

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

BW	: Bordet – Wassermann
CPN	: Consultation Prénatale
CSB II	: Centre de Santé de Base de Niveau II
ELISA	: Enzyme Linked Immuno Sorbet Assay
FTA-Abs	: Fluorescence Treponemal Antibody –Abs
IEC	: Information Education Communication
IST	: Infection sexuellement Transmissible
Ig	: Immunoglobuline
Ig M	: Immunoglobuline M
MST	: Maladie sexuellement Transmissible
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PNLS	: Programme National de lutte contre les IST/SIDA
RPR	: Rapid Plasma Reagin
SIDA	: Syndrome d’Immunodéficience Acquise
TPHA	: Tréponème Pallidum Hemagglutination Assay
TP	: Tréponème Pallidum
VIH	: Virus de l’Immuno déficience Humaine
VDRL	: Veneral Disease Research Laboratory

LISTE DES FIGURES

Pages

Figure N°01 : Evolution du titre des anticorps dans une syphilis traitée selon les types d'examen sérologique.....	19
Figure N°02 : Evolution du titre des anticorps dans une syphilis non traitée selon les types d'examen sérologique.....	20
Figure N°03 : Topographie du CSB II Isotry	33
Figure N°04 : Organigramme du CSB II d'Isotry.....	36
Figure N°05 : Diagramme d'analyse des facteurs influençant le taux de prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes.....	39

LISTES DES GRAPHIQUES

	Pages
Graphique N°1 : Fréquence de la syphilis chez les femmes enceintes à Sérologie positive.....	46
Graphique N°2 : Pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon la tranche d'âge.....	47
Graphique N°3 : Pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon la gestapo.....	48
Graphique N°4 : Sérologie syphilitique positive chez les femmes enceintes selon leur niveau d'instruction.....	49
Graphique N°5 : Répartition de connaissance de la maladie et des complications par les femmes enceintes à sérologie positive.....	50
Graphique N°6 : Croyance et opinion des femmes enceintes à sérologie positive sur la maladie.....	51
Graphique N°7 : Pourcentage des femmes enceintes qui pratiquent une automédication quand elles sont malades.....	52
Graphique N°8 : Pourcentage des femmes enceintes qui préfèrent aller chez les guérisseurs.....	53
Graphique N°9 : Répartition de pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon la situation matrimoniale.....	54
Graphique N°10 : Date des premiers rapports sexuels des femmes enceintes à sérologie positive.....	55
Graphique N°11 : Variation de pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon la catégorie professionnelle.....	51
Graphique N°12 : Variation de pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon le lieu de résidence.....	52

Graphique N°13 : Fréquence des femmes enceintes à sérologie positive présentant des symptômes alarmants avant son test sérologique.....	59
Graphique N°14 : Répartition de point de distribution de préservatifs.....	60
Graphique N°15 : Pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon leur revenu par mois.....	62
Graphique N°16 : Opinion des femmes enceintes concernant l'accueil au sein du CSB II d'Isotry.....	63

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : RAPPEL SUR LES CONSIDERATIONS GENERALES DE LA SYPHILIS	
I- EPIDEMIOLOGIE	1
I-1- Agent pathogène	3
a) Classifications	3
b) Structure antigénique	3
I-2-L'immunité.....	4
I-3-Mode de transmission...	4
II- CLINIQUE	5
II-1-Syphilis évolutive	5
A/ La syphilis primaire	5
A-1 Signes cliniques : le complexe chancre ganglion	5
1)-Chancres	5
2)- L'adénopathie satellite.....	7
3)- Signes associés.....	8
A-2 Diagnostic différentiel	8
1)- Chancre mou	8
B/ La syphilis secondaire	8
B-1 La syphilis secondaire précoce.....	8
B-1-1 Signes cliniques.....	8
B-1-2 Examens complémentaires.....	10
B-1-3 Diagnostic différentiel	12
B-2-2 Syphilides impétigineuse	12
B-2-3 Syphilides lichénoides	12
B-2-4 Syphilides psoriasiformes	12
B-2-5 Autres aspects	12
II-2 La phase de complication	13

A / Syphilis tertiaire	13
A-1 Syphilis tertiaire nerveuse	13
1) La méningo encéphalite diffuse ou paralysie progressive.....	13
A-2 Les lésions tertiaires cutanées et muqueuses	15
A-3 Les lésions osseuses tertiaires	16
A-4 La syphilis tertiaire cardiovasculaire	16
III- DIAGNOSTIC D'UNE SYPHILIS	17
III-1 Diagnostic direct	17
III-2 Diagnostic sérologique	17
IV- SYPHILIS ET GROSSESSE	21
IV-1 Physiologie	21
IV-2 Mode de contamination de l'enfant	22
IV-3 Diagnostic clinique de la syphilis et grossesse	23
A/ Syphilis congénitale	23
A-1 Syphilis fœtale	23
A-2 Syphilis congénitale précoce	23
A-3 Syphilis congénitale tardive	25
B/ Retentissement de la syphilis sur la grossesse	26
C/ Retentissement de la syphilis sur le fœtus	26
IV-4 Interaction VIH syphilis ou co infection syphilis et VIH ...	28
V- TRAITEMENT	28
V-1 Antibiotiques utilisés	28
V-2 La conduite pratique du traitement	28
V-3 Traitement de la syphilis de l'Adulte	30
V-4 Surveillance du traitement	30
V-5 Mesures préventives	31

DEUXIEME PARTIE : ETUDES PROPREMENT DITE

I- Objectif de l'étude	32
I-1 Objectif général	32

I-2 Objectif spécifique	32
II- Cadre de l'étude	32
II-1 Situation géo démographique du CSB II et son secteur sanitaire...	32
II-2 Situation économique	34
II-3 Les services offerts au niveau du CSB II	34
II-4 L'organigramme du CSB II	35
II-5 La situation du personnel	37
III- Méthodologie	37
III-1 Type d'étude	37
III-2 Population d'étude	37
III-3 Critères d'exclusion	37
III-4 Technique de collecte des données	38
IV- Résultats et interprétation	45
A/ La prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes dans le CSB.....	46
B/ Les facteurs prédisposant	47
C/ Les facteurs facilitateurs	57
D/ Les facteurs de renforcements	66

TROISIEME PARTIE :

I- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	67
II- SUGGESTIONS ET RECOMMANDATION	73
CONCLUSION	76

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

La syphilis est une maladie sexuellement transmissible due au tréponème pâle de SCHAUDINN, à infection permanente dans plusieurs pays en voie de développement. Elle avait une incidence décroissante dans les pays industrialisés, mais connaît une recrudescence avec l'apparition de l'épidémie du Sida. On considère actuellement la syphilis comme un marqueur de sexualité à risque.

A Madagascar comme dans le monde, la syphilis est encore loin d'être éradiquée, notamment le taux de prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes est encore à 8,2% constituant de cette façon un problème de santé publique et un véritable mécanisme de freinage de l'économie dans les pays en voie de développement. (1) (2) (3)

En effet cette maladie est responsable :

- D'une part, d'avortement fœtal, de mortalité néonatale, de faiblesse, de fatigabilité, de malaise, de diminution de rendement au travail entraînant une perte d'emploi.
- D'autre part la syphilis constitue une porte d'entrée à l'infection à VIH.

Les femmes enceintes ont été choisies comme population d'études car elles reflètent l'activité génitale dans un pays ou dans un secteur. Chez la femme enceinte, la syphilis doit être dépistée et traitée précocement afin de prévenir la syphilis congénitale.

L'objectif général de notre étude est de déterminer la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes dans le CSB II d'Isotry.

Les objectifs spécifiques sont :

-Déterminer les facteurs prédisposants, les facteurs facilitateurs et les facteurs de renforcement qui peuvent influencer le taux de prévalence chez les femmes enceintes.

- Apporter des suggestions et recommandation afin d'améliorer la situation.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons adopté le plan d'étude suivant :

- Première partie : Rappel sur les considérations générales de la syphilis
- Deuxième partie : Etude proprement dite
- Troisième partie : Commentaires, discussions, suggestions et recommandations sur les résultats de l'étude.
- Conclusion.

PREMIERE PARTIE : RAPPEL SUR LES CONSIDERATIONS GENERALES DE LA SYPHILIS

I- EPIDEMIOLOGIE

I-1 Agent pathogène (4) (5) (6) (7)

L'agent pathogène de la syphilis est le *TREPONEMA PALLIDUM* découvert en 1905 par *SCHUDINN et HOFTMANN*.

a) Classifications

Les espèces de tréponème :

- Tréponème Pallidum
- Tréponème Cuniculi
- Tréponème Pertenué
- Tréponème Carateum,

appartiennent à la famille des *TREPONEMATACEAE* et à l'ordre des *SPIROCHETACEAE*. Ces quatre espèces ne se différencient que par leurs caractères de pathogénicité. Ainsi l'examen au microscope à fond noir ou sur un frottis fixé et coloré ne permet absolument pas de les distinguer.

b) Structure antigénique (5)

Tréponème pallidum a une structure complexe, quatre groupes d'antigène ont été mis en évidence :

- le cardiolipide ou haptène lipidique de Wassermann : c'est un phosphatidyl-glycérol commun à tous les tréponèmes et retrouvé dans les tissus animaux. Le cœur et le foie en sont particulièrement riches. L'infection syphilitique provoque un remaniement tissulaire au niveau des lésions. Associé à des protéines du tréponème, cette haptène devient antigénique. Les anticorps correspondants sont dénommés réagines.

- un antigène protéique spécifique de groupe : Il est commun à tous les tréponèmes, pathogènes ou non, et porté par les fibrilles. Cet antigène, extrait du tréponème de Reiter, peut être utilisé en réaction de fixation du complément.

- un antigène polysidique d'enveloppe : il est spécifique du tréponème pallidum et suscite la formation d'anticorps réagissant en immunofluorescence.

- des antigènes du tréponème.

Leur nature est mal connue. Ils suscitent la formation d'anticorps très spécifiques de tréponème pallidum qui interviennent dans le test de Nelson.

I-2-L'immunité (6) (7)

L'infection naturelle ou expérimentale par tréponème pallidum entraîne une réaction immune à médiation, à la fois cellulaire et humorale.

- Pendant que l'infection évolue, il existe une immunité de surinfection protégeant contre une nouvelle contamination. Les anticorps élaborés ne sont pas suffisants pour éliminer les tréponèmes et d'empêcher la maladie de progresser. Un sujet traité efficacement peut à nouveau contracter la syphilis. La présence résiduelle d'anticorps ne protège pas contre une réinfection.

- Il n'existe pas de vaccin contre la syphilis.

I-3-Mode de transmission

La syphilis n'est jamais héréditaire. C'est une maladie strictement humaine à transmission vénérienne dans 90% des cas. La contamination est presque toujours directe par contact vénérien : chancres, ou avec des syphilides, secondaires, telles que les plaques muqueuses qui fourmillent de tréponèmes. Plus rarement la contamination s'effectue par les humeurs : salive, sperme, sang.

Les contaminations non vénériennes sont rares : médecin, sage femme, dentiste, syphilis transfusionnelles.

La contamination est presque toujours directe par contact avec la source infectieuse exceptionnellement indirecte car le tréponème est rapidement tué par la chaleur, le savon, la dessiccation.

II- CLINIQUE (8) (9) (10)

II-1-SYPHILIS EVOLUTIVE

La contamination se produit lorsque le tréponème vient au contact d'une minime excoriation cutanée ou muqueuse. Le germe se multiplie activement et passe très rapidement dans les tissus de l'hôte où il se dissémine.

A-la syphilis primaire

A-1-Signes cliniques : *Le complexe chancre ganlion*

1) Le chancre

C'est une ulcération superficielle qui a cinq caractères séméiologiques fondamentaux :

- indolore
- bien circonscrit : exulcération superficielle, d'un diamètre de 5 à 20 mm, à limites bien nettes et sans relief sur la muqueuse.
- à surface propre, lisse, rosée
- repose sur une base indurée
- unique dans 2/3 des cas

a) Evolution du chancre

Spontanément le chancre s'épidermise et se cicatrise en trois à cinq semaines, mais deux signes persistent pendant plusieurs mois, l'induration et l'adénopathie qui ont une grande valeur diagnostique en présence des premiers signes de syphilis secondaire.

b) Formes cliniques du chancre

Elles sont nombreuses, volontiers atypiques :

&- Selon l'aspect clinique

Le chancre peut être noir (punctiforme, fissuraire, confondu avec un herpès génital), géant, ulcéreux, saillant (papulo-érosif).

&- Selon le siège

Région génitale dans 90% des cas

&- Chez la femme

Le chancre est habituellement vulvaire au niveau, soit des grandes lèvres avec œdème éléphantiasique, soit des petits lèvres, souvent noir. Le chancre du vagin est rare, cependant le chancre du col utérin est fréquent.

&-Chancres extra génitaux

Ce sont des chancres buccaux (amygdales, langue).Le chancre peut siéger au niveau du sein. La localisation anale (fissuraire, douloureuse) s'accompagne d'une adénopathie inguinale. Le diagnostic est basé sur :

- l'auto inoculation du pus au malade ; dans les trente six heures apparaît une pustule riche en bacilles ;
- la recherche du bacille de Ducrey
- la réaction de fixation du complément avec la strépto bacilline.

&- Diagnostic différentiel (9)

*** Maladie de Nicolas Favre ou lymphogranulomatose vénérienne :**

C'est le plus souvent le problème d'une adénopathie inguinale car le chancre d'inoculation est soit noir, soit inexistant. L'adénopathie est multi ganglionnaire adhérent aux plans profonds et superficiels qu'elle peut éroder, pour aboutir à une suppuration en pomme d'arrosoir par de multiples portes cutanéoganglionnaires. L'agent causal est classé dans l'ordre des Rickettsiales et dans la famille des chlamydiaceae, germe de petite taille, toujours intracellulaire.

*** Herpès**

Très fréquent. Les vésicules sont rapidement excoriées, les érosions post vésiculeuses sont caractéristiques : érosions micro polycycliques à fond blanc jaunâtre, à bords décollés, douloureuses, souple. Mais l'herpès peut être une porte d'entrée pour le tréponème.

*** Gale**

Les lésions du gland y sont fréquentes, souples, multiples, prurigineuses, croûteuses.

*** Balanites**

Ce sont des exulcérations en nappe du gland. Elles sont érythémateuses, vésiculeuses, ou suintantes. Les germes banaux, trichomonas et candida albicans s'en partagent la responsabilité.

*** Maladie de Bowen et épithélioma**

Les circonstances de diagnostic, l'évolution et les caractères sont particuliers, éliminant d'emblée la syphilis.

&-Le chancre mixte

Il résulte de l'association du chancre syphilitique avec le chancre mou dû à *HOEMMOPHILUS DU CREGIL*. Les primo infections syphilitiques sans chancre sont dues à trois causes :

- la syphilis prénatale
- la syphilis transfusionnelle : inoculée au receveur par un donneur récemment contaminé
- la syphilis décapitée par une antibiothérapie insuffisante

2) L'adénopathie satellite

Elle ne manque pratiquement jamais et accompagne toujours le chancre :

- elle est inguinale, unilatérale ou bilatérale,
- froide, indolore sans péri adénite,
- constituée par un gros ganglion unique où à l'inverse par un

paquet ganglionnaire où l'un domine les autres par la taille, adhérente à la peau et aux plans profonds, formant un placard phlegmoneux ; parfois, une fistulisation se produit, d'où s'écoule une substance puriforme aseptique.

3) Signes associés (10)

Ils sont classiques, mais actuellement beaucoup plus fréquents :

- **oedème** : il est parfois très important, pouvant entraîner un phimosis irréductible qui empêche de voir le chancre. Toute la verge peut être œdématisée, réalisant alors un aspect en battant de cloche.

- **la douleur** : le chancre peut être douloureux où il siège, mais il en est toujours lorsqu'il siège dans le canal anal.

- **prurit** : les chancres génitaux féminins, ainsi que les lésions secondaires vulvaires, sont parfois prurigineux.

A-2- Diagnostic différentiel

1) Chancre mou

Dû au bacille de Ducrey ; l'apparition des lésions est rapide ; 2 à 5 jours après la contamination. C'est une véritable ulcération. Les lésions sont multiples à bords décollés, douloureuses, purulentes. L'adénopathie n'est pas obligatoire, mais, si elle survient, elle est monoganglionnaire phlégmatisée, adhère à la peau qui s'ulcère.

B- La syphilis secondaire (11) (12) (13)

B-1- La syphilis secondaire précoce

Les manifestations surviennent de 20 à 60 jours après le début d'un chancre. Elles ne sont pas contemporaines de la dissémination du germe. Elles correspondent à la généralisation des lésions.

B-1-1 Signes cliniques

a) La forme typique

Les éruptions cutanées sont variées :

- *roséole*

Débute et prédomine sur le tronc, faite de macules assez nombreuses de 3 à 10 mm de diamètre, non prurigineuses à bords flous, de couleur rose pâle, séparées par des intervalles de peau. Parfois évidente, cette éruption est le plus souvent difficile à voir ; il faut alors regarder les téguments à jour frisant, reculer pour mieux la discerner. Elle peut se mêler à d'autres éléments éruptifs, papules en particulier, qui ordinairement se développent plus tard.

Elle est habituellement fugace, parfois les éléments de roséole s'infiltrant et aboutissent à la formation de papules.

- *plaques muqueuses*

Reposent sur des muqueuses voisines, du siège de la primo infection. Leur nombre et leur taille sont très variables, elles ne s'accompagnent d'aucune manifestation.

Habituellement érosives, elles peuvent être infiltrées et prendre alors un aspect papuleux. Elles peuvent devenir hypertrophiques pour réaliser de véritables végétations, ou au contraire s'ulcérer. Sur la langue, l'érosion entraîne une dépapillation, c'est la plaque fauchée que l'on voit assez rarement.

- *alopécie en clairière*

Elle survient du 3^e au 6^e mois. Inconstante, elle peut intéresser toutes les parties pileuses. Elle se manifeste essentiellement sur le cuir chevelu, parfois la barbe, assez souvent à la queue du sourcil. L'alopécie est diffuse, par endroit elle est maximale réalisant les clairières.

- *manifestations cutanées tardives*

Les syhilides sont des papules squameuses, rouge sombre cuivrées, à bases indurées, saillantes, couvertes ou entourées de fines squames, de 3 à 5 mm de diamètres.

Ces lésions papuleuses s'étendent à tout le tronc, prédominant à la paume et aux plantes des pieds.

- ***les autres signes cliniques***

Inconstants, plus à distance de la contamination, réalisent :

- * un syndrome pseudo grippal parfois associé à un syndrome méningé.
- * des polyadénopathies fermes, indolores, localisées préférentiellement au niveau épitrochléen et des chaînes trapéziennes, peuvent être associées à une hépato splénomégalie.

b) Syphilis maligne précoce

La malignité peut être localisée au niveau des lésions cutanées. Au lieu d'avoir une roséole, le malade présente des éléments croûteux, ulcéreux, purulents, ou gangréneux. Leur évolution est chronique et peut entraîner, selon la localisation des destructions épouvantables. Ces lésions sont exemptes de tréponèmes et la sérologie classique est négative.

La malignité peut se traduire par des phénomènes généraux intenses : anémie ou fièvre élevée qui faisaient parler autrefois de typhoïde syphilitique. Enfin, la malignité peut se traduire par l'évolution grave d'une localisation viscérale : méningite aigue, ictère grave, néphrite grave.

B-1-2 Examens complémentaires (14) (15)

a) Recherche du Tréponème Pallidum

On peut le rechercher :

- sur les lésions des muqueuses, en se basant toujours sur des examens sur les muqueuses buccales. La recherche est positive, les lésions secondaires fourmillent de tréponème.
- dans la sérosité obtenue par la ponction des ganglions lymphatiques.

b) Sérologie

La sérologie syphilitique classique (BW, RPR, VDRL, Kline) comme le test de Nelson, l'immunofluorescence ou l'hémagglutination passive, sont positifs au début de la phase secondaire.

B-1-3 Diagnostic différentiel (15) (16)

Nous nous limiterons au diagnostic différentiel des lésions cutanéomuqueuses lorsqu'elles coexistent avec des lésions profondes, elles permettront le diagnostic positif ; lorsqu'elles manquent, et qu'existe une artérite profonde, seule la sérologie permettra de faire le diagnostic positif de cette atteinte.

-La roséole

Doit faire éliminer la rougeole et la rubéole sur l'atteinte de la face, l'existence de symptômes généraux, la rapidité des régressions.

Les toxidermies et les allergies alimentaires peuvent être très trompeuses.

- Les plaques muqueuses

L'absence de douleur permet de les différencier de l'herpès, des aphtes et des érosions mécaniques ou microbiennes, les lésions sont souvent plus étendues, plus rouges, plus suintantes.

- L'alopécie

Elle devra être distinguée de la pelade dont les plaques sont bien limitées et contiennent le plus souvent des cheveux peladiques.

B-2-La syphilis secondaire tardive

Il est impossible de donner une systématisation de ces lésions tardives, aussi bien dans leur date d'apparition que dans leurs caractéristiques cliniques et évolutives.

Très importantes pour le diagnostic sont les lésions développées sur les paumes et les plantes des pieds. La syphilis prend le masque lésionnel général du siège où se développe la lésion :

- aux commissures labiales
- aux ongles : aspect de périonyxis
- sur les ailes du nez : aspect de fissures
- sur les régions séborrhéiques : aspect de séborrhéides banales

B-2-1 Syphilides papuleuses

Les papules de la syphilis sont des éléments infiltrés dermiques, de 3 à 5 mm de diamètre, leur consistance est ferme, indurée.

Les lésions siègent aux paumes et aux plantes des pieds, elle doivent faire évoquer un seul diagnostic : celui de la syphilis .La saillie des papules peut devenir énorme (syphilides tubéreuses) ou devenir végétante, en particulier dans les plis.

Les papules peuvent s'ulcérer, mais c'est rare. Des croûtes peuvent alors remplacer les squames.

B-2-2 Syphilides impétigineuses

Les éléments plus ou moins vésiculeux se recouvrent d'une croûte mélicérique. Mais sous la croûte apparaît une papule indurée.

B-2-3 Syphilides lichénoides

Les papules de petite taille non squameuses peuvent simuler le lichen d'autant plus facilement qu'elles peuvent siéger sur les avant bras comme le lichen et que le lichen peut siéger ailleurs que sur les avant bras, en particulier sur le gland et sur les muqueuses buccales.

B-2-4 Syphilides psoriasiformes

Le diagnostic est parfois très difficile, le psoriasis est souvent circiné et annulaire comme la syphilis. Il peut également atteindre les organes génitaux.

C'est la coexistence de lésions différentes, infiltrées, de lésions génitales ou muqueuses et surtout de lésions palmoplantaires qui permettront d'évoquer plutôt la syphilis.

B-2-5 Autres aspects

Toutes lésions dermatologiques élémentaires peuvent être reproduites par la syphilis :

- des syphilides pigmentaires, purpuriques, bulleuses, vésiculeuses et eczématoides.

II-2 LA PHASE DE COMPLICATION (16) (17) (18)

A- Syphilis tertiaire

Le germe après sa pénétration se dissémine très rapidement dans tout l'organisme. Il provoquera ensuite, successivement, des lésions diverses mais, dès les tout premiers stades de la maladie, il se fixe là où quelques années plus tard se développera la lésion tertiaire.

A-1 Syphilis tertiaire nerveuse

Sa date d'apparition semble retardée. Les formes frustres sont très augmentées par rapport aux tableaux complets classiques.

1) La méningo-encéphalite diffuse ou paralysie progressive (16)

(17)

a) Période de début

Classiquement entre la 6^e et la 12^e année après le chancre 'apparaissent les premiers symptômes. Actuellement, ce délai est retardé. Le début est habituellement progressif. C'est d'abord un changement du caractère soit un état d'excitation, soit une dépression.

Il s'y associe :

- un état hypochondriaque, des céphalées
- une diminution de l'aptitude au travail compliqué
- une perte du sens moral
- un affaiblissement intellectuel
- une légère euphorie
- un défaut de jugement
- une modification du comportement social
- une dépression
- un état de démence globale

L'entrée dans la maladie est parfois brutale par un ictus hémiplégique, une crise comitiale ou une amaurose.

b) Période d'état

- Signes psychiatriques

Le malade est dans un état de démence globale. On retrouve les signes psychiatriques de la période de début :

- un affaiblissement intellectuel global
- une diminution du sens moral ;
- une expansivité du caractère ;
- une jovialité, euphorie ;
- une tendance à la mégalomanie ;
- une perte de la mémoire et des notions élémentaires

- Signes neurologiques

- * des tremblements, dysarthrie
- * un signe d'Argyll Robertson. C'est l'abolition du réflexe pupillaire d'accommodation à la lumière. (18)
- * un myosis et une anisocorie sont pratiquement constants et associés au signe d'Argyll.
- * une abolition des réflexes ostéotendineux. Le réflexe rotulien est le plus fréquemment aboli : signe de Westfall.

= Le tabès

Il apparaît souvent 12 à 20 ans après l'infection non traitée ou mal traitée et se manifeste par les signes suivants :

- une abolition des réflexes rotuliens et achiliens. Cette abolition peut être unilatérale, ne touche qu'un seul réflexe
- une abolition du réflexe pupillaire à la lumière
- un signe de ROMBERG. C'est l'impossibilité pour le malade de garder l'équilibre en position debout, les pieds joints et les yeux fermés (18)
- une hypotonie musculaire et une hyperlaxité ligamentaire

A-2 Les lésions tertiaires cutanées et muqueuses

Comme les autres formes de tertiariisme, les atteintes cutanées et muqueuses sont devenues fortes.

1) Clinique

a) Les syphilides tertiaires hypodermiques : les gomme

Elles se développent classiquement après 10 années. Actuellement, elles se développent plus tardivement.

- Siège

Elles peuvent siéger n'importe où sur les téguments, mais avec prédilection sur les jambes ; le dos et le visage.

Sur les muqueuses, c'est le voile du palais qui est le plus souvent lésé, mais aussi la langue et les joues. Les gomme du voile du palais étaient plus fréquentes que les gomme cutanées.

- L'évolution

Une évolution particulière des gomme est leur transformation en tumeur mucineuse, l'ulcération est alors plus rare, le tissu gommeux se surcharge en mucopolysaccharides. La gomme devient parfois une vaste tuméfaction de consistance molle, où la ponction peut trouver un liquide filant, collant.

- Diagnostic

Les gomme syphilitiques ne sont pas faciles à diagnostiquer. On peut les confondre avec la sporotrichose, les ulcères variqueux, la tuberculose cutanée.

2) Les syphilides tertiaires dermiques : *tubercule* (19) (20)

La lésion élémentaire est ici le tubercule, il siège dans le derme : c'est une papulonodule de 5 à 20 mm, de diamètre, enchâssée dans le derme, dur. C'est une élevure bien limitée, rouge cuivrée, lisse, tendue, parfois un peu squameuse. Ces tubercules sont disséminés, souvent groupés, dessinant des images circinées.

Il est rare que les tubercules gardent ces caractères, leur évolution normale est l'ulcération, puis la cicatrisation avec atrophie, ou l'incrustation d'une croûte qui peut devenir dans certains cas hypertrophique : C'est *le Rupia syphilitique*

3) Les leucoplasies (19)

Sur les muqueuses buccales, la forme tertiaire la plus banale est la leucoplasie simple métaplasie localisée de la muqueuse, transformation qui peut être une source de cancérisation. La leucoplasie peut recouvrir un chorion inflammatoire où la maladie au lieu d'aboutir à la destruction, aboutit à la sclérose, c'est *la glossite sclérogommeuse*.

A-3 Les lésions osseuses tertiaires

La localisation osseuse du tréponème commence très tôt, dès la phase secondaire où il est courant de noter des douleurs osseuses diffuses à prédominance nocturne et des douleurs articulaires.

A la radio, on ne voit généralement presque rien, parfois de légères densifications périostées, ailleurs, dans de rares cas, des ostéolyses, en particulier au niveau des os du crâne.

Au niveau des articulations, il en est de même, aux arthralgies de la phase secondaire, fugaces, sans signes radiologiques, on peut opposer les arthropathies tabétiques siégeant en particulier au genou. Le stade secondaire est douloureux, le stade tertiaire ne l'est plus alors que les délabrements

deviendront considérables, comportant à la fois : ostéolyse et hydarthrose, associées à une hyperlaxité ligamentaire.

Une localisation particulière est l'atteinte de l'articulation sterno claviculaire

A-4 La syphilis tertiaire cardiovasculaire (20)

Elle met une vingtaine d'années pour se développer :

- syphilis du myocarde : très rare et discutée à type de myocardite et diffuse
- syphilis des gros vaisseaux : caractérisée par
 - * au stade de latence : - pas de signes fonctionnels
 - mais un deuxième bruit éclatant
 - * au stade clinique : - une sténose coronarienne ostiale
 - une insuffisance aortique
 - un anévrysme aortique

III- DIAGNOSTIC D'UNE SYPHILIS (21) (22)

III-1 Diagnostic direct

Mise en évidence au microscope à fond noir du tréponème pallidum à partir de prélèvement de sérosité effectué à l'aide d'un vaccinostyle au niveau du chancre, de plaques muqueuses ou de syphilide.

III-2 Diagnostic sérologique

- **Réaction à antigène lipidique non spécifiques** : Le VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) et le RPR (Rapid Plasma Réagine) mettent en évidence les réagines. Ils constituent de bons tests de dépistage utiles pour le diagnostic et le suivi de la syphilis symptomatique précoce et pour le dépistage d'éventuelle réinfection.
- **Réactions à antigène spécifique** :

* Le TPHA est une réaction d'hémagglutination passive dans laquelle l'antigène est un lyophilisant de tréponème pallidum fixé sur les hématies de mouton.

* La réaction d'immunofluorescence indirecte (FTA) : sa spécificité est accrue par une réaction d'absorption préalable (FTA Abs)

* Le test de Nelson ou test d'immobilisation des tréponèmes met en évidence des immobilisines.

- Réactions sérologiques selon le stade

* Dans la syphilis primaire : L'immuno fluorescence se positive au 10^e jour, le TPHA entre le 15^e et le 20^e jour, le test de Nelson et de VDRL à la fin de la phase primaire. En cas de réinfection, toutes les réactions sont positives précocement.

* Dans la syphilis secondaire, toutes les réactions sont positives.

* Dans la syphilis tertiaire, les tests peuvent être faiblement positifs voir négatifs (dans 20% des cas) : seul le test de Nelson est fortement positif.

* Dans la syphilis congénitale précoce, toutes les réactions sont positives.

Le test FTA-Abs avec la recherche de IgM permet de distinguer, chez un nouveau né asymptomatique, la syphilis authentique du transport passif transplacentaire des anticorps maternels.

La surveillance d'une syphilis traitée se fait à l'aide du VDRL et du TPHA, effectués 3 à 6 mois après le début du traitement, puis de façon annuelle. Une réascension du VDRL signe une réinfection.

a) Interprétation de la sérologie de la syphilis chez l'adulte (23) (24)

Le VDRL et TPHA sont 2 réactions demandées en pratique courante schématiquement, on est confronté à quatre situations sérologiques.

- VDRL et TPHA négatifs : Il n'y a pas de syphilis sauf en cas de contamination récente de 3 semaines et dans ce cas, il faut faire un FTA-Abs avec recherche d'IgM ou une deuxième sérologie, trois semaines plus tard.

- VDRL et TPHA positifs : En l'absence de signes clinique ou d'anamnèses, pouvant faire évoquer le stade de la syphilis, la valeur qualitative

du VDRL et du TPHA permet schématiquement d'estimer le stade d'infection : en cas de suspicion de syphilis tertiaire, les taux de TPHA et de VDRL sont positifs, sans valeur caractéristique : C'est l'indication de réaliser un test d'immobilisation des tréponèmes alors très positif.

- VDRL positif et TPHA négatif

Il s'agit d'une réaction, faussement positive, il faut rechercher : la dysglobulinémies, la cirrhose, le lupus érythémateux aigu disséminé, la sclérodermie, la parasitose, la grossesse, le tréponématose, non syphilitique (recherche du tréponème sur le prélèvement des lésions).

- VDRL négatif et TPHA positif : il s'agit

* soit d'une cicatrice sérologie d'une syphilis connue ou non

* soit d'une syphilis débutante

*soit d'un exceptionnel faux positif du TPHA (lupus érythémateux disséminé). En l'absence d'anamnèse, il faut avoir recours à un FTA-Abs de manière à distinguer une syphilis d'une fausse positivité.

b) Evolution du titre des anticorps (23) (24) (25)

Le titre des anticorps est la plus grande dilution du sérum d'un malade donnant une réaction positive.

= Syphilis primaire

Les anticorps détectés par FTA-Abs apparaissent les premiers, 5 à 8 jours après le chancre, soit environ un mois après le contage.

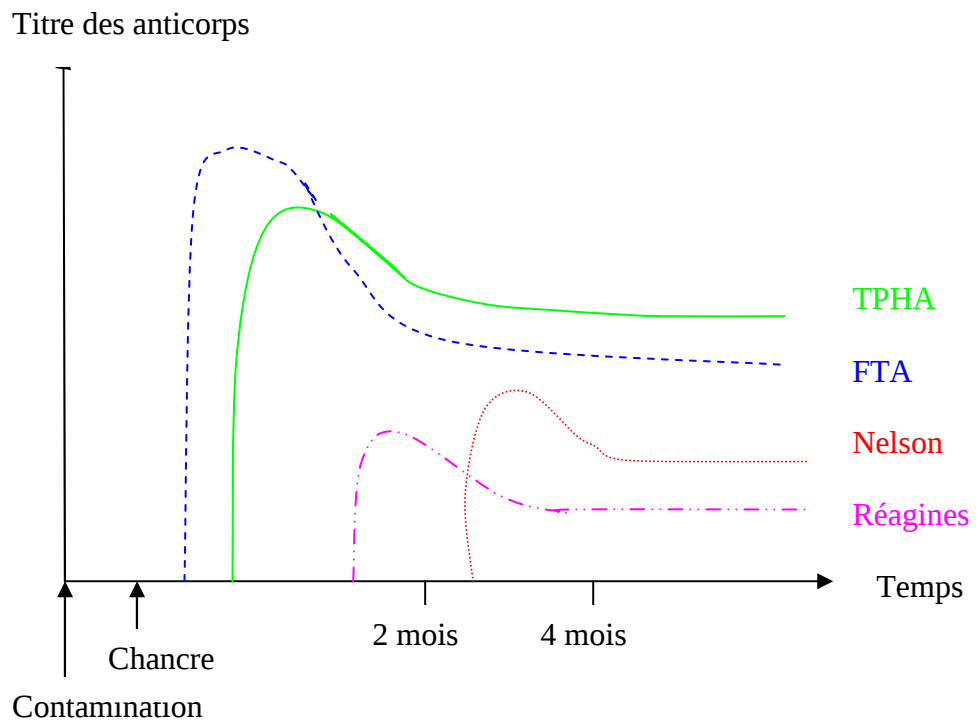


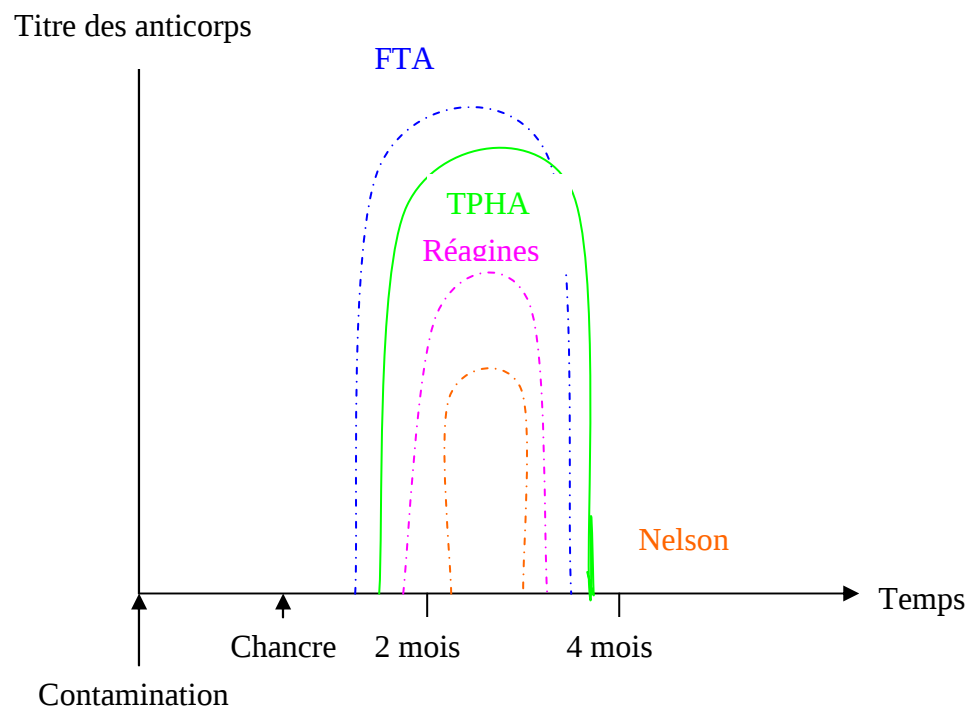
Figure N°01 : EVOLUTION DU TITRE DES ANTICORPS DANS UNE SYPHILIS NON TRAITEE SELON LES TYPES D'EXAMEN SEROLOGIQUE

Le TPHA devient positif environ 12 jours après le chancre.

Les réagines, détectés par le Kline ou le VDRL, apparaissent environ 120 jours après le chancre, soit 5 à 6 semaines après le contage.

Après un traitement précoce, les anticorps se négativent en quelques semaines.

Les immobilisines, détectées par le test de Nelson, peuvent ne pas se positiver.



**Figure N°02 : EVOLUTION DU TITRE DES ANTICORPS
DANS UNE SYPHILIS TRAITEE SELON
LES TYPES D'EXAMEN SEROLOGIQUE**

= Syphilis secondaire

Toutes les réactions sont fortement positives. Les immobilisines apparaissent au début de la période secondaire, environ deux mois après le contage. Les anticorps sont les derniers à se négativer sous l'effet du traitement.

= Syphilis congénitale

Les tréponèmes peuvent franchir la barrière placentaire. La naissance d'un enfant d'une mère ayant une sérologie positive impose une étude sérologique du sang du cordon. La différenciation des IgG et des IgM fait la preuve d'une syphilis congénitale. Les IgG ne franchissent pas le placenta, elles ont donc été élaborées par le nouveau né infecté. Les IgM franchissent le placenta. Il peut donc s'agir d'anticorps transmis passivement par la mère. Si l'enfant n'est pas contaminé, ces anticorps qui lui ont été transmis disparaissent en quelques mois.

= Anticorps dans le LCR (24)

Des anticorps peuvent être trouvés dans le LCR lors de la syphilis nerveuse et parfois lors de la période secondaire. Leur titre est toujours inférieur à celui des anticorps sériques.

IV- SYPHILIS ET GROSSESSE (26) (27)

IV-1 Physiologie

C'est une syphilis transmise par la mère au fœtus, par voie transplacentaire classiquement au cours de la deuxième moitié de la grossesse.

- Avant le 5^e mois de la grossesse, les deux couches cellulaires du placenta (couche externe syncytiale et couche interne cubique où couche de Langhans) restent infranchissables par les tréponèmes. Mais Harter a démontré l'infestation possible du fœtus à partir du 3^e mois de la grossesse. Une couche

de Langhans normale n'empêche donc pas le passage des tréponèmes mais les manifestations pathologiques chez le fœtus avant le 4^e et 5^e mois ne sont pas observées, très certainement du fait de son immaturité immunologique.

- Le passage a lieu à partir du 5^e mois de grossesse, c'est-à-dire, après la disparition de la couche de Langhans et l'amincissement de la couche syncytiale mettant en contact plus intime les lacs sanguins maternels et les capillaires du fœtus.

IV-2 Mode de contamination de l'enfant (27) (28)

L'enfant est en pratique contaminé par la mère syphilitique, à partir de la deuxième moitié de la grossesse.

a) Contamination intra-utérine

* La syphilis maternelle doit être active. En effet, des tréponèmes vivants et circulants doivent venir au contact du placenta et y traverser. Cette situation est rencontrée, soit à la phase primaire de la syphilis, soit au cours de la septicémie syphilitique secondaire, soit lors d'une syphilis tertiaire réactivée, ce qui est discutée.

* La contamination intra-utérine est postérieure au 4^e-5^e mois car le passage des tréponèmes à travers les villosités choriales n'est possible qu'après l'atrophie de la barrière placentaire et la disparition de la couche de langhans. Ce qui survient après le 4^e-5^e mois.

* La contamination germinale, c'est-à-dire celle du spermatozoïde par le tréponème paraît devoir être éliminée.

c) Contamination obstétricale

C'est la rarissime possibilité d'une contamination en cours d'accouchement du fait d'une infection génitale récente de la mère.

d) Contamination post natale

Le nourrisson comme l'enfant peut être contaminé par une personne où un objet infectant. Le point d'inoculation est bucco pharyngé ou tégumentaire.

IV-3 Diagnostic clinique de la syphilis et grossesse (29) (30)

A- Syphilis congénitale

C'est une syphilis transmise par la mère au fœtus, par voie transplacentaire, classiquement, au cours de la deuxième moitié de la grossesse. C'est une maladie active, septicémique d'emblée : le tréponème pâle étant incapable d'altérer les gènes, le terme d'hérédo syphilis doit donc être totalement abandonné.

A-1 Syphilis fœtale (29)

Selon la précocité et l'importance des lésions fœtales, la syphilis provoque :

- soit la mort tardive du fœtus (6^e, 8^e mois) expulsé à terme ou avant terme : C'est le fœtus plus ou moins macéré et en anasarque suivi d'un énorme placenta.
- soit la mort de l'enfant à terme
- surtout des accouchements prématurés

A-2 Syphilis congénitale précoce (30)

C'est un enfant qui naît porteur de lésions syphilitiques :

- soit une forme sévère, massive : nouveau né fébrile, anémique, avec lésions cutanées, rénales, hépatiques, méningées. La mortalité est élevée malgré le traitement.
- soit plus souvent atteinte limitée : dissociée, d'emblée, ou apparaissant progressivement chez le nouveau né apparemment indemne primitivement.

Elle est de pronostic meilleur et c'est devant certains signes viscéraux et cutanéomuqueux qu'il faut penser à la syphilis congénitale.

Les localisations sont multiples : cutanées, osseuses, viscérales.

a) Les lésions cutanéomuqueuses

Elles sont identiques à celle de la syphilis secondaire acquise de l'adulte. Elles se présentent, comme :

§- une pemphigus palmo-plantaire : bulles à sérosité louche ou hémorragique, fourmillant de tréponème apparaissant sur des maculopapules rouge cuivrées

§- une éruption maculeuse roséoloforme ou papule

§- un périonyxis inflammatoire

§- un coryza syphilitique apparaissant à la 2^e au 3^e semaine, parfois plus tardivement jusqu'au 4^e mois. Il peut s'accompagner d'une destruction du cartilage nasal, ce sera le nez en lorgnette.

b) Les lésions osseuses

Très souvent latentes, leur expression majeure est la pseudo paralysie de Parrot qu'on observe chez les enfants de moins de 3 mois. Cette pseudo paralysie atteint un membre ou les quatre, elle s'accompagne d'un œdème épiphysaire.

Les signes radiologiques sont :

- une ostéochondrite métaphysaire
- une périostite ossifiante
- des images lacunaires : sur les os longs mais en particulier sur le bord interne de l'extrémité tibiale supérieure.

c) Les lésions viscérales et nerveuses

- une hépatite syphilitique précoce pouvant se manifester par un gros foie, parfois associée à un syndrome d'hypertension portale ou un ictère.
- une splénomégalie fréquente
- une atteinte rénale
- une atteinte méningée latente décelée à la ponction lombaire
- une atteinte sensorielle.

-3 Syphilis congénitale tardive

Le nouveau né n'affiche pas sa maladie, qui reste latente et se manifeste plus tard. Il peut s'agir de lésions évolutives de syphilis tertiaire, où prédominent les manifestations sensorielles, par des cicatrices des lésions méconnues au cours de la syphilis congénitale précoce : << **Stigmates** >>.

Ces manifestations de syphilis congénitale tardive associées où isolées apparaissent entre 5 et 15 ans, parfois plus tardivement, jusqu'à 30 ans.

a) Atteinte sensorielle

- une kératite interstitielle diffuse uni ou bilatérale. C'est d'abord une opacification de la cornée.
- une surdité bilatérale : d'apparition brutale, définitive due à des lésions de l'oreille interne et d'une neuro labyrinthite. C'est une baisse de l'acuité auditive pour tous les sons, avec relative conservation de la perception osseuse.

b) Signes ostéo articulaires :

Le tibia, le crâne, les fosses nasales sont plus fréquemment atteints. Il s'agit d'hyperostose, en particulier sur le tibia qui prend l'aspect d'une lame de sabre, de raréfaction.

c) Atteinte neurologique

Elle n'est pas exceptionnelle : méningite tardive ; ostéite syphilitique responsable d'épilepsie, myélite syphilitique.

- Des gommes : en particulier celle du voile du palais, grave
- Des stigmates : caractérisés par les malformations dentaires :
 - La dent d'HUTCHINSON : Les incisives médianes supérieures sont rétrécies à leur collet, arrondies aux angles, échancrées en

lunule à bord libre. Leur axe est souvent dévié ou tordu sur lui-même.

- Dent en bourse : atteint la première grosse molaire dont la base est de taille normale, les pointes atrophiées.

B- Retentissement de la syphilis sur la grossesse (30) (31)

Certains enfants de mère syphilitique non traitée peuvent être indemnes d'autres non, et c'est de façon imprévisible et même, chez des jumeaux dizygotes, un seul enfant peut être atteint. Ces conséquences possibles de la syphilis sur la grossesse sont les suivants :

- l'avortement tardif de 5^e mois : classiquement peu hémorragique, précédé d'une phase de rétention
- l'accouchement prématuré : sans corrélation avec la syphilis sauf lorsque celle-ci entraîne la mort du fœtus, sa rétention puis son expulsion prématurée.
- la mort fœtale in utero avec macération fœtale consécutive à la rétention (les viscères de l'enfant portent des lésions de la syphilis, le tréponème y est parfois décelé).
- l'atteinte des annexes : le placenta est volumineux, lourd, œdémateux, pâle, avec de gros cotylédons, friables.

C)-Retentissement de la syphilis sur le fœtus

Ce sont :

1) La mort in utero et macération

Cette mort du fœtus in utero aboutit à la naissance de fœtus macéré. Sa fréquence est variable suivant la syphilis, récente évolutive ou ancienne. Une étude sur 150 cas de grossesses syphilitiques à sérologie positive au début ou dans les mois qui précèdent la grossesse révèle :

- 9 morts in utero soit 6%

- 2 malformations
- 5 décès dans les jours suivant la naissance.

Une autre étude a montré que sur 107 cas de grossesses syphilitiques, on a trouvé trois cas de fœtus morts in utero et expulsés macérés.

2) Fœtus mort né

Se présente avec des lésions tégumentaires et viscéraux multiples survenant le plus souvent chez une mère syphilitique récente découverte pendant la grossesse et présentant des lésions secondaires évolutives. Deux éventualités peuvent se présenter :

- soit le fœtus meurt pendant le travail
- soit, il décède d'une malformation congénitale le jour suivant la naissance.

3) Les fœtus nés vivants à terme ou prématuré

* Syphilis congénitale précoce

Il survient dès la naissance jusqu'à 2 ans, l'enfant présente :

- un signe cutanéomuqueux, coryza bilatéral épais tenace, avec fissures des narines et des lèvres.
- des syphilides papulo squameuses, fissuraires, érosions péri-orificielles, sur les plis de flexion, les paumes des mains et plantes des pieds avec splénomégalie, hépatomégalie, syndrome néphrotique, le plus souvent une atteinte oculaire grave.

* Syphilis congénitale tardive

Il est plus rare actuellement survenant après 2 ans, le plus souvent entre 5 à 10 ans. Elle comprend une syphilis tertiaire polyviscérale. Les stigmates sont nombreux :

- la **triade d'Hutchinson** :
 - Anomalie dentaire
 - Kératite interstitielle
 - Surdité
- les lésions **oculaires : iridocyclite**

IV-4 INTERACTION VIH SYPHILIS ou INFECTION SYPHILIS et VIH (32) (33) (34)

La découverte d'une syphilis vénérienne doit faire rechercher systématiquement l'infection par le VIH.

- * Le chancre syphilitique favorise la contamination par le VIH sexuellement transmis
- * L'infection VIH aggrave la symptomatologie de la syphilis.
- * Les réactions sérologiques syphilitiques sont majorées en cas de co infection
- * L'infection VIH est un facteur de fausses réactions syphilitiques positives
- * La sensibilité aux antibiotiques (et notamment celle de l'érythromycine et de la doxycycline) est diminuée en cas de co infection.

V- TRAITEMENT (35) (36)

V-1-Antibiotiques utilisés

- La pénicilline G est l'antibiothérapie de référence, bactéricide, toujours efficace à condition que la pénicilline, soit correctement adaptée (< 0,03 mg /l) pendant un temps suffisant (10 jours). En respectant ces principes, toutes les pénicillines peuvent être employées mais la préférence va aux pénicillines moyennes retard avec ou sans procaine.
- La BIPENICILLINE (pénicilline G + pénicilline G procaine)
- La BICLINOCILLINE simple (Bénéthamine pénicilline+ pénicilline G) avec ou sans procaine est efficace en 48 heures.
- Les autres antibiotiques, macrolides et cyclines, sont utilisés chez les sujets allergiques à la pénicilline.

V-2-La conduite pratique du traitement

a) Syphilis primaire

- EXTENCILLINE : une injection unique de 2,4 M (1,2M dans chaque fesse). Evaluation clinique et sérologique trois et six mois plus tard. Le titre sérologique doit décroître, mais ne se négative pas systématiquement.

b) Syphilis secondaire

- EXTENCILLINE 2,4 M : 1 IM par semaine pendant 3 semaines
- ou BICLINOCILLINE : une injection IM par jour pendant 15 jours
- En cas d'allergie à la pénicilline (grossesse exceptée) : DOXYCYCLINE per os 200 mg/jour pendant 15 jours.
- L'ERYTHROMYCINE ou la Ceftriaxone peuvent être utilisées.

La surveillance de la sérologie se résume à celle de VDRL quantitatif à 3, 6, 12 et 24 mois. Il doit diminuer d'un facteur en 4 à 3 mois et en 8 à 6 mois. Le VDRL réaugmentera en cas de réinfection.

c) Syphilis tertiaire sans atteinte neurologique

- EXTENCILLINE 2,4 M : 1 million par semaine pendant 3 semaines. Faire une ponction lombaire du LCR en cas de signe neurologique, d'une séropositivité VIH, VDRL très élevé, ou d'un échec thérapeutique. En cas d'allergie à la pénicilline, même protocole que la syphilis secondaire pendant quatre semaines.

d) Syphilis tertiaire avec atteinte neurologique

- PENICILLINE G : 2 à 4 millions toutes les 4 heures en perfusion intraveineuse pendant 15 jours. En cas d'allergie à la pénicilline faire accoutumance (désensibilisