin au Sénégal **(2,28,43)**.

2.2. Prévalence chez les prostituées :

Les prévalences sont plus élevées qu'en population générale pour les germes responsables des cervicites, *Trichomonas vaginalis* et *Treponema pallidum* ainsi que pour l'infection à VIH, que les prostituées bénéficiant d'un suivi médico-social institutionnalisé avec délivrance de préservatifs ou qu'elles travaillent dans la clandestinité (voir tableau 2). On peut noter que la prévalence des IST est plus élevée chez les prostituées « clandestines » que chez les prostituées « officielles ».

AGENTS PATHOGENES	Prostituées Enregistrées		Prostituées Clandestines	
	IHS : 1991 N : 374	IHS : 1996 N : 973	IHS : 1990 – 1993 N : 375	Dakar : 2000 N : 212
<i>C. trachomatis</i>	12,6%	7,5%	16%	21,2%
<i>N. gonorrhoeae</i>	17,4%	4,7%	-	24,7%
<i>T. vaginalis</i>	46%	15,4%	41%	18,9%
<i>C. albicans</i>	-	10,1%	-	19,6%
<i>H. ducreyi</i>	-	-	-	-
<i>G. vaginalis</i>	-	-	-	28,3%
<i>T. pallidum</i>	29,5%	20%	44% RPR + TPHA	-
<i>Human papilloma virus</i>	-	-	-	-

Tableau 2 Source (31) : Prévalence des IST par année chez les prostituées enregistrées et les prostituées clandestines à Dakar.

3. Prévalence dans la population masculine

La fréquence auto-déclarée des IST paraît faible selon les données recueillies lors de deux enquêtes transversales, 2,1% de 663 hommes sexuellement actifs, interrogés en 1997 signalaient un épisode d'IST au cours des 12 derniers mois (49).

Parmi 1140 clients de prostituées, un épisode (ou plus) d'IST au cours des 2 dernières années était rapporté par 7,6% des hommes interrogés **(31)**.

Les études concernant la prévalence des agents étiologiques d'IST chez l'homme ont été conduites chez des hommes symptomatiques à l'occasion d'un contact avec le système de soins.

Dans plus de la moitié des cas, les hommes se plaignaient d'un écoulement urétral avec ou sans brûlures mictionnelles. Les urétrites semblent en rapport avec une infection à *Neisseria gonorrhoeae* dans 30 à 40% des cas. *Chlamydia trachomatis* et *Trichomonas vaginalis* ont été isolés respectivement dans 13 et 14% des cas. Les co-infections semblent très fréquentes, identifiées chez 40% des patients **(31, 42)**.

Une ulcération génitale est le motif de consultation pour 7 à 16% des hommes symptomatiques **(31, 48)**. Les étiologies des IST ulcérantes sont peu documentées en dehors d'une étude récente rapportant que chez 39 patients porteurs d'une ulcération génitale, *Haemophilus ducreyi*, *Treponema pallidum* et *Herpes simplex virus* ont été détectés respectivement dans 56, 15, 13% des cas en 2000 **(47)**.

La prévalence des sérologies positives (RPR + TPHA) à *Treponema pallidum* chez les patients masculins fluctuait de 0,9 à 6% entre 1996 et 1997 selon les enquêtes et les données de la surveillance sentinelle **(31)**.

B. RAPPELS CLINIQUES ET DIAGNOSTIQUES DES IST

I. Germes responsables des IST classiques

Les IST peuvent être d'origine bactérienne, parasitaire, mycosique ou virale. Une vingtaine d'agents étiologiques sont responsables de ces IST et la plupart d'entre eux se transmettent par voies sexuelles avec une fréquence qui peut être évaluée pour chaque agent étiologique.

AGENTS PATHOGENES	INFECTIONS
BACTERIES <i>Chlamydia trachomatis</i> sérotypes D à K <i>Chlamydia trachomatis</i> sérotypes L ₁ L ₂ L ₃ <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Haemophilus ducreyi</i> <i>Treponema Pallidum</i> <i>Colymmatobacterium Granulomatis</i> <i>Mycoplasmes (Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Ureaplasma ureolyticum)</i>	Urétrite non gonococcique, Cervicite, Salpingite, Epididymite Lymphogranulomatose vénérienne Gonococcie Chancre mou Syphilis Granulome inguinal ou Donovanose Urétrite non gonococcique Salpingite Epididymite
VIRUS <i>Human papilloma virus</i> <i>Virus hepatite B</i> <i>Herpes simplex virus-1 et 2</i> <i>Human T leucemia lymphoma virus-1</i>	Végétation vénérienne Hépatite virale B Herpès génital Infectitis dermatitis
LEVURES <i>Candida albicans</i>	Urétrite non gonococcique, Anite Vulvo-vaginite, Balanite
PARASITES <i>Trichomonas vaginalis</i>	Trichomonases génitales

Tableau 3 : Principaux agents pathogènes responsables des IST « classiques »

II. IST avec écoulement

1. La gonococcie

1.1. Clinique

1.1.1. Chez l'homme

Le tableau clinique le plus fréquent est l'urétrite aiguë ou « chaude pisse » qui se manifeste après une période d'incubation de 2 à 10 jours par :

- un écoulement urétral purulent blanchâtre ou jaune verdâtre accompagné de brûlures mictionnelles et de dysurie ;
- Plus rarement, une simple méatite

1.1.2. Chez la femme

En général l'infection est muette à son début, capricieuse dans son évolution. Lorsque l'infection se manifeste le début est en général sournois et peut se manifester par :

- Une urétrite discrète avec dysurie et brûlures mictionnelles et un écoulement de pus blanc-jaunâtre lors de la pression de l'urètre sur la symphyse pubienne ;
- Une cervicite se manifestant par des leucorrhées jaunes ou blanches. Cette cervicite peut être érythémateuse, érosive ou œdémateuse ;
- Des dyspareunies ;
- Des algies lombo-pelviennes ;

On peut avoir aussi des gonococcies à localisations pharyngiennes et/ou anorectales.

1.2. Diagnostic au laboratoire

Le diagnostic repose sur l'isolement du *Neisseria gonorrhoeae* qui est un diplocoque Gram négatif intra ou extracellulaire. Il se fait par :

- A l'examen direct du frottis après coloration ;
- La culture sur milieux enrichis dont la gélose chocolat avec ou sans inhibiteur (Vancomycine – Colistine – Nystatine). Elle permet aussi de faire un antibiogramme et la recherche d'une production de bêta-lactamase.
- Les techniques d'amplification génique de type PCR ou LCR
- Il n'existe pas de sérologie fiable.

2. Les chlamydioses

2.1. Clinique

2.1.1. Chez la femme

La période d'incubation est généralement plus longue et difficile à déterminer.

L'infection se manifeste par :

- Une cervicite érythémateuse ou érosive, fragile, saignante au contact ;
- Une vulvo-vaginite subaiguë avec leucorrhées minimes, prurit, brûlures mictionnelles et dyspareunie.

Parfois elle est asymptomatique, c'est l'examen systématique qui met en évidence une exo ou endo-cervicite d'origine chlamydienne.

2.2.2. chez l'homme

Après une période d'incubation de 7 à 21 jours, l'infection se manifeste par une urétrite subaiguë avec un léger suintement le plus souvent clair ou visqueux intermittent à renforcement matinal ou peut se résumer à une goutte matinale isolée. Elle est classiquement indolore mais peut s'accompagner d'une discrète brûlure mictionnelle ou d'un léger prurit méatique.

Souvent le tableau clinique se résume à des brûlures ou des douleurs urétrales sans écoulement.

2.2. Diagnostique au Laboratoire

Le diagnostic repose sur l'isolement du *Chlamydia trachomatis* qui est une bactérie intracellulaire obligatoire dont les sérotypes D à K sont responsables d'IST. Il se fait par :

- L'examen direct du frottis après coloration
- La culture qui est l'examen de référence sur milieu cellulaire (cellules HeLa₂₂₉ ou Mc coy)
- Les techniques d'amplification génique de type PCR ou LCR réalisable sur le premier jet d'urine ;
- La sérologie Chlamydieuse réalisée par microimmunofluorescence met en évidence les anticorps anti-chlamydia. Un taux supérieur ou égal à 1/64 est considéré comme positif.

2. Les infections à Mycoplasmes

2.1. Clinique

2.1.1. Chez la femme

L'expression clinique des infections basses à *Mycoplasma hominis* et *Mycoplasma genitalium* et *Ureoplasma urealyticum* est généralement fruste. Mais parfois on peut avoir des leucorrhées peu abondantes non caractéristiques accompagnées d'urétrite et/ou de cystite.

2.1.2. Chez l'homme

Elle se manifeste par une urétrite subaiguë dans la majorité des cas, faite d'une goutte matinale ou d'un écoulement clair minime accompagné de prurit urétral et parfois d'une balanite.

2.2. Diagnostic au laboratoire

Le portage chronique de mycoplasmes chez de nombreux sujets, rend délicat le diagnostic d'une infection récente. Le diagnostic exige donc une numération de germes pour différencier colonisation et infection. Le seuil retenu est de 10^8 UFL/ml pour l'urètre et 10^3 UFL/ml pour le premier jet d'urine.

4. Les infections à *Trichomonas vaginalis*

4.1. Clinique

4.1.1. Chez la femme

La vulvo-vaginite est le tableau clinique le plus fréquemment observé dans 90% des cas. Il s'agit de leucorrhées plus ou moins abondantes, fluides, blanchâtres ou verdâtres, volontiers, mousseuses et malodorantes.

Il peut s'y associer un prurit vulvaire, des brûlures mictionnelles et une dyspareunie due à un œdème de la muqueuse vaginale.

4.1.2. Chez l'homme

Après une période d'incubation difficile à préciser se situant entre 10 à 30 jours, l'infection se manifeste par :

- Une urétrite subaiguë avec un écoulement mucopurulent matinal associé à un prurit de l'urètre ;
- Une urétrite aiguë ne différencierait en rien l'urétrite à gonocoque.

L'infection peut être aussi asymptomatique.

4.2. Diagnostique au Laboratoire

Le diagnostic repose sur la mise en évidence du *Trichomonas vaginalis* dans les écoulements vaginaux et urétraux à l'état frais ou après coloration.

La culture est indispensable en particulier pour les urétrites masculines et les prostatites où l'examen direct n'est pas assez sensible.

Il est possible de retrouver *Trichomonas vaginalis* dans le culot de centrifugation des urines.

5. Les candidoses génitales

5.1. Clinique

5.1.1. Chez la femme

Le tableau clinique est une vulvo-vaginite qui se manifeste par des leucorrhées abondantes, grumelées, adhérentes aux parois vaginales, inodores, un prurit vulvaire intense, de légères brûlures mictionnelles et des dyspareunies.

Souvent, il s'y associe des intertrigo inguinaux ou inter-fessiers ou plus à distance des lésions cutanées, unguéales et digestives.

5.1.2. Chez l'homme

L'infection est le plus souvent asymptomatique, mais parfois elle se manifeste par une urétrite subaiguë avec un écoulement abondant, blanchâtre, une méatite et de légères brûlures mictionnelles.

Souvent, il s'y associe une balanite faite d'érosions arrondies, rougeâtres, recouvertes d'un enduit blanchâtre et limitées en périphérie par une colorette caractéristique .

5.2. Diagnostic au laboratoire

Le diagnostic direct repose sur l'isolement des levures du genre *Candida albicans* et des pseudo- filaments mycéliens par examen direct.

La culture sur milieu de Sabouraud est indispensable pour différencier une infection d'une colonisation.

6. La vaginose bactérienne

6.1. Clinique

6.1.1. Chez la femme

La période d'incubation est difficile à préciser. Elle se manifeste par des leucorrhées abondantes, grisâtres ou blanchâtres, malodorantes avec une odeur de poisson pourri, non prurigineuses. Cette odeur motive souvent la consultation et elle est majorée par les rapports sexuels, les règles et les toilettes intimes.

6.1.2. Chez l'homme

Il y a une possibilité d'une urétrite mais l'infection est souvent asymptomatique.

6.2. Diagnostic au laboratoire

La vaginose bactérienne est affirmée par la présence :

- Leucorrhées homogènes ;
- P^H vaginal > 4,5 ;
- Odeur de poisson pourri par le test olfactif par alcalinisation d'une goutte de sécrétion vaginale par la potasse : il y a une odeur de poisson pourri ;
- Présence de « clue-celles » à l'examen microscopique ;
- Identification de *Gardnerella vaginalis* à l'état frais.

III. IST avec ulcération

1. Le chancre mou

1.1. Clinique

La période d'incubation est de 4 jours à 2 semaines. Le début est insidieux et se manifeste par une papule inflammatoire devenant rapidement une pustule qui s'ulcère pour donner le chancre. C'est une ulcération douloureuse, arrondie ou ovale, de taille variable quelques mm à 2cm de diamètre, à fond sanieux,

aux bords nets surélevés, à la base infiltrée. C'est une ulcération unique ou multiple. Le chancre se localise :

- Chez l'homme au niveau du frein, gland, prépuce, fourreau, scrotum, pubis, anus et sillon balano-préputial.
- Chez la femme au niveau des grandes et petites lèvres, clitoris, fourchette, vestibule et anus.

Il s'accompagne le plus souvent d'adénopathies volumineuses, inflammatoires, douloureuses et unilatérales avec péri-adénite évoluant vers le ramollissement et la fistulisation réalisant le bubon inguinal.

1.2. Diagnostic au laboratoire

Le diagnostic repose sur l'isolement de l'*Haemophilus ducreyi* par l'examen direct et après coloration, qui apparaît bipolaire avec un centre clair.

Le diagnostic est confirmé par la culture. Il n'existe pas actuellement de diagnostic sérologique.

2. La syphilis

2.1. Clinique

2.1.1. Syphilis primaire

La période d'incubation dure en moyenne 21 jours environ 10 à 90 jours. C'est une période muette cliniquement et biologiquement.

La syphilis primaire débute par une papule qui s'ulcère rapidement laissant une exulcération arrondie ou ovalaire, de 5 à 10 mm de diamètre, à contours réguliers, à fond propre, indolore, à surface lisse rosée, à base indurée, unique plus souvent que multiple. Le chancre se localise :

- Chez l'homme au niveau du sillon balano-préputial, frein, scrotum, fourreau, pubis et méat.
- Chez la femme : au niveau de la fourchette, clitoris, méat, grandes et petites lèvres, col et vagin.

Le chancre est toujours associé à des adénopathies peu inflammatoires. Elles sont souvent multiples, unilatérales sensibles, dures, sans péri-adénites, de taille inégale avec parfois un ganglion plus volumineux appelé classiquement le préfet de l'aine.

2.1.2. Syphilis secondaire

Elle correspond à la dissémination du *Treponema pallidum* dans l'organisme. Elle débute environ 2 mois après le contage et est caractérisée par une éruption cutanéomuqueuse polymorphe d'où l'appellation de la syphilis « la grande simulatrice ». La syphilis secondaire est caractérisée par 2 périodes :

* La « première floraison » marquée par :

La roséole syphilitique qui est une éruption maculeuse, arrondie, non infiltrée, non squameuse et non prurigineuse siégeant en général sur le tronc et la racine des membres, disparaissant spontanément en 1 à 2 mois sans laisser de traces.

* La « deuxième floraison »

Elle apparaît entre 4 à 6 mois après le contage, caractérisée par une éruption papuleuse polymorphe non prurigineuse indolore appelée syphilide. Les syphilides siègent sur le visage, le tronc et les membres, mais aussi sur les régions palmo-plantaires, génitales et périnéales.

A ces signes cutanés caractéristiques s'associent d'autres signes :

- Une alopécie en plaques multiples de 2 à 4cm de diamètre prédominant sur les régions temporo-occipitales donnant l'alopecie en clairière.
- Une dépapillation en aire de la langue réalisant l'aspect de plaques fauchées.
- Une fausse perlèche commissurale.

Il peut s'y associer des signes généraux à type de fièvre, céphalées, asthénie et anorexie.

2.1.3. Syphilis Latente

C'est au delà de la deuxième année que la syphilis devient latente. C'est une phase asymptomatique et seule la sérologie permet le diagnostic.

2.1.4. Syphilis Tertiaire

Elle apparaît classiquement entre 5 à 10 ans après le chancre et est caractérisée par :

- Des lésions cutané-muqueuses appelées gommés syphilitiques ;
- Des lésions cardio-aortiques à type d'aortite syphilitique, d'anévrisme de l'aorte et des sténoses coronariennes ;
- Le tabès caractérisé par des syndromes psychiatriques et neurologiques.

2.2. Diagnostic au laboratoire

Le diagnostic direct est fait par l'examen direct qui met en évidence *Treponema pallidum* au microscope à fond noir ou après coloration argentique de Fontana Tribondeau.

Le diagnostic sérologique est basé sur des réactions sérologiques qui permettent de déterminer le stade évolutif. Ces réactions sont :

- Réactions sérologiques lipidiques comprenant :
 - * VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) ;
 - *RPR (Rapid Plasma Reagin) ;
- Réactions sérologiques tréponémiques comprenant :
 - * Test de Nelson (Test d'Immobilisation des tréponèmes) ;
 - * FTA (Fluorescence Treponemal Antibody)
 - * TPHA (*Treponema pallidum* Hemagglutination Assay)
- Interprétation des résultats : on peut schématiser ces résultats au moyen du VDRL et du TPHA qui sont réalisés dans la plupart des laboratoires.

- *VDRL négatif*

Si TPHA négatif : Contamination récente ou absence de syphilis, reprendre les sérologies plus tard.

Si TPHA positif : Infection ancienne traitée ou non, peut rester toute la vie.

- *VDRL positif*

Si TPHA positif : on tient compte du titre des anticorps :

- faible : 1/16 – 1/64 latence sérologique

- fort : 1/160 traiter ou reprendre la sérologie au bout de 1 à 3 mois.

Si TPHA négatif : Dissociation sérologique , faire FTA ou TPI

3. La maladie de Nicolas-Favre

3.1. Clinique

Elle est appelée encore la lymphogranulomatose vénérienne. L'évolution est classiquement divisée en trois phases :

- Phase primaire :

Elle est caractérisée par le chancre génital, après une période d'incubation variable de 3 à 30 jours. Elle débute par une lésion primaire à type de papule ou de pustule indolore qui passe le plus souvent inaperçu. Il se localise chez l'homme dans le sillon balano-préputial, dans le fourreau, l'orifice urétral et le scrotum et chez la femme au vagin, les grandes et petites lèvres et le col de l'utérus.

- Phase secondaire :

Elle est caractérisée par un tableau d'adénite inguinale satellite qui survient 10 à 30 jours après le chancre. Elle est faite d'une ou plusieurs adénopathies inguinales et/ou fémorales inflammatoires, douloureuses, volumineuses, souvent unilatérales, évoluant vers le ramollissement et la fistulisation. Ces adénopathies sont séparées par l'arcade crural réalisant un aspect de poulie appelée le signe de la Poulie de Greenblatt, considéré comme pathognomonique de la LGV.

- Phase tertiaire

Elle est caractérisée par le tableau d'ano-rectite subaiguë avec ténesme, douleurs rectales et écoulement purulent. L'évolution se fait vers des complications à type de fibrose génitale, de fistules recto-vaginales et de rétrécissement du rectum.

3.2. Diagnostic au laboratoire

- Le diagnostic direct permet la mise en évidence du *Chlamydia trachomatis* sérotypes L₁, L₂, L₃ en culture cellulaire.
- Le diagnostic sérologique permet la détection d'anticorps anti-*Chlamydia trachomatis* sérotypes L₁, L₂, L₃ par l'immunofluorescence (IFI) ou par la réaction de fixation du complément (RFC). Des taux > à 1/256 au RFC ou ≥ à 1/1024 en IFI sont évocateur d'une LGV.

4. La donovanose

4.1. Clinique

La période d'incubation est très variable allant de quelques jours à 6 mois. Le tableau clinique débute par une papule ou une petite nodule qui s'érode rapidement pour donner une ulcération.

Elle réalise un placard ulcéro-granulomateux, arrondi ou polycyclique, à bordure très nette, souvent éversée, de teinte rouge vif, à surface humide, de consistance rénitente et indolore. Ces lésions peuvent être multiples parfois confluentes. Elle se localise :

- Chez l'homme au niveau du sillon balano-préputial.
- Chez la femme aux lèvres, fourchette et vagin.

4.1.1. Diagnostic au laboratoire

Le diagnostic repose essentiellement sur la mise en évidence des corps de Donovan dans le frottis. La biopsie permet de voir le granulome. La culture n'est pas disponible en pratique courante.

5. L'herpès Génital

5.1. Clinique

5.1.1. Primo infection herpétique

Elle survient après une incubation de 2 à 11 jour en moyenne une semaine.

a- Chez la femme

Le début est brutal. Il s'agit classiquement d'une vulvo-vaginite aiguë hyperalgique avec dysurie et brûlures mictionnelles.

La muqueuse est rouge, œdématiée, parsemée de petits bouquets de vésicules en tête d'épingle, siégeant sur les lèvres, le vagin et le col débordant parfois sur le périnée et la région anale. Ces vésicules vont laisser rapidement la place à de petites érosions, des ulcérations et des fissures.

Dans la moitié des cas, il y a des adénopathies inguinales, bilatérales et douloureuses. Elle s'accompagne de fièvre, d'asthénie intense, de céphalées et d'une rétention d'urine.

b- Chez l'homme

La primo-infection est moins intense. Elle est précédée de prodromes à type de sensation locale de brûlures mictionnelles et de douleurs. En quelques heures apparaissent de petites vésicules groupées en bouquets, saillantes, transparentes contenant un liquide clair. Elles siègent généralement sur le gland, le fourreau, le sillon balano-préputial et le pubis. On peut avoir d'autres localisations anales, péri-anales et buccales.

5.1.2. Herpès récurrent

Concernant la récurrence, 10% de sujets contaminés par HSV-2 sont victimes de récurrences à la suite de facteurs déclenchants qui peuvent être une infection, le soleil, les menstruations, les rapports sexuels, le stress, les

médicaments et certains aliments. L'herpès récurrent est moins intense, moins long mais se localise toujours au même endroit que la primo-infection.

5.2. Diagnostic au laboratoire

Le diagnostic repose sur :

- la culture virale qui permet de mettre en évidence *l'herpes simplex virus 1 et 2*
- la recherche d'antigène par immunofluorescence direct permet de détecter précocement le virus et l'identification du type de virus.
- Le cytodagnostic de Tzanck par frottis qui met en évidence l'effet cytopathogène dans les cellules infectées.
- La recherche du HSV-1 et 2 par microscopie électronique est peu pratiquée.

IV. IST avec manifestations tumorales

1. La Végétation vénérienne

1.1. Clinique

Appelée encore crêtes de coq ou condylomes acuminés, la période d'incubation est de 3 semaines à 8 mois, en moyenne 3 mois.

La végétation vénérienne se manifeste par des formations charnues, pédiculées ou sessiles, rosées ou rouges vives parfois de couleur de la muqueuse. Elles sont molles, de surface irrégulière dentelée, en chou fleur.

Les formations peuvent être planes ou exubérantes simulant une tumeur de diagnostic difficile. Elles se localisent :

- Chez l'homme au niveau du frein, du sillon balano-préputial, du prépuce, du gland, du méat et du scrotum ;
- Chez la femme au niveau du vagin, des lèvres, de la périnée, du col et du méat.

1.2. Diagnostic au laboratoire

Le diagnostic repose sur :

- La scopie : colposcopie, péniscopie, anoscopie qui permettent la mise en évidence de lésions invisibles à l'œil nu après badigeonnage d'acide acétique à 5% ;
- L'anatomopathologie pratiquée que dans des lésions atypiques ;
- L'isolement du virus et la culture cellulaire par microscopie électronique, immuno-peroxydase et PCR.

C. COMPLICATIONS DES IST (3)

Le retentissement des IST sur la santé de la reproduction est majeur ; on estime que dans les pays en voie de développement, 17% des personnes en âge de procréer présentent des complications de ces IST.

Ces complications consistent essentiellement en :

- Un retentissement sur la fécondité : Les infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* se compliquent volontiers de salpingites aiguës ou chroniques, avec risque de stérilité tubaire et de grossesse extra-utérine. L'atteinte tubaire serait responsable de 80% des cas de stérilité dans les pays en développement contre 40% dans les pays développés. Un accouchement prématuré et la mort in utero sont également fréquents. Les infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* se compliquent également d'épididymite et d'orchi-épididymite aiguës ou chroniques pouvant être responsables de stérilité chez l'homme.
- Un retentissement sur le nouveau-né donnant essentiellement : La syphilis congénitale, les ophtalmies néonatales dues au *Neisseria gonorrhoeae* ou au *Chlamydia trachomatis*, les pneumonies néonatales dues au *Chlamydia trachomatis*, l'herpès néonatal, la prématurité, l'hypotrophie fœtale et la rupture prématurée des membranes.

- Le cancer du col de l'utérus secondaire à certains *Human papilloma virus* oncogènes (HPV 16, 18,31, 33, 35)

D. LES IST COFACTEURS MAJEURS DE LA TRANSMISSION DU VIH EN MILIEU TROPICAL

Les arguments démontrant l'importance des interactions entre VIH et IST sont de plusieurs ordre (14).

1. Arguments biologiques

Les IST augmentent aussi bien la contagiosité des patients séropositifs pour le VIH (solution de continuité représentée par une ulcération génitale, multiplication par 10 du contenu du liquide séminal du VIH en cas d'infection urétrale), que la réceptivité du VIH des sujets séronégatifs (ulcération génitale, afflux de cellules susceptibles d'être infectées par le VIH en cas d'inflammation des voies génitales).

2. Arguments épidémiologiques

De nombreuses études ont mis en évidence une association hautement significative entre la présence d'une infection génitale et un risque de séroconversion pour le VIH, tous autres facteurs de risques (notamment comportementaux) écartés : risques relatifs ou odds ratios multipliés par des facteurs compris entre 2 et 11 en cas d'ulcération génitale, 2 et 5 en cas d'infection non ulcérate. Ces dernières données sont établies uniquement chez des sujets de sexe féminin.

La transmission du VIH apparaît ainsi facilitée par la présence d'affections ulcérales mais aussi non ulcérales. Si les premières représentent à l'échelon individuel les affections les plus favorables à la transmission du VIH, à l'échelon de la collectivité, il semble que se soient les affections non ulcérales qui aient la plus grande importance épidémiologique, du fait d'une prévalence nettement plus élevée.

3. Arguments opérationnels : Impact de la prise en charge des IST curables sur l'expansion du VIH

Plusieurs études ont tenté de chiffrer l'importance pratique de ce cofacteur en étudiant spécifiquement l'impact sur l'incidence du VIH d'une prise en charge des IST curables. L'étude qui fait référence reste celle menée à MWANZA en TANZANIE (23).

Elle a consisté à comparer de façon prospective l'incidence du VIH au niveau de deux communautés randomisés : l'une où une intervention spécifique sur les IST symptomatiques était effectuée, sous la forme d'une prise en charge standardisée au niveau des centres de santé, et une autre servant de témoin. Il a été mis en évidence au sein de la communauté où avait eu lieu l'intervention une réduction de 40% de l'incidence annuelle du VIH (1,2% contre 1,9%), sans que cette différence semblât liée à des modifications de comportements (23).

Ainsi se trouvaient quantifiés, de façon tout à fait démonstrative, d'une part le risque attribuable aux IST dans la transmission du VIH (environ 40%), et d'autre part l'impact d'interventions simples menées contre les IST sur l'expansion du VIH.

Une autre étude menée dans le district de RAKAI en OUGANDA (52) à toutefois fait état de résultats apparemment contradictoires.

Il s'agissait cette fois de chiffrer l'impact sur la transmission du VIH de traitements de masse répétés des adultes à l'aide de médicaments agissant sur les IST les plus fréquentes. Alors qu'une réduction de l'incidence des IST ciblées était observée, aucun impact sur celle du VIH n'a cette fois été mise en évidence. Les causes possibles de cette apparente discordance ont été bien discutées (21,22,23,25,52) : différences notables dans le type d'approche proposée (traitement de masse versus traitement de patients symptomatiques) ; fréquence dans la zone d'intervention

ougandaise d'IST non ciblées comme l'herpès mais aussi et surtout, les périodes de l'épidémie du VIH différentes selon les études.

ANDERSON et MAY ont décrit, dès 1988, deux grandes périodes au cours de cette épidémie (1).

Une première dite « immature », au cours de laquelle le VIH est essentiellement cantonné à des groupes à risque « core », où les sujets se caractérisent par un nombre de partenaires sexuels élevé et un nombre de rapports peu élevé par partenaire. C'est dans un tel contexte que les IST, en augmentant le pouvoir infectant pour le VIH normalement faible d'un rapport sexuel unique, jouent à plein leur rôle de cofacteur.

Une fois les groupes à risque saturés, on entre dans la période « mature » de l'épidémie, où le VIH se transmet dans la population générale surtout du fait d'une répétition des rapports sexuels avec un même partenaire, plus que par la présence d'une IST associée.

Les prévalences de base pour le VIH au cours des deux études étant très différentes (4% à MWANZA, 16% à RAKAI), on admet que les différences observées en termes d'impact dans la prise en charge des IST étaient dues à ce que les interventions avaient été effectuées à des périodes différentes de l'épidémie du VIH.

E. MODALITES DE LUTTE CONTRE LES IST EN MILIEU TROPICAL

En pratique, la lutte contre les IST dans les pays en développement s'appuie actuellement sur plusieurs volets :

- La prévention primaire, consistant en la promotion de comportements sexuels à moindre risque, notamment de l'usage du préservatif ;
- La prévention secondaire, qui consiste en la prise en charge curative des IST ;

- L'assurance de la sécurité transfusionnelle par le dépistage et l'exclusion en tant que donneur des sujets chez qui une syphilis ou une infection par le VIH ont été dépistées ;
- Le dépistage et le traitement de la syphilis chez la femme enceinte.

Quoi qu'il en soit, la prise en charge curative des sujets présentant une IST symptomatique constitue un volet essentiel de cette lutte. Certaines mesures sont particulièrement importantes à respecter : De façon essentielle, il convient que tout centre de santé soit à mesure de proposer une prise en charge de bonne qualité et décentralisée. La prise en charge doit ainsi pouvoir être appliquée par les agents de santé de tous niveaux amenés à recevoir ces types d'infections. De plus, il convient de respecter des impératifs de faible coût, d'efficacité et de rapidité de prise en charge. Pour toutes ces raisons, on privilégie une approche qui soit à la fois syndromique et algorithmique, basée sur l'utilisation de médicaments génériques.

1. L'approche syndromique et algorithmique

Selon le symptôme présenté par le malade, l'approche syndromique se compare en général favorablement aux autres types d'approches. L'algorithme étant une mise en forme standardisée et simplifiée, accessible au plus grand nombre des agents de santé. Les modalités optimales de prise en charge sont :

- L'approche clinique est ainsi peu sensible et peu spécifique (difficulté de différencier formellement un chancre mou d'une syphilis voir d'un herpès,...) ; elle méconnaît de plus les formes associées d'IST (par exemple, au cours des urétrites).
- L'approche étiologique est lourde, coûteuse et diffère le traitement (donc augmente le risque de perdus de vue), nécessite un laboratoire accessible qui soit compétent dans le domaine et ne résout pas tous les problèmes (difficultés de mettre en évidence certains germes).

- L'approche syndromique quant à elle, à condition qu'elle soit adaptée à l'épidémiologie locale des germes en cause, associe des qualités de rapidité, simplicité, faible coût et si bien conçue, efficacité.

La standardisation du traitement permet en outre un meilleur contrôle du risque de résistance bactérienne, et facilite la formation et la supervision. Les algorithmes de prise en charge des syndromes « écoulement urétral chez l'homme » et « ulcération génitale chez l'homme et la femme, tels qu'ils sont par exemple proposés par l'OMS, répondent pour l'essentiel à ces critères (55).

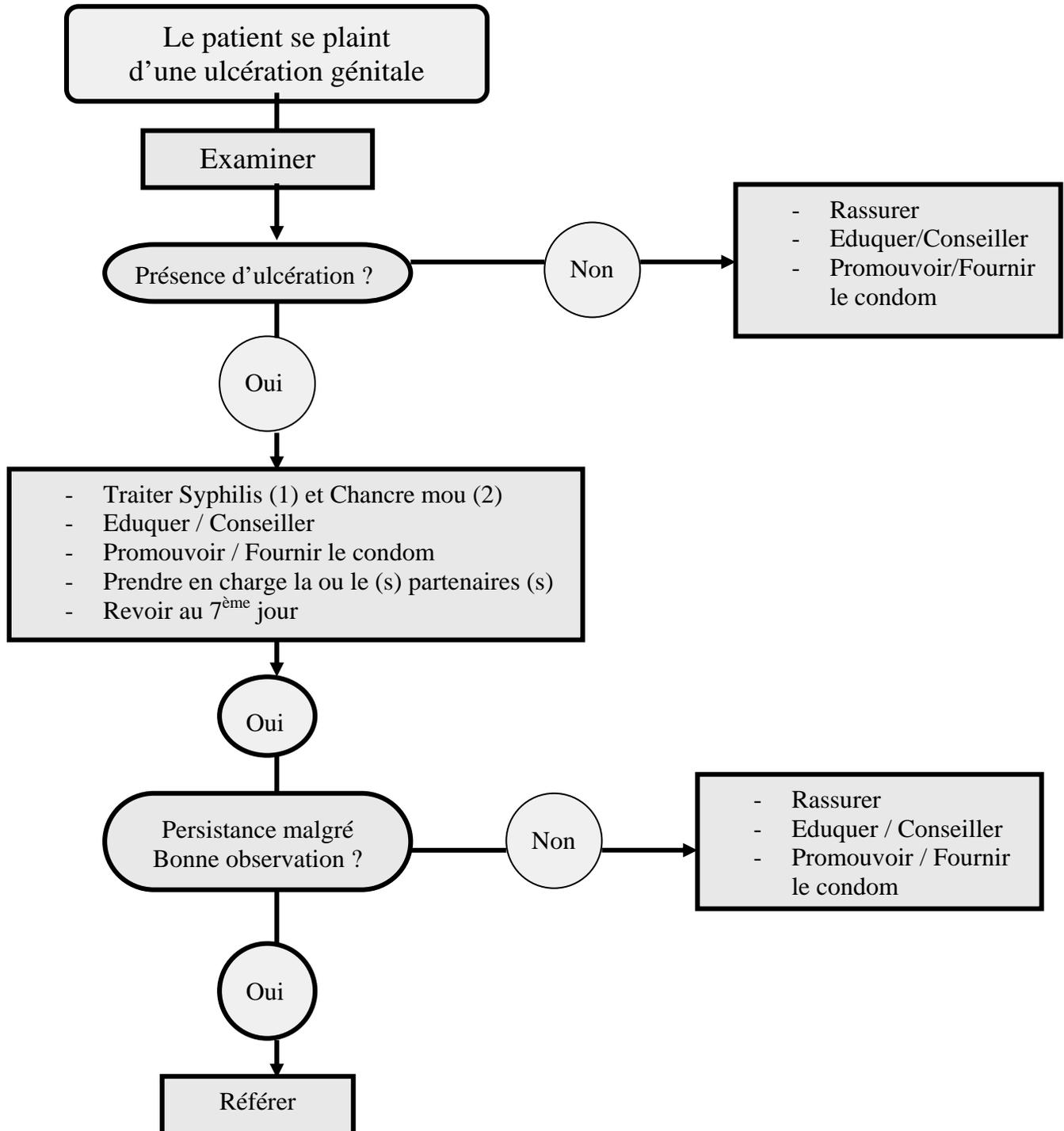
Une telle approche permet en définitive une prise en charge correcte de la plupart des IST par le personnel paramédical bien formé car seuls 5% des patients présentant une IST étant théoriquement référés chez le médecin.

Les défauts de l'approche syndromique sont toutefois bien connus :

- * une tendance (voulue) à la schématisation, qui convient certes au plus grand nombre mais qui méconnaît les sujets « hors normes » ;
- * un risque notable de traiter par excès ;
- * une certaine difficulté en l'absence de prélèvements biologiques à prendre en charge ultérieurement les malades n'ayant pas répondu en première intention au traitement prévu ;
- * parfois un défaut de sensibilité et/ou de spécificité.
- * Une méconnaissance enfin des sujets asymptomatiques qui constituent pourtant un pourcentage important des patients présentant une IST.

Ces défauts, dont certains sont inhérents à ce type d'approche, ne sauraient toutefois dissuader de recourir prioritairement à ces algorithmes dans le contexte de pays en développement (55).

Figure 1 (**source 37**) : Algorithme recommandé au Sénégal pour la prise en charge des hommes présentant une ulcération génitale.



(1) Benzathine-pénicilline 2,4 UI une injection en IM en dose unique (1^{er} choix)

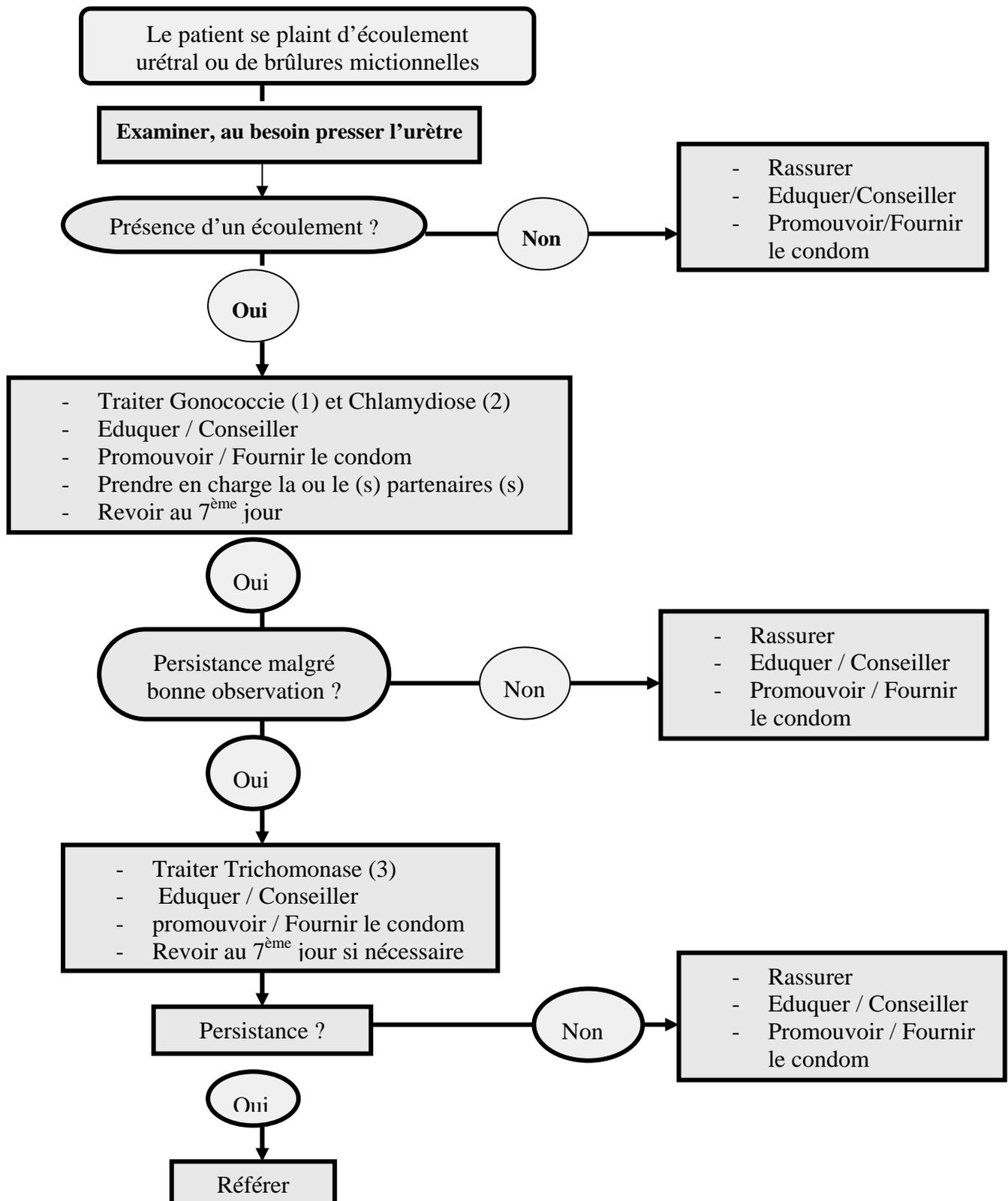
Si allergie à la pénicilline : Doxycycline 100mg par voie orale 2 fois par jour pendant 14 jours (2^{ème} choix)

(2) Ciprofloxacine 250mg 2 comprimés en dose unique (1^{er} choix)

Erythromycine 500mg par voie orale 1 comprimé 4 fois par jour pendant 7 jours (2^{ème} choix).

Cotrimoxazole 480mg par voie orale 2 comprimés 2 fois par jour pendant 7 jours (2^{ème} choix)

Figure 2 (**source 37**) : Algorithme recommandé au Sénégal pour la prise en charge des hommes présentant un écoulement urétral.



- (1) Ciprofloxacine 500mg par voie orale en dose unique (1^{er} choix)
Cotrimoxazole 480mg 10 comprimés en prise unique par jour pendant 3 jours (2^{ème} choix)
- (2) Doxycycline 100mg 2 fois par jour pendant 7 jours ; (1^{er} choix)
Tétracycline 250mg : 2 comprimés per os 4 fois jour pendant 7 jours (2^{ème} choix)
En cas d'allergie ou traitement d'une partenaire enceinte / allaitante :
Erythromycine 500mg : 1 comprimé per os 4 fois par jour pendant 7 jours.
- (3) Métronidazole 250mg : 8 comprimés en prise unique.

2. Choix des médicaments

Les critères de choix des médicaments permettant le traitement des IST sont bien codifiées. Au mieux, les médicaments choisis devraient être **(55)** :

- a. Très efficaces (au moins 95% d'efficacité) ;
- b. Peu coûteux ;
- c. D'une toxicité et d'une tolérance « acceptables » ;
- d. D'administration orale ;
- e. Efficaces en administration unique ;
- f. Ne pas être contre-indiqués chez la femme enceinte ou allaitante ;
- g. Différer le risque de développement de résistance bactérienne ;
- h. Etre dans la liste nationale de médicaments essentiels en vigueur dans le pays concerné.

Il est toutefois rare en pratique qu'on puisse utiliser à chaque fois des médicaments ayant toutes ces qualités. Le choix des médicaments varie selon les données locales concernant les étiologies des différents syndromes, la résistance bactérienne et la disponibilité des médicaments. Le choix des médicaments doit s'adapter à l'évolution de ces paramètres qui seront donc surveillés de façon régulière.

3. Prise en charge complémentaire

La prise en charge d'une IST ne doit pas se limiter à la prescription de médicaments mais doit comporter un certain nombre de mesures complémentaires :

- La notification et la prise en charge du ou des partenaires sexuels apparaissent essentielles, mais sont souvent difficiles à mettre en œuvre en pratique.
- Un temps d'éducation pour la santé (Informations, Educations, Conseils), visant à promouvoir une sexualité à moindre risques et l'utilisation du préservatif.

- le dépistage d'autres IST associées apparaît dans la mesure du possible souhaitable. En pratique il s'agit surtout, dans le contexte qui nous intéresse, de la pratique d'une sérologie de la syphilis et pour le VIH.

4. Prise en charge de groupes à risque particuliers

Le rôle majeur de certains groupes à risque dans l'expansion du VIH ayant été établi. Il paraît raisonnable de proposer à leur intention des actions plus « agressives ». En pratique, il s'agit essentiellement des prostituées (« professionnelles du sexe » = PS), et de leurs clients.

Les prévalences mises en évidence dans cette population pour les IST sont volontiers impressionnantes : 30%, 25%, 21% et 19% respectivement pour *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* et *Trichomonas vaginalis* au cours d'une enquête menée récemment à Dakar chez les prostituées « clandestines » par exemple (30).

Les stratégies mises en œuvre pour prendre en charge spécifiquement ces populations sont variées :

- Encadrement légal de la prostitution comme au Sénégal, donnant accès aux PS enregistrées à un suivi sanitaire œuvrant à dépister activement des IST et à les traiter.
- Approche syndromique adaptée à la reconnaissance d'un contexte de prostitution,
- Approche présomptive, sous forme de traitements répétés effectués à intervalles réguliers (44).

I. MALADES ET METHODES

1. Cadre d'étude

L'étude a eu lieu au centre national de référence des infections sexuellement transmissibles à l'Institut d'Hygiène Social (IHS) de Dakar.

1.1. Le centre de référence pour les IST

Ce centre est construit durant les années 1930 dans le quartier populaire de la Médina. L'Institut d'Hygiène Social, abrite, outre les locaux du CNLS, le centre de référence pour les IST. Ce centre s'est vu confier à la fin des années 1960 la tâche du suivi sanitaire et social des prostituées définie par la législation sénégalaise de 1966 (loi 66-21 du 1^{er} février 1966) et de 1969 (instruction du 28 Août 1969). Il s'agit du premier et à ce jour du plus actif des centres IST au Sénégal (31).

Actuellement, environ 900 prostituées de la région de Dakar sont suivies régulièrement dans ce centre avec 150 à 200 nouvelles inscrites par an.

En sus du suivi médical standardisé (visites mensuelles auprès des sages femmes), des préservatifs sont remis gratuitement aux prostituées et des séances d'informations, d'éducatives et de communication (IEC) individuelles et collectives sont régulièrement pratiquées.

Par ailleurs, à côté du suivi des prostituées, le centre de l'IHS offre des consultations pour la prise en charge des IST (Hommes et Femmes), des consultations dermatologiques et dispose d'un laboratoire permettant un diagnostic et une surveillance bactériologique des principaux germes à l'origine de ces IST.

Ainsi comme activité, plus de 1000 prostituées sont vues par an et plus de 13.000 consultations (IST et Dermatologie) par an sont effectuées dans ce centre.



DEUXIEME PARTIE :
TRAVAIL PERSONNEL

Les prostituées et les hommes porteurs d'IST suivis dans ce centre sont inclus dans le dispositif de « surveillance sentinelle » du VIH et de la syphilis en vigueur au Sénégal. Le centre a reçu en 1998 le label de « centre collaborateur ONUSIDA ».

Le personnel du centre est constitué essentiellement :

- D'un Médecin-chef
- D'un Médecin-chef adjoint
- De Sept (7) infirmières
- De Six (6) Sages-femmes
- De deux (2) Agents Communautaires disposés à la vente des tickets.

1.2. Population cible

C'est une étude exhaustive portant sur 100 hommes porteurs d'IST symptomatiques ayant consulté dans le centre. Ils ont été recrutés au cours de la consultation de janvier 2001 à décembre 2001.

1.3. Critères d'inclusion

Cette étude inclue tous les hommes qui sont venus en consultation dans le dit centre pour infection sexuellement transmissible répondant aux critères suivants :

- Avoir une IST symptomatique récente ou non ;
- Accepter de participer à l'étude en donnant son accord verbal ;
- Accepter de répondre au questionnaire ;
- Accepter de faire les tests biologiques proposés dans cette étude.

1.4. Critères d'exclusion

Dans cette étude sont exclus :

- Les hommes ayant une IST non symptomatique ;
- Les femmes ;
- Les hommes ayant refusé de faire les tests biologiques.

2. Recueil des données

Toutes les données ont été recueillies par la même personne (moi-même). Ce recueil des données a été fait sur la base d'un questionnaire élaboré et comprenant les variables qualitatives suivantes :

1. Identité du patient ;
2. Mode de vie ;
3. Evaluation des connaissances sur les IST ;
4. Types d'IST ;
5. Examens complémentaires ;
6. Itinéraire thérapeutique ;
7. Evolution.

3. Méthodes

3.1 Déroulement pratique de l'étude

L'étude s'est déroulée en 3 étapes :

Etape 1 : Les patients étaient recrutés parmi les consultants en dermatologie IST au centre de référence des IST. Au sein de cette population seuls les hommes porteurs d'IST symptomatiques et qui obéissaient aux critères d'inclusion avaient un entretien avec le médecin enquêteur.

Etape 2 : Au cours cet entretien, le questionnaire leur était administré puis un examen physique complet était effectué par le médecin. A l'issue, de cet examen et après le Counselling que les prélèvements urétral et sanguin étaient prescrits.

Enfin, le traitement prescrit était basé sur la prise en charge algorithmique selon les recommandations nationales édictées par le PNLIS (voir annexes).

Etape 3 : Après l'obtention des résultats biologiques, le patient était revu en consultation de contrôle au cours de laquelle les résultats étaient consignés dans le questionnaire et le traitement évalué et complété au besoin.

3.2 Méthodes de laboratoire

Les tests biologiques ont été effectués dans le laboratoire de référence des IST de l'IHS.

3.2.1 Les prélèvements urétraux

- **Recherche de gonocoque**

L'isolement de gonocoque se fait à la coloration de Gram à l'examen direct qui met en évidence un diplocoque Gram négatif en grain de café intra ou extracellulaire. La culture se fait sur des milieux enrichis dont l'un des meilleurs milieux reste la gélose chocolat avec ou sans inhibiteur (Vancomycine –Colistine – Nystatine). Cette culture permet la recherche d'une production de bêta-lactamase.

- **La recherche de *Chlamydia trachomatis***

L'identification du *Chlamydia trachomatis* se faisait par la technique d'immuno-enzymatique (Microtrak II) qui permet la détection de l'antigène chlamydien sur les prélèvements urétraux.

- **Recherche du *Trichomonas vaginalis***

La recherche se faisait à l'examen à l'état frais qui permet de repérer *Trichomonas vaginalis* sous forme d'un protozoaire flagellé caractérisé par des mouvements saccadés.

- **Recherche d'*Haemophilus ducreyi***

La coloration de May Green Giemsa (MGG) de frottis réalisés avec la sérosité du chancre mou met en évidence des coccobacilles à coloration bipolaire en épingle de sûreté intra ou extracellulaire, isolés ou groupés.

- **Recherche du *Treponema pallidum***

Elle se faisait à l'examen extemporané au microscope à fond noir de la sérosité du chancre syphilitique.

- **Recherche du *Candida albicans***

L'isolement du *Candida albicans* se faisait à l'examen direct à l'état frais et à la culture sur milieu gélosé Sabouraud rendu sélectif par addition d'un antibiotique à large spectre tel que le chloramphénicol.

3.2.2. Les tests sanguins

- **La sérologie syphilitique**

Le dépistage sérologique de la syphilis est standardisé et demande l'association du test TPHA et du test RPR.

- **La sérologie rétrovirale VIH**

Elle a été faite par la méthode Elisa et confirmée par le Western Blot.

4. Saisie et analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées avec EPI-INFO version 6.0

II. RESULTATS

1. Caractères socio-démographiques de notre population d'étude

1.1 Répartition de la population d'étude selon d'âge.

Age	Nombre	Fréquence
≤ 19 ans	1	1%
20 – 29 ans	35	35%
30 – 49 ans	44	44%
40 – 49 ans	14	14%
50 – 59 ans	4	4%
Age inconnu	2	2%
Total	100	100%

Tableau 4 : Répartition des hommes présentant une IST à l'IHS en fonction des tranches d'âges

La tranche d'âge la plus représentative était celle de 30 – 39 ans (44%), suivie de la tranche d'âge de 20 – 29 ans (35%).

1.2. Répartition de la population d'étude selon l'ethnie

Ethnie	Nombre	Fréquence
Woloff	34	34%
Sérère	23	23%
Toucouleur	17	17%
Peulh	6	6%
Lébou	4	4%
Mandiague	3	3%
Sarakholé	3	3%
Diola	3	3%
Laobé	3	3%
Socé	2	2%
Bambara	2	2%
Total	100	100%

Tableau 5 : Répartition des hommes porteurs d'IST à l'IHS en fonction de l'ethnie

Toutes les ethnies du Sénégal étaient représentées avec une majorité de wolof (34%). Elle est suivie par les Sérères (23%) et les Toucouleurs (17%).

1.3. Répartition de la population d'étude selon la localité d'origine

Localité	Nombre	Fréquence
Médina	37	37%
Pikine	15	15%
Sicap	12	12%
Dakar plateau	10	10%
Niary tally	10	10%
Grand yoff	7	7%
Parcelles assainies	3	3%
Colobane	2	2%
Gibraltar	2	2%
Fann Hock	1	1%
Rufisque	1	1%
Total	100	100%

Tableau 6 : Répartition des hommes présentant une IST à l'IHS en fonction de la localité d'origine.

Toutes les localités de Dakar et sa banlieue ont été représentées. Les patients viennent en majorité du quartier populaire de la Médina (37%) et de Pikine (15%).

1.4. Répartition de la population d'étude selon le niveau d'instruction

Instruction	Nombre	Fréquence
Primaire	37	37%
Secondaire	27	27%
Coranique	17	17%
Supérieur	12	12%
Illettré	7	7%
Total	100	100%

Tableau 7 : Répartition des hommes porteurs d'IST à l'IHS selon le niveau d'instruction

Concernant le niveau d'éducation, 76% des patients sont scolarisés en langue française dont 12% ayant suivi des études supérieures. Par contre 17% des hommes avaient une instruction en langue arabe.

1.5. Répartition de la population d'étude selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Nombre	Fréquence
Célibataire	52	52%
Marié monogame	40	40%
Divorcé	5	5%
Marié polygame	3	3%
Total	100	100%

Tableau 8 : Répartition des hommes porteurs d'IST à l'IHS en fonction du statut matrimonial.

Plus de la moitié des patients sont des célibataires représentant 52%. Ils sont suivis des mariés monogames (40%).

1.6. Répartition de la population d'étude selon l'activité professionnelle

Activité professionnelle	Nombre	Fréquence
Secteur informel	50	50%
Secteur formel	32	32%
Sans profession	10	10%
Elèves et étudiants	8	8%
Total	100	100%

Tableau 9 : Répartition des hommes porteurs d'IST à l'IHS en fonction de la profession

Concernant la profession, 50% des patients sont dans le secteur informel composé de bijoutiers, commerçants, artistes, tailleurs, chauffeurs, cordonniers, navigateurs et de travailleurs de bars. Dans ce secteur les commerçants sont majoritaires avec 20% suivis des artistes avec 8%,. Cependant 10% de nos patients sont sans profession.

2. Antécédents

2.1. Circoncision

La quasi totalité de nos patients était circoncis (99%).

2.2. Antécédents d'IST

Dans notre échantillon, 37% des patients avaient un antécédent d'IST dont 34% à type d'écoulement génital et 3% à type d'ulcération génitale. Les patients qui avaient plus d'un épisode d'IST dans leurs antécédents étaient au nombre de 4.

2.3. Antécédents de transfusion sanguine

Seuls 3% des patients porteurs d'IST avaient un antécédent de transfusion sanguine remontant respectivement à 4 ans, 1 an et 6 mois. Tous les 3 avaient des sérologies rétrovirale VIH et syphilitique négatives au moment de l'étude.

3. Mode de vie

3.1 Consommation d'alcool et de drogue

Une consommation d'alcool avait été retrouvée chez 44% des patients. Parmi ces patients 12% signalaient une prise régulière d'alcool.

Le chanvre indien était la drogue la plus consommée retrouvée chez 10% des patients. Cependant l'usage de la drogue dure telle que la cocaïne n'était pas retrouvée au sein de ces patients.

3.2. Notion de port de préservatifs au moment de l'acte sexuel

Concernant la notion de port de préservatifs, 92% des patients ont déclaré ne pas ainsi utilisé le préservatif au moment de l'acte sexuel pour diverses raisons :

- Certains par manque de préservatifs ou par surprise ;
- d'autres pour convenances personnelles ou de leurs partenaires.

Des incidents lors du port du préservatif par rupture ou une mauvaise utilisation étaient rapportés chez 8% des patients

4. Caractéristiques des partenaires sexuelles des hommes porteurs d'IST à l'IHS

4.1. Lieu de fréquentation des partenaires sexuelles

Lieu	Nombre	Fréquence
Même quartier	50	50%
Bar	18	18%
Conjugal	16	16%
Rue	10	10%
Campement touristique	3	3%
Camp militaire	2	2%
Hôpital	1	1%
Total	100	100%

Tableau 10 : Répartition des hommes porteurs d'IST à l'IHS selon le lieu de fréquentation de la partenaire sexuelle.

Dans la moitié des cas, la rencontre avec la partenaires sexuelle avait lieu dans le même quartier. Les autres lieux de rencontre étaient : 10% dans la rue, 3% dans un campement touristique soit 13% dans des lieux de haut risques de prostitution. Signalons que 16% des hommes déclarent avoir eu des rapports sexuels exclusivement conjugaux.

4.2 Répartition des partenaires sexuelles

Type	Nombre	Fréquence
Partenaire habituelle	33	33%
Prostituée	21	21
Occasionnelle connue	20	20%
Conjugale exclusive	16	16%
Occasionnelle inconnue	10	10%
Total	100	100%

Tableau 11 : Répartition des hommes porteurs d'IST à l'IHS selon la partenaire sexuelle

Concernant les partenaires sexuelles, la moitié des hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnelles (51%). C'était une partenaire occasionnelle inconnue chez 10% des hommes, une partenaire occasionnelle connue chez 20% et 21% avec des prostituées. En outre, 16% des hommes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels qu'avec leurs femmes.

4.3 Nombre de partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois

Nombre de partenaires sexuels	Nombre	Fréquence
1	34	34%
2	32	32%
3	15	15%
5	6	6%
4	5	5%
8	2	2%
10	2	2%
6	1	1%
9	1	1%
11	1	1%
20	1	1%
Total	100	100%

Tableau 12 : Répartition des hommes porteurs d'IST à l'IHS selon le nombre de partenaires sexuelles qu'ils ont eu au cours des 12 derniers mois.

Moins de 40% des patients avaient une partenaire sexuelle régulière au cours des 12 derniers mois. Un pourcentage non négligeable des consultants (19%) déclaraient avoir eu plus de 3 partenaires sexuelles.

4.4. Notion de rapports sexuels monnayés

Chez 30% des hommes, on retrouvait un rapport sexuel monnayé avec des sommes d'argent allant de 300 F à 10.000 F CFA. Il s'agissait en général de rapports sexuels avec des travailleuses du sexe.

4.5 Identification de la partenaire sexuelle

L'identification de la partenaire sexuelle était faible puisque 5% seulement des hommes sont parvenus à préciser la partenaire sexuelle contaminante.

5. Raisons du choix du centre de référence des IST comme lieu de consultation

Raison	Nombre	Fréquence
Aucune	68	68%
Centre de référence	22	22%
Référé par un médecin	3	3%
Proximité	5	5%
Indiqué par quelqu'un	2	2%
Total	100	100%

Tableau 13 : Répartition des hommes porteurs d'IST à l'IHS selon les raisons du choix du centre de consultation.

Le choix du centre de consultation était motivé dans la plupart du temps (22%) par le fait qu'il s'agissait d'une structure de référence pour les IST.

6. Evaluation des connaissances sur les IST et le SIDA

6.1 Connaissance des IST et du SIDA

Dans notre étude, 60% des hommes porteurs d'IST connaissaient une IST comme étant une maladie qui se transmet par le sexe. L'IST la plus connue est l'écoulement urétral ou « chaude pisse » cité 55 fois, suivi de l'ulcération génitale cité 47 fois. Les autres IST (Végétation vénérienne, Maladie de Nicolas-Favre, Donovanose) étaient méconnues des hommes dans notre étude.

Concernant le SIDA, 92% des patients connaissaient le nom de cet syndrome.

6.2 Mode de contamination des IST et du SIDA

La transmission par le sexe a été citée 87 fois, la transmission par le sang 16 fois et la transmission mère-enfant 2 fois. Cependant on retrouvait chez 12% des hommes la méconnaissance du mode de contamination.

6.3 Sources d'information des IST et du SIDA

Pour les sources d'information, les médias sont cités 71 fois dont 21 fois par la radio, 35 fois par la télévision et 15 fois par les journaux. Par contre la famille et l'école ont été cités respectivement que 2 fois et 11 fois seulement comme sources d'informations.

6.4. Prévention des IST et du SIDA

Pour la prévention des IST et du SIDA, l'utilisation du préservatif a été citée 79 fois, l'abstinence 51 fois, la fidélité 15 fois. Par contre, 13 patients ne connaissaient aucun moyens de prévention des IST et du SIDA.

6.5 Complications des IST

Les risques les plus cités sont : la stérilité (26 fois), l'impuissance sexuelle (19 fois) et la contamination par le VIH (19 fois). Il est important de noter la moitié des hommes présentant une IST ne connaissaient rien des complications encourues en cas d'IST.

7. Principaux symptômes retrouvés chez les hommes consultants à l'IHS pour une IST

Symptômes	Fréquence	Pourcentage
Écoulement urétral	80	80%
Ulcération génitale	13	13%
Manifestation tumorale génitale	3	3%
Balanite	2	2%
Bubon inguinal	1	1%
Eruption maculeuse diffuse	1	1%
Total	100	100%

Tableau 13 : Répartition des hommes porteurs d'IST à l'IHS selon les symptômes présentés à la consultation

Selon les données de l'interrogatoire, les écoulements urétraux ont été retrouvés chez 80 patients, les ulcérations génitales chez 13 patients.

7.1 Ecoulements urétraux

7.1.1. Caractères cliniques de l'écoulement

Selon la nature de l'écoulement, 57 patients (71,25%) présentaient un écoulement avec du pus franc, 20 patients (25%) avaient un écoulement clair et 2 patients (2,5%) présentaient une simple méatite.

Parmi les 80 patients qui se sont présentés avec un écoulement, 64 patients avaient une douleur urétrale et 10 patients avaient une complication à type d'orchite-épididyme. L'orchite-épididyme apparaît 2 semaines après l'écoulement mal traitée ou non traitée. Elle se manifestait par une tuméfaction du testicule avec douleur et ascension testiculaire.

7.1.2.Examens complémentaires des écoulements urétraux

❖ Recherche de gonocoque

Au prélèvement urétral, *Neisseria gonorrhoeae* a été isolée chez 55 patients (68,75%) par examen direct. Il a été confirmé par culture (gonoculture) chez 52 patients (65%).

Neisseria gonorrhoeae productrices de bêta-lactamase étaient retrouvées chez 11 patients (13,75%).

❖ Recherche de *Chlamydia trachomatis*

La recherche directe d'antigène de *Chlamydia trachomatis* a été pratiquée chez 80 patients. Elle a été négative chez tous les patients.

❖ Recherche du *Trichomonas vaginalis*

Elle n'a pas été faite chez nos patients dans cette étude car non spécifiée sur le bulletin d'examen.

❖ Sérologie syphilitique

Elle a été négative chez tous les 80 patients présentant un écoulement urétral.

❖ Sérologie rétrovirale VIH

Elle a été positive au VIH-1 chez 3 patients présentant un écoulement urétral.

7.2. Ulcération génitale

7.2.1 Caractères cliniques de l'ulcération génitale

Une ulcération génitale a été retrouvée chez 13 patients (13%). Parmi ces 13 patients, 10 avaient une seule ulcération, 2 patients présentaient 2 ulcérations et 1 patient avait 6 ulcérations en même temps.

Une ulcération indolore à base indurée, à fond propre a été retrouvée chez 10 patients. Les 3 autres patients avaient des ulcérations douloureuses, non indurées, à

fond sale, purulentes, accompagnées d'adénopathies inguinales douloureuses et inflammatoires.

Cliniquement, l'ulcération peut être attribuée à la syphilis chez les 10 patients et au chancre mou chez les 3 patients.

La topographie la plus fréquente des ulcérations est le gland retrouvée chez 7 patients, suivie du fourreau chez 4 patients et du testicule chez 2 patients.

7.2.2. Examens complémentaires de l'ulcération génitale

❖ Sérologie syphilitique

La sérologie syphilitique (TPHA, RPR) était faite chez tous les patients porteurs d'ulcération génitale. Elle était positive chez 8 patients.

La moyenne d'âge de ces patients était de 32 ans. Parmi ces patients, 7 étaient célibataires et 1 marié polygame. Ils étaient tous illettrés ou avaient un bas niveau d'éducation et travaillaient tous dans le secteur informel avec 4 commerçants, 1 boulanger, 1 gardien de maison, 1 mécanicien et 1 matelot. 5 patients avaient un antécédent d'IST dans les 1 à 3 ans précédant l'ulcération à type d'écoulement urétral. Sur ces 8 patients, il y avait une notion de multipartianariat avec plus de 3 partenaires par an dont la plus part était des prostituées.

❖ Sérologie rétrovirale VIH

La sérologie rétrovirale était positive au VIH-1 chez 1 patient présentant une ulcération génitale.

❖ La recherche du *Treponema pallidum* sur l'ulcération génitale

Elle n'a pas été faite chez les 13 patients ayant présenté une ulcération génitale dans notre étude.

❖ La recherche d'*Haemophilus ducreyi*

Elle était négative chez les 13 patients ayant une ulcération génitale.

7.3. Végétations vénériennes ou condylomes acuminés

7.3.1. Clinique

Une végétation vénérienne a été retrouvée chez 3 patients (3%). Les patients étaient âgés respectivement de 23 ans, 32 ans et 37 ans. Les 2 étaient mariés monogames et l'un célibataire ayant un niveau d'éducation bas. Ils étaient tous dans le secteur informel avec 2 commerçants et 1 mécanicien. Il n'y avait pas d'antécédents d'infections sexuellement transmissibles ni de notion d'homosexualité masculine. Par contre il y avait une notion d'alcoolisme et de drogues notamment le chanvre indien chez les 3 patients, de rapports extra conjugaux et de multipartenariat.

La durée d'incubation et le sujet contact étaient difficile à déterminer à cause du multipartenariat. Les lésions évoluaient respectivement depuis 3 semaines, 2 mois et 3 mois.

7.3.2. Examens complémentaires

❖ Sérologie syphilitique et rétrovirale VIH

Les sérologies syphilitiques et VIH étaient négatives chez ces 3 patients.

Elle a été aussi négative chez les 3 patients

❖ Recherche de HPV

La recherche n'a pas été pratiquée chez les 3 patients.

7.4. Balanite

7.4.1. Clinique

Une balanite a été retrouvée chez 2 patients (2%) qui étaient âgés respectivement de 34 ans et 37 ans et étaient tous mariés monogames. L'un était enseignant et l'autre un mécanicien métallique ayant fait l'école coranique. L'un avait un antécédent d'infection sexuellement transmissible en 1995 soient 6 ans auparavant à type d'écoulement urétral traité. Il n'avait pas de notion d'alcoolisme, de drogues, de rapports extra conjugaux ni de multipartenariat.

Chez les deux patients, on a retrouvé une balanite érythémateuse recouverte d'enduits blanchâtres, prurigineuse, limitée par une colorette périphérique et qui évoluée respectivement depuis une semaine et trois semaines. Ce tableau évoquait une balanite candidosique. Il n'y avait pas d'urétrite associée.

7.4.2.Examens complémentaires

❖ Prélèvement mycologique

Elle n'a pas été pratiquée chez les 2 patients.

❖ Sérologie syphilitique et rétrovirale VIH.

Elles étaient négatives chez les 2 patients.

❖ Glycémie à jeun

Elle a été demandée chez les 2 patients mais les taux étaient normaux.

7.5. Lymphogranulomatose vénérienne

7.5.1. Clinique

Un patient présentait la maladie de Nicolas-Favre. C'est un patient de 31 ans, illettré, marié monogame et commerçant. Il n'a ni antécédents d'infections sexuellement transmissibles ni de rapports homosexuels masculins. L'interrogatoire avait retrouvé une notion de multipartenariat et de rapports extra conjugaux occasionnels avec des prostituées sans préservatif.

La durée d'incubation était de 10 jours après un rapport sexuel. Le sujet contact n'avait pas été retrouvé à cause du multipartenariat.

A l'examen, il y avait une tuméfaction inguino-crurale, fistulisée laissant sourdre un pus jaune hémorragique. Il y avait un sillon transversal séparant la tuméfaction en deux parties réalisant le classique signe de la poulie de Greenblat du LGV. Les symptômes évoluaient depuis trois semaines.

7.5.2. Examens complémentaires

❖ Recherche du *Chlamydia trachomatis* sur le bubon inguinal.

L'examen bactériologique à la recherche du *Chlamydia trachomatis* était négatif

❖ **Sérologie Chlamydie**

La sérologie Chlamydie était positive à 1/64^e.

❖ **Sérologies syphilitique et rétrovirale VIH**

Elles étaient négatives chez ce patient.

7.6. Syphilis secondaire

7.6.1. Clinique

Une syphilis secondaire a été retrouvée chez un patient. C'était un patient de 29 ans, marié monogame, tailleur de profession avec un bas niveau d'éducation.

Il n'avait pas de rapports homosexuels masculins. Une notion d'alcoolisme et de drogues, de multipartenariat et de fréquentations des lieux de haut risques de prostitutions tels que boîtes de nuit ou bars n'étaient pas retrouvées.

Des rapports extraconjugaux étaient signalés avec une partenaire habituelle. L'interrogatoire avait noté une ulcération au niveau de la verge 6 semaines avant l'apparition des lésions, qui était guérie spontanément.

La durée d'incubation n'a pas été retrouvée. Le tableau clinique évoluait depuis un mois par l'apparition d'une éruption diffuse faite de plaques érythémateuses, légèrement squameuses, prurigineuses, localisées au niveau du tronc, de la face et des membres inférieurs. Les paumes des mains et les plantes des pieds étaient atteintes avec des lésions papuleuses hyper pigmentées entourées d'une colerette desquamative. Il n'y avait pas d'atteinte muqueuse ni d'alopécie.

7.6.2. Examens complémentaires

❖ **Sérologie syphilitique**

Elle était positive au 1/16^e.

❖ **Sérologie rétrovirale VIH**

Elle était négative chez ce patient.

8. Prise en charge des IST avant l'IHS

8.1. Traitement reçu par les hommes porteurs d'IST avant de venir consulter à l'IHS

Un peu moins de la moitié des patients (41%) avaient eu recours à un traitement avant la consultation à l'IHS.

8.2. Nature du traitement reçu par les hommes porteurs d'IST avant de venir consulter à l'IHS

▪ Traitement par automédication

Une automédication était effectuée 16 patients (39,02%) avant de venir consulter à l'IHS. Les médicaments ont été achetés soit directement à la pharmacie par conseil soit à la rue chez les marchands ambulants. Parmi ces médicaments, les plus utilisés par les patients étaient : Bactrim comprimé, Thiophénicol comprimé, Extencilline injectable, Nibiol comprimé, Flagyl comprimé, Peflacine comprimé, Terramycine gélule à des posologies non précisées.

▪ Traitement prescrit par un agent de santé

Un agent de santé (médecin, infirmier, garçon de salle ou technicien de santé) était le premier recours en cas d'IST chez 23 patients (56,09%). Cette prise en charge initiale n'était pas conforme aux recommandations nationales c'est à dire aux traitements recommandés dans les algorithmes pour le traitement des IST.

▪ Traitement par la médecine traditionnelle

Le recours à la médecine traditionnelle était rare. En effet seuls 2 patients ont utilisé un traitement à base de poudre locale en application sur des ulcérations génitales.

8.3. Coût du traitement des hommes porteurs d'IST avant de venir consulter à l'IHS

Le coût du traitement reçu par les patients avant de venir consulter à l'IHS variait de 200 F à 20 000 F avec une moyenne de 1 344 F.

8.4. Résultats du traitement reçu par les hommes avant de venir consulter à l'IHS

Résultat du traitement	Nombre	Fréquence
Aucune amélioration	39	95,12%
Légère amélioration	2	4,87%
Total	41	99,99

Tableau 14 : Résultats du traitement des hommes porteurs d'IST avant de venir consulter à l'IHS.

Concernant les résultats du traitement, 39 patients (95%) n'ont noté aucune amélioration.

9. Prise en charge des IST à l'IHS

9.1. Ecoulement urétral

Le traitement de première intention était dirigé contre le gonocoque et le *Chlamydia*. En cas d'échec d'un traitement bien conduit et l'absence d'un nouveau contact sexuel, un traitement contre *Trichomonas vaginalis* est indiqué. (56)

La Ciprofloxacine a été utilisée chez tous les patients sauf 3 patients, même ceux qui avaient une gonococcie avec production de bêta-lactamase. 2 patients ont reçu de la Ceftriaxone 250mg injectable, en une injection intra-musculaire car il a été démontré que toutes les souches de *Nesseria gonorrhoeae* étaient sensibles à la Ciprofloxacine et à la Ceftriaxone (5). 1 patient a reçu de l'Aztréonam 500mg injectable en une injection intra-musculaire.

Ce traitement a été utilisé à cause d'une intolérance antérieure à la Ciprofloxacine chez les 3 patients.

La Doxycycline n'était pas utilisée que chez 1 patient, qui a reçu de l'érythromycine 500mg, 2g en 4 prises par jour pendant 7 jours. C'était à cause de la non disponibilité de la Doxycycline à la pharmacie de l'IB de l'IHS.

La Métronidazole a été utilisée que chez 2 patients.

9.2 Ulcération génitale

Le traitement conjoint de la syphilis et du chancre mou constitue la stratégie de choix face à une ulcération génitale. La persistance d'une ulcération génitale après un traitement antibiotique et à l'absence d'un nouveau contage sexuel conduit à suspecter un herpès génital en cas de chronicité et de récurrence (56).

La Ciprofloxacine a été utilisée chez les 13 patients qui avaient une ulcération génitale.

La Benzathine-Penicilline n'a pas été prescrite chez 2 patients, qui ont reçu de la Doxycycline 200mg en 2 prises journalières pendant 14 jours à cause d'une intolérance antérieure à la Benzathine-Penicilline.

9.3. Végétation vénérienne

On utilisait de la résine de podophylline (podophyllotoxine) en application locale sur les lésions 2 fois par semaine jusqu'à la disparition des lésions.

La peau saine péri-lésionnelle était recouverte d'une couche de vaseline ou de paraffine ou protégée avec du sparadrap découpé en son milieu qui ne laisse sortir que la lésion. La résine de podophylline était laissée sur la lésion pendant 3 heures à 4 heures puis rincée à l'eau pure.

9.4. Lymphogranulomatose vénérienne

Le traitement a fait appel à la Doxycycline 100mg, 200mg par jour en 2 prises quotidiennes pendant 21 jours (55).

9.5. Syphilis secondaire

On utilisait de la Benzathine-Penicilline 2,4 millions UI en une injection intra-musculaire, à raison de 3 injections espacées d'une semaine.

9.6. Balanite

Les imidazolés étaient utilisés en crème locale en 2 applications par jour pendant une semaine, associés à un antiseptique à pouvoir asséchant comme l'éosine aqueuse à 2%.

9.7. IST avec sérologie rétrovirale VIH positive

Tous les patients étaient référés au CTA (Centre de Traitement Ambulatoire) de Fann pour une meilleure prise en charge après le counselling post test.

9.8. Evolution après traitement à l'IHS

Evolution	Fréquence	Pourcentage
Guérison	26	72,22%
Amélioration	9	25%
Identique	1	2,77
Total	36	99,99

Tableau 15 : Résultats du traitement reçus par les hommes porteurs d'IST à l'IHS.

Parmi les 36 patients qui étaient revenus en seconde consultation, 26 patients (72,22%) étaient totalement guéris et 9 patients (25%) avaient une amélioration de leurs symptômes. Par contre, il y a 1 patient qui n'a noté aucune amélioration.

9.9. Réactions des patients par rapport aux médicaments

L'acceptabilité et la compliance du traitement étaient bonnes chez tous les patients qui étaient revenus en seconde consultation. Par contre, 3 patients (8,33%) ont

présenté des effets secondaires à type de prurit, d'éruptions cutanées, de douleurs abdominales et de vomissements.

9.10 Prise en charge de la partenaire

9.10.1. Information de la partenaire

Concernant l'information de la partenaire, 17 patients (47,22%) des hommes porteurs d'IST disaient avoir informés leurs partenaires sexuelles de leurs infections.

9.10.2. Consultation de la partenaire à l'IHS

Seules 5% des partenaires sexuelles des hommes sont venues en consultation après avoir été informées et ont été traitées avec les mêmes médicaments que leurs partenaires masculins.

III. DISCUSSION

Nous rapportons une étude de 100 hommes porteurs d'IST ayant consulté à l'Institut d'Hygiène Sociale, centre de référence des IST de Dakar.

D'emblée, certaines limites de cette étude doivent être soulignées. Les malades inclus ne peuvent pas être considérés comme représentatifs de l'ensemble des sujets masculins porteurs d'IST au Sénégal, du fait que de très nombreux malades ne consultent pas dans les structures sanitaires.

Ainsi, les données concernant par exemple les connaissances des malades en matière d'IST, le type de partenaires fréquentées, ne peuvent être considérées comme représentatives que de la population fréquentant notre centre.

Notre échantillon peut dans une certaine mesure être considéré comme représentatif des hommes porteurs d'IST symptomatiques et fréquentant un centre de Dakar, voire au Sénégal. Puisque seuls 22% des patients interrogés dans notre étude affirment avoir consulté à l'IHS en raison de son statut de centre de référence.

D'autre part, il faut aussi mentionner la possibilité que certaines des données recueillies par l'interrogatoire aient été sciemment faussées par les personnes questionnées, pour des raisons de pudeur ou de « honte » ; le caractère volontairement très confidentiel de l'entretien, effectué par une personne de sexe masculin et jeune, donc a priori proche des patients, peut avoir minoré ce point mais il serait étonnant qu'il l'ait annulé, pour un sujet aussi délicat que les pratiques sexuelles.

Concernant la population d'étude, les tranches d'âge les plus représentées sont celles des 20 – 29 ans et 30 – 39 ans respectivement 35% et 44%. Ils représentent les groupes supposés les plus sexuellement actifs. Ces données peuvent être comparées avec les données d'une enquête de la coopération

Canadienne dans la lutte contre le SIDA au Sénégal qui avait trouvé à peu près les mêmes tranches d'âge 15 – 24 ans (30%) et 25 – 35 ans (43%) **(38)**.

Ils sont en large majorité célibataires, illettrés ou ayant un bas niveau d'éducation, d'ethnie wolof et résidaient à Dakar. Ce profil socio-démographique recoupe les données d'une enquête sur le comportement sexuel des clients des prostituées de maisons-close de Dakar faite en 2000 par Gomes E **(19)**.

La distribution des patients par activités professionnelles montre une majorité de commerçants, d'artisans, de tailleurs et de chauffeurs respectivement 20%, 8%, 7%, 3%. Ce qui représente une proportion non négligeable dans la population active qui est dans le secteur informel. Ces données sont comparables aux données de l'enquête socio-économique sur l'accès aux soins de la coopération française/UNICEF/région médicale de Dakar qui avait trouvé la même distribution dans la région de Dakar **(20)**. Toutefois il faut noter la proportion non négligeable de chômeurs (10%).

Concernant les partenaires fréquentées, et suspects d'être la personne contaminante, il est intéressant de noter la prépondérance de partenaires sexuelles bien connues mentionnées par 69% des hommes, ainsi que la proportion de rapports sexuels monnayés (30%). Cette proportion est proche de celle retrouvée dans une étude faite en 1999 par MEDA N et coll où 33% des hommes de 15 – 49 ans vivant à Dakar déclarent avoir des rapports sexuels occasionnels avec monnayage **(36)**. Ceci, d'une part, montrait la faible part de la prostitution dans la transmission des IST, et d'autre part suggère l'importance relative de la prostitution clandestine au cours de ces rapports sexuels monnayés.

Concernant les connaissances en matière d'IST et de SIDA, notons le faible niveau de connaissance à propos des modes de contamination du VIH autres que sexuels (grossesse, transfusion), ce qui ne semble pas très étonnant en tenant compte de leur niveau d'éducation.

Les principales sources d'information sur les IST citées étaient les médias, et à moindre degré la « bouche à oreille » entre amis. Les modes de prévention possibles étaient, par ordre de fréquence décroissante, le préservatif (tout de même ignoré par 20% des malades), l'abstinence, la fidélité. Il est difficile d'en tirer des conclusions sur la pertinence des modes actuels d'information et d'éducation des populations, dans la mesure où ces patients représentent des échecs du système, mais sans qu'on sache dans quelles proportions.

Toutefois, on peut noter que le préservatif, même si souvent cité, était en général mal utilisé ou non utilisé du tout : seuls 8% des malades avaient utilisé un préservatif au moment de l'acte sexuel. Dans notre étude, 37% des hommes ont déclaré avoir des antécédents d'IST à type d'écoulement ou d'ulcération génitale dont la plupart sont mal traitées. Certainement il convient d'insister sur ce point spécifique lors de la prise en charge des patients (temps d'IEC), mais peut-être également de renforcer cet aspect lors de campagnes plus générales d'éducation. En effet, le nombre d'hommes venus consulter au centre de référence de l'IHS pour une IST est passé de 100 en 2001 à 39 en 2002.

En ce qui concerne les pathologies présentées :

- L'écoulement urétral était, de loin le tableau le plus fréquent, NG a été retrouvé chez 65% des hommes. Ce taux est comparable à celui trouvé par PEPIN J et coll dans une étude en 2001 qui était de 61% en Afrique de l'Ouest (42). Le gonocoque a été le seul agent identifié chez 52 patients, ce qui semble surprenant étant donné la recherche systématique de *Chlamydia*. Il est possible qu'un défaut de sensibilité de notre technique de recherche de ce dernier agent ait été présent. Quoiqu'il en soit, la difficulté de mise en évidence d'agents autres que le gonocoque, souligne la pertinence de l'approche syndromique associant le traitement de gonocoque et de *Chlamydia*.

- L'ulcération génitale était plus rare (13%). La sérologie syphilitique positive chez 8 d'entre eux suggère que la syphilis en était la cause la plus fréquente ; cependant,

là aussi il convient de souligner la difficulté de pouvoir affirmer avec certitude la cause bactérienne d'une ulcération génitale, ainsi que l'intérêt de la prise en charge syndromique. L'herpès, si présent a été méconnu.

- Les autres tableaux étaient plus rares : végétations vénériennes, balanite, maladie de Nicolas-Favre, syphilis secondaire.

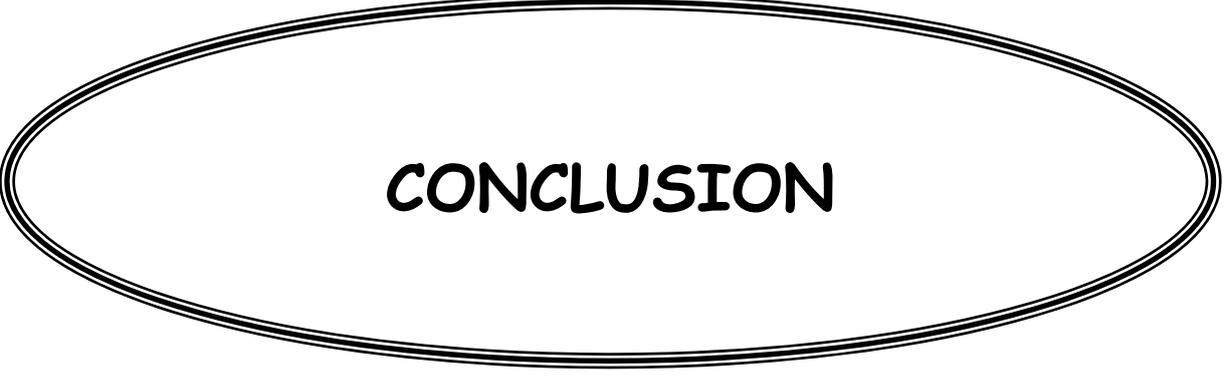
La sérologie rétrovirale, faite chez tous les patients, était positive chez 4 d'entre eux. Ce taux de 4% peut être comparé à celui noté au niveau national dans les « centres sentinelles » dont la prévalence était de 4,1% en 2001 **(10)**.

En ce qui concerne la prise en charge des IST :

- Avant de se présenter à l'IHS, 41% des sujets avaient déjà reçu un traitement, essentiellement par automédication et un traitement prescrit par un agent de santé, qui constamment différait des recommandations officielles pour la prise en charge des IST : ces agents n'ont-ils pas été formés à la prise en charge syndromique des IST, ou insuffisamment ?

- Nous confirmons l'excellente efficacité des traitements prescrits dans le cadre de l'approche syndromique en vigueur au Sénégal, avec un taux d'efficacité d'environ 98%, ainsi qu'une bonne tolérance puisque seuls 3 patients ont fait état d'une mauvaise tolérance. Par contre, l'impression de « bonne disponibilité » des médicaments peut paraître excessive par rapport à la réalité, puisque nous avons constaté régulièrement de très nombreuses ruptures au niveau de la pharmacie IB (Initiative de Bamako) de l'IHS. Les médicaments prescrits aux patients étaient fournis par le centre de référence des IST.

- Par contre, ainsi que souvent stigmatisé dans la littérature, la prise en charge des « partenaires » s'avère problématique. Seulement la moitié des patients étant revenus a fait état d'une tentative d'information du partenaire « suspect », et seulement 5 partenaires sur une centaine possibles se sont présentées à l'IHS pour une prise en charge complémentaire.



CONCLUSION

Les IST du fait de leur fréquence et de leurs complications propres, constituent un problème de santé publique identifié de longue date, tout particulièrement dans le contexte de pays en développement. En 1995, environ 333 millions de nouveaux cas d'IST ont été recensés par l'OMS dans le monde dont 66 millions pour l'Afrique subsaharienne (17).

L'intérêt pour ces affections s'est trouvé accru depuis l'avènement du VIH. Outre que le VIH se transmet lui-même par voie sexuelle, les IST plus « classiques » de cette catégorie (syphilis, chancre mou, infections à gonocoque et à *Chlamydia trachomatis*) sont des cofacteurs remarquables de la transmission du VIH.

En effet, il a été démontré qu'une prise en charge spécifique des malades présentant des IST, pouvait réduire significativement l'incidence du VIH à l'échelon de la collectivité. De ce fait, pour la prise en charge des sujets symptomatiques et pour permettre un traitement rapide, efficace, et peu coûteux, du plus grand nombre possible de malades, une prise en charge syndromique standardisée basée sur l'utilisation d'algorithmes et de médicaments génériques a été élaborée pour les IST les plus fréquentes.

Notre étude visait les objectifs suivants :

- Déterminer le profil épidémiologique des hommes présentant une IST symptomatique au centre de référence des IST de l'IHS ;
- Déterminer les étiologies de ces IST ;
- Décrire les signes cliniques des IST présentées par ces hommes ;
- Formuler des recommandations en terme de santé publique pour une meilleure prise en charge de ces hommes présentant des IST.

L'étude a concerné 100 hommes présentant une IST symptomatique recensés entre janvier 2001 et décembre 2001 au centre de référence des IST de l'IHS.

Chaque homme inclus dans l'étude a fait l'objet d'un interrogatoire pour le remplissage du questionnaire, d'un examen clinique complet surtout urogénital et des prélèvements sanguins et génitaux au laboratoire.

Tous les prélèvements et examens ont été réalisés dans le laboratoire de référence de l'IHS dans un but de diagnostic étiologique. Les examens de laboratoire suivants ont été réalisés afin d'identifier la cause de ces IST :

- Prélèvements urétraux à la recherche du *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* et *Candida albicans*.
- Prélèvements d'ulcérations à la recherche du *Treponema pallidum* et de l'*Haemophilus ducreyi*.
- Tests sanguins avec la sérologie syphilitique, chlamydienne et rétrovirale VIH.

Les données de l'étude ont montré sur le plan socio-démographique :

La moyenne d'âge était de 25 ans. Ils sont en large majorité célibataires (52%), suivis des mariés (43%), illettrés ou ayant eu un bas niveau d'éducation (37% ont arrêté leurs études au primaire). Toutefois, il faut noter que 12% des hommes ont suivi des études supérieures.

Ils étaient majoritairement de l'ethnie wolof et résidaient à Dakar et sa banlieue.

Ils étaient dans le secteur informel (commerçants, artistes, tailleurs, chauffeurs, navigateurs). Dans notre étude, 37% des hommes ont déclaré avoir eu des antécédents d'IST dont 34% un écoulement génital et 3% une ulcération génitale. Concernant le type de partenaires sexuelles, 51% des hommes avaient des rapports sexuels occasionnels dont 31% avec des prostituées.

Concernant le nombre de partenaires sexuelles dans les 12 derniers mois, 34% avaient plus de 2 partenaires au moment de l'étude. Dans notre échantillon, 44% des hommes étaient des alcooliques. L'écoulement urétral à *Neisseria gonorrhoeae* était de loin le tableau le plus fréquent retrouvé chez 52 patients. L'ulcération génitale était plus rare retrouvée chez 13 patients. La sérologie syphilitique positive chez 8 d'entre eux suggère que la syphilis en étant la cause la plus fréquente.

Les autres IST étaient beaucoup plus rares : 3 cas de végétation vénérienne, 2 cas de balanite, 1 cas de maladie de Nicolas-Favre et 1 cas de syphilis secondaire.

La sérologie rétrovirale était positive chez 4% des hommes. Il s'agissait du VIH-1 dans tous les cas.

En définitive, outre son intérêt évident en terme d'amélioration directe de la morbidité spécifique de ces affections, une lutte organisée et relativement simple dirigée contre les principales IST curables représente un des moyens accessibles dans les pays en développement qui soit susceptible de réduire significativement l'incidence du VIH. Mais dans ces pays en développement, certains nombres de contraintes limitent de façon notable la mise en œuvre de ces objectifs.

- une accessibilité souvent médiocre des structures sanitaires ;
- un recours fréquent aux traitements traditionnels ou à l'automédication qui concourent au retard du diagnostic et à la diminution des cas d'IST recensées et favorisent la survenue de résistance bactérienne ;
- la fréquence d'un traitement « conseillé » directement en officine, qui ne s'accompagne ni du traitement du ou des partenaires ni de la promotion de l'utilisation de préservatifs ;
- enfin, le poids de certains facteurs culturels s'opposant à l'utilisation du préservatif, notamment en zone rurale.

Au Sénégal cette lutte est intégrée dans le Programme National de Lutte contre le SIDA et s'appuie aujourd'hui sur des mesures préventives :

- l'encouragement de l'adoption de comportements sexuels à moindre risques qui paraît à tout égard un enjeu crucial ;
- l'assurance de la sécurité transfusionnelle ;
- la notification et la prise en charge des partenaires sexuelles surtout les prostituées ;
- la promotion de l'utilisation du préservatif par l'Information, l'Education et la Communication.

Ces mesures préventives ont été efficaces car on a noté une diminution du nombre de patients venus en consultation pour une IST qui est passé de 100 en 2001 à 39 en 2002.

La prévention de l'infection à VIH et des IST « classiques » relève de plus de stratégies communes d'où l'importance qu'il convient d'accorder à ces dernières si l'on souhaite une réussite des politiques de lutte contre le SIDA au Sénégal.

SERMENT D'HIPPOCRATE

—oξo O oξo—

« *En* présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, je promets et je jure 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 je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans 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.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrais 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 !

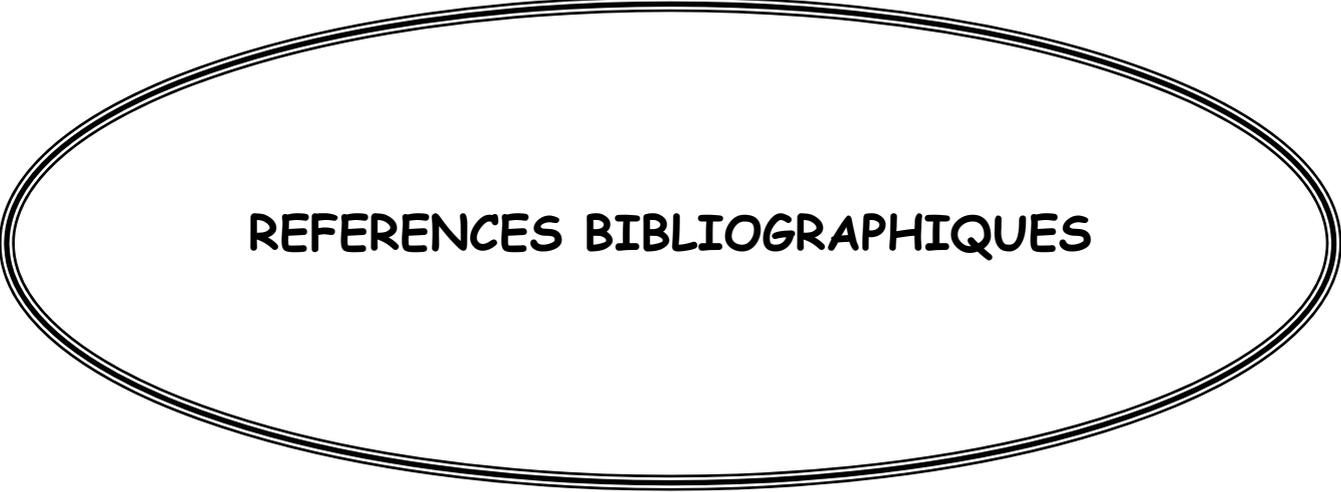
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ».

—oξo O oξo—

VU
LE PRESIDENT DU JURY

VU
LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- ANDERSON RM ; MAY RM.
Epidémiological parameters of HIV transmission. *Nature*, 1988; 333 : 514-9.
- 2- ASTORI G ; BELTRAME A ; PIPAN C ; RAPHENON G.
PCR-RFLP detected *Human papilloma virus* infection in a group of Senegalese women attending an STD clinic and identification of a new HPV- 68 subtype. *Intervirology*, 1999 ; 42 (4) : 221-7.
- 3- AYNAUD D ; BIJAOUI G ; CASANOVA JM ; POVEDA JD.
Prévalence de *Chlamydia trachomatis* parmi les hommes consultant en Andrologie: Etude comparative entre la culture cellulaire et la PCR sur le sperme. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1996 ; 25 (5) : 479 – 484
- 4- BARBEYRAC de B ; BEBEAR C ; GENIAUX M.
Maladie de Nicolas-Favre. *Encycl Med chir* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier Paris), Maladies infectieuses, 8 – 076 – A – 10, 2001, 6p.
- 5- BATHILY CT, BOYE CS, DELAPORTE E, SAMB N, NDOYE I, DIALLO AG.
Emergence of high level Tetracycline resistant *Neisseria gonorrhoeae* in high risk population in Dakar (Senegal). *Rev Afr Santé Reprod*, 1998 ; 2 (2) : 183 – 189
- 6- BEBEAR C ; RENAUDIN H.
Mycoplasmes génitaux : principe d'isolement et d'identification. *Feuillet de biologie*, 1986 ; 10 (27) : 19 – 23
- 7- BOURGEOIS A ; HENZEL D ; DIBANG G.
Elaboration et évaluation d'algorithme de dépistage des MST chez la femme enceinte à Libreville au Gabon. *Cahier de Santé*, 1996 ; 6 : 115 – 121.

- 8- BRAMLEY M.
Study of female babies of women entering confinement with vaginal trichomonas. *Br J Vener Dis*, 1976 ; 52 : 58.
- 9- Bulletin épidémiologique de surveillance du VIH/SIDA. n° 7, juin 1999. Comité National de Lutte contre le Sida, Sénégal.
- 10- . Bulletin épidémiologique de surveillance du VIH/SIDA. n° 9, mars 2002. Comité National de Lutte contre le Sida, Sénégal.
- 11- COSSA H A.
Syphilis and infection among displaced pregnant women in rural Mozambique. *Inter J STD et AIDS*, 1994 ; 5 : 117 – 123
- 12- DOLIVO M ; HENRY-SUCHET J ; ORFILA J ; EB F.
Infections à *Trichomonas vaginalis* in Maladies transmises par voies sexuelles. *Edition Masson*. 2^{ème} édition, 1997 : 166.
- 13- DOLIVO M ; HENRY–SUCHET J ; ORFILA J, EB F.
Herpès génital in Maladies transmises par voies sexuelles. *Edition Masson*, 2^{ème} édition, 1997 : 197.
- 14- FLEMING DT ; WASSERHEIHT JN.
From epidemiological synergy to public health policy and practice : the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex trans inf*, 1999 ; 75 : 3 – 17
- 15- FREEDMAN D.
Vénérologie dans l'Europe unie à l'horizon de l'an 2000. *Ann Dermatol Venereol*, 1993 ; 120 (1) : 72 – 74.

16- GENIAUX M ; VAILLANT L ; MOREL P ; SAIAG P.

Maladies sexuellement transmissibles : infections urogénitales à gonocoque et à *Chlamydia trachomatis* (en dehors de la maladie de Nicolas-Favre). *Ann Dermatol Venereol*, 2002 ; 129 : 2S65 – 2S68.

17- GERBASS AC ; ROWLEY JT ; HEYMANN DHL ; BERKLEY SFB ; PIOT P.

Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDS. *Sex transm inf*, 1998 ; 74 : S12 –S16.

18- GIULIANI M ; SULIGOI B.

Surveillance sentinelle des maladies sexuellement transmissibles en Italie. *Euro surveillance*. Bulletin Européen sur les maladies transmissibles, 1998 ; 3 (6) : 55 – 58.

19- GOMES E..

Enquête de prévalence de VIH et étude du comportement sexuel chez les clients de prostituées des Maisons-closes de Dakar in *Bulletin épidémiologique* du PNLS, N° 11, 12 juillet – décembre 2000, 16 : 1 – 5

20- GOMES E.

Enquête socio-économique sur l'accès aux soins dans la région de Dakar. Coopération Française / UNICEF / région médicale de Dakar in *Bulletin épidémiologique* du PNLS, N° 11, 12 juillet – décembre 2000, 16 : 1 – 5.

21- GRAY RH ; WABWIRE – MANGEN F ; KIGOZI G ; SEWANKAMBO NK ; SERWADDA D.

Randomised trial of presumptive sexually transmitted diseases therapy during pregnancy in Rakai, Uganda. *Am J Obstet Gynecol*, 2001 ; 185 : 1209 – 17.

22- GROSSKURTH H ; GRAY R ; HAYES R ; MABEY D ; WAWER M .

Control of sexually transmitted diseases for HIV-1 prevention : Understanding the implications of the Mwanza and Rakai trials. *Lancet*, 2000 ; 3554 : 1981 – 7.

- 23- GROSS KURTH H ; MOSHA F ; TODD J ; MWIJARUBI E ; KLOKKE A.
Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural tanzania : Randomised controlled trial. *Lancet*, 1995 ; 346 : 530 – 6.
- 24- HIRA SK.
Syphilis intervention in pregnancy : Zambian demonstration project. *Genitourin Med*, 1990 ; 66 : 159 – 164.
- 25- HITCH COCK P ; FRANSEN L.
Preventing HIV infection. Lessons from Mwanza and Rakai. *Lancet*, 1999 ; 353 : 513 – 5.
- 26- HUGHES G ; PAINE T ; THOMAS D.
Surveillance des infections sexuellement transmissibles en Angleterre et au pays de Galles. *Euro. Surveillance* 2001 ; 6 (5) : 71 – 81.
- 27- LAGA M.
Epidemiology of ophtalmia neonatarum in Kenya. *Lancet*, 1986 ; 11 : 1145 – 1148.
- 28- LANGLEY CL ; BENG-DE E ; CRITCHLOW CW.
HIV-1, HIV-2, human papillomavirus infection and cervical neoplasia in high risk african women. *AIDS*, 1996 ; 10 (4) : 413 – 7.
- 29- LY F ; MAHE A ; SAMB N.
Maladie de Nicolas-Favre. *Ann Dermatol Venerol*, 2002 ; 129 : 1082 – 1083
- 30- LY F ; MAHE A.
Principes de lutte contre les IST en milieu tropical. *Bull Soc Path Ex*, 2003 (à paraître)
- 31- MAHE A ; LANIECE I, SECK K ; NDOYE I.
Infections sexuellement transmissibles au Sénégal : Epidémiologies et modalités de lutte. *Bulletin épidémiologique* du PNLS, N° 11 – 12, juillet – décembre 2000, 16 : 1 – 5.

32- MARTIN P ; BELEC L.

Syphilis vénérienne in Maladies transmises en milieu tropical. *Edition in PRESS* (Paris), 1998 : 104

33- MARTIN P ; BELEC L.

Chancre mou in Maladies sexuellement transmises en milieu tropical. *Edition in Press* (Paris), 1998 : 196 – 300.

34- MARTIN P ; BELEC L.

Gonococcie in Maladies sexuellement transmises en milieu tropical. *Editions in Press* (Paris), 1998 : 308

35- MARTIN P ; BELEC L.

Chlamydioses in Maladies sexuellement transmises en milieu tropical. *Editions in Press* (Paris), 1998 : 322.

36- MEDA N ; NDOYE I ; MBOUP S ; WADE A ; NDIAYE S ; NIANG C.

Low and stable HIV infection rates in Senegal : natural course of the epidemie or evidence for success of prevention ? *AIDS* ; 1999 ; 13 : 1396 – 1405.

37- NDOYE I ; SECK K ; LANIECE I ; FALL O D ; SAMB N ; THIAM S.

Guide de prise en charge syndromique des IST. Comité National de lutte contre les IST / VIH/SIDA, 2002 : 24 – 27.

38- NGUESSAN LATTIER R.

Intervention de la coopération Canadienne de la lutte contre le SIDA au Sénégal :
Projet SIDA 2 in *Bulletin épidémiologique* du PNLS N° 11 – 12 juillet décembre 2000,
16 : 1 – 5

39- PITCHE P ; PLINGA A ; TCHAGA-WALLA K.

Lymphogranulomatose vénérienne. *Santé*, 1998 ; 8 (3) : 239 – 44.

40- PRADINAUD R.

Donovanose. *Encyc Med chir*, Edition technique (Paris, France), Maladies Infectieuses, 8 – 020 – A - 10, 1993 : 5.

41- REMY G.

Epidémiologie géographique de la gonococcie en Afrique Subsaharienne. *Med Afr nre*, 1992 ; 39 (4) : 292 – 303.

42- PEPIN J ; SOBELA F ; DESLANDES S ; ALARY M ; WEGNER K.

Etiology of uréthral discharge in West Africa : the role of *Mycoplasma genitalium* and *Trichomonas vaginalis*. *Bull world health organ*, 2001 ; 79 (2) : 118-26

43- SECK AC ; FAYE MA ; CRITCHLOW CW.

Cervical intra epithelial neoplasm and HPV infection among Senegalese women Seropositve for HIV1 or HIV2 or Seronegative for HIV. *Int. J. STD. et AIDS*, 1994 ; 5 (3) : 189 – 93

44- STEEN R ; VUYLSTEKE B ; DECOÏTO T ; RALEPELI S ; FEHLER G.

Evidence of declining STD prevalence in a south African mining community following a core-group intervention. *Sex transm Dis*, 2000 ; 27 : 9 – 11.

45- TAKOURT B ; RADOUANI F ; BENCHEKROUN A ; SEKKAT S ; BOUQDIR F.

Séroprévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les consultants MST au Maroc. *Bull Soc Path Ex*. 1995 ; 88 (4) : 194 – 198.

46- THIAKANE C.

Syphilis primaire et secondaire : Etude prospective de 1980 à 1996 à la clinique de dermatologie l'HALD. *Thèse Med*, Dakar, 1999 ; n° 16.

47- TOTTEN PA ; KUYPERS JM ; CHEN CY.

Etiology of genital ulcer in Dakar, Senegal and comparaison of PCR and serologic assays for detection of *Haemophilus ducreyi*. *J clin Microbiol*, 2000 ; 38 (1) : 268 – 73.

48- VAN DER VEEN FH ; NDOYE I ; GUINDO S.

Management of STDS and cost the treatment in primary health care centers in Pikine, Senegal. *INT J STD and AIDS*, 1994 ; 5 : 262 – 7.

49- VAN DYCK E ; SAMB N, SARR AD ; VAN DE VELDEN L.

Accuracy of two enzyme immuno assays and cell culture in the detection of chlamydia trachomatis in low and high risk populations in Senegal. *Eur J clin Microbiol infect Dis*, 1992 ; 11 (6) : 527 – 34.

50- VOLTZ JM ; DROBACHEFF C ; DERANCOURT C ; COUMES M S ; MOUGIN C ; LAURENT R.

Lésions anogenitales à papillomavirus chez 121 hommes séropositifs pour le VIH : Etude clinique, histologique, virale et évolution *Ann Dermatol Venereol*, 1999 ; 126 (5) : 424 – 429.

51- WADE AS.

Evaluation d'un algorithme de l'écoulement vaginal chez les femmes enceintes à Dakar. *Thèse Med Dakar*, 1999 ; n° 9.

52- WAWER MJ ; GRAY RH.; SEWANKAMBO NK.

Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda : a randomised community trial. *Lancet*, 1999 ; 353 : 525 – 35.

53- WORLD DEVELOPPEMENT REPORT.

Investing in health the world Bank. New york : *oxford university Press*. 1993, 18 weekly Epidemiologie record. Genevia : world heath organisation, July 7, 1995.

54- WORLD HEATH ORGANISATION.

Global program on AIDS global prevalence and incidence of selected curable sexually tranmitted diseases : overview and estimed. WHO / GPA / STD 1995 ; 1 : 126.

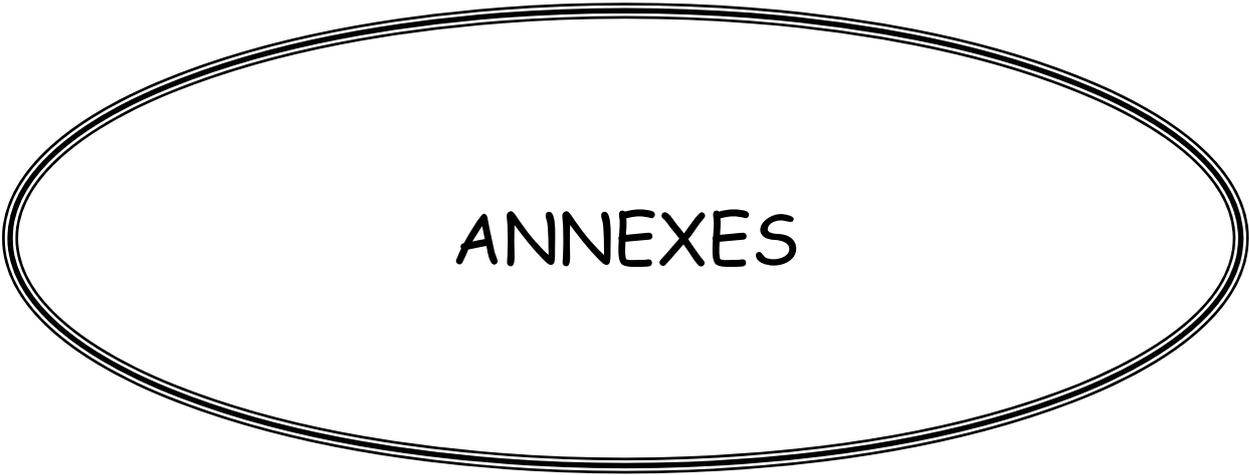
55- WORLD HEALTH ORGANISATION.

Guidelines for the management of sexually transmitted infections.

WHO / RHR / 2001. 01. 10.

56- WORLD HEALTH ORGANISATION

Management of sexually transmitted diseases. WHO / GPA / TM / 94.1. Geneva, 1994



ANNEXES

FICHE STANDARDISEE HOMME IST

INSTITUT D'HYGIENE SOCIALE

Identité

Date : N° d'enregistrement :

Ethnie : Date de naissance :

Lieu de naissance : Quartier de résidence :

Activité (détailler) :

Type activité : sans informel formel fonctionnaire

Degré d'éducation :

illettré coranique primaire secondaire supérieur

Célibataire Divorcé Marié (e) (n épouses :.....) Enfants :

Antécédents :

Antécédents IST : Non Oui Si Oui : nombre type :

Autre :

Antécédents transfusion : Non Oui Date :

Voyage (s) :

Sénégal hors Dakar (préciser lieu et date) :

Hors Sénégal (préciser lieu et date) :

Mode de vie :

Lieux « à risque » fréquentés : Bars Boîtes de nuit

Autre :

Lieu de rencontre de partenaire (s) :

Type partenaire : conjugal exclusif

Si extra – conjugal : habituel connu occasionnel connu

Occasionnel inconnu prostituée professionnelle

Monnayage avant rapport : Non Souvent Parfois

Nombre de partenaires au cours de la dernière année :

Partenaire : symptomatique : Non Oui

Idée sur partenaire suspect ? Date du rapport :

Date / identité dernier rapport : Protégé ?

Motif Consultations dans structure de soins :

Opinion sur structure de soins :

EVALUATION DES CONNAISSANCES

Connaissance IST :

Qu'est-ce qu'une infections sexuellement transmissible ?.....

Citer IST connues :

Risques des IST :

Connaissance SIDA :

Oui

Non

Mode (s) contamination SIDA :

.....

Source des informations reçues sur les MST / SIDA : préciser

.....

famille

amis (s)

école

médias :

radio

TV

affiches

autre

Prévention :

Comment prévient-on les IST ?

Utilisation préservatifs :

Toujours

jamais

parfois - - - - - → pourquoi pas ?.....

.....

Démonstration : correcte incorrecte - - - - - → en quoi ?

.....

BALANITE (*Montrer systématiquement à dermatologue / senior*)

Circoncision : Oui Non

Durée des symptômes : Durée d'incubation :

Urétrite associée : Non Oui Prurit : Non Oui

Pustules : Non Oui

Commentaires (avis spécialiste) :

.....

.....

URETRITE

Circoncision : Oui Non

Durée des symptômes : Durée d'incubation supposée :

Douleurs mictionnelles :

Intenses modérés minimes picotements absentes

Ecoulement :

Pus franc clair goutte matinale (interrogatoire)

Objectivée à la pression méatite absence

Complications : Non Oui Si oui, quelle localisation :

Orchite (remplir autre fiche) œil pharynx anus

Autre (préciser) :

Peau (préciser) :

Articulation (préciser) :

Commentaires :

.....

« GROSSE BOURSE » (orchi – épididymite) :

Circoncision : Oui Non

Durée des symptômes : Durée d'incubation supposée :

Antécédents traumatisme récent : Non Oui

Urétrite associée : Non Oui (remplir aussi fiche « urétrite »)

Douleurs mictionnelles : Non Oui

Examen des bourses :

Douleurs : intense modérée minime

Testicule : surélevé rotation

Toucher rectal :

Commentaires :

.....

.....

ULCERATION GENITALE

Photo : Non Oui

Durée des symptômes : Durée d'incubation supposée :

Circoncision : Non Oui

Symptômes extra – génitaux :

Prurit :

Description ulcération (s) :

Nombre : Taille (s) : Induration : Non Oui

Siège (s) : Douleur : Non Oui

Aspect du fond de l'ulcération :

Vésicules : Non Oui

Aires ganglionnaires :

RAS Adénopathie (s) Nombre : Taille :

Topographie (s) :

Fluctuation : Non Oui Fistulisation : Non Oui

Douleur : Non Oui

Autres localisations :

Bouche Anus Autre :

Commentaires :

.....

CONDYLOMES

Durée des symptômes :

Circoncision : Non Oui

Siège :

Homme : Gland Verge Bourses Anus Pubis

Femme : Vulve Anus Vagin Col

Autres (préciser) :

Nombre de lésions :

Aspect des lésions :

SYPHILIS SECONDAIRE

Photo : Non Oui

Durée des symptômes : Durée d'incubation supposée :

Lésions cutanées :

Prurit : Non Oui

Topographie : paumes plantes visage cou tronc

Autre (s) :

Aspect des lésions :

.....

Alopécie : Non Oui Topographie cuir chevelu sourcils

Lésions muqueuses :

Topographie : bouche vulve anus

Aspect des lésions :

.....

Signes généraux :

Adénopathies : Non Oui Topographie :

Céphalées Arthralgies Fièvre

Oculaire (préciser) :

Autres :

.....

AUTRES IST

Photo : Non Oui

Durée des symptômes : Durée d'incubation :

Description des lésions :

.....

.....

.....

.....

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Prélèvement ulcération : non fait fait résultat

Cytodiagnostic :

Fond noir :

Cultures :

Prélèvement urétral : non fait fait résultat

Examen direct

Gonocoque

Chlamydia

Mycoplasme

Autre :

ECBU : non fait fait résultat :

Sérologie tréponémique : non fait fait résultat

RPR :

TPHA :

Prélèvement vaginal (Partenaire) non fait fait résultat

Gonocoque

Chlamydia

Présence de : trichomonas gardnerella candida

Sérologie VIH : non fait fait Résultat

Autre (préciser) :

.....

ITINERAIRE THERAPEUTIQUE

Durée d'évolution :

Traitements suivis avant IHS : à détailler soigneusement

Auto-médication ? préciser :

Pharmacie privée ? préciser :

Traitements traditionnels ? préciser :

Agent de santé (préciser type et lieu) :

Lieu d'achat des médicaments (précisément) :

Coût du (es) traitement (s) prescrit (s) :

Résultats :

.....

Antécédents allergie : Non Oui laquelle :

Traitements prescrits IHS :

Date :

Médicaments :

.....

approvisionnement : IB hors IB

Précisément :

Commentaire :

.....

EVOLUTION

Date seconde consultation :

Evolution des lésions :

Guérison Amélioration Idem Aggravation

Commentaire :

Traitement : prescription intégralement reçue : Oui Non

Traitement effectivement reçu :

.....

Acceptabilité : Bonne Mauvaise préciser :

Compliance : Bonne Mauvaise préciser :

Commentaire :

Tolérance : Ras Effets secondaires (préciser) :

.....

Partenaire (s) :

Informé : Non Oui Peut-être

Consultations IHS : Non Oui Consultations hors IHS : Non Oui

Traitement : Non Oui peut-être

Evaluation connaissances :

Connaissance IST :

Qu'est-ce qu'une IST ?

Citer IST connues :

Risques des IST :

Connaissance SIDA : Oui Non

Mode contamination SIDA :

.....

Utilisation préservatifs :

Démonstration : correcte incorrecte en quoi ?

.....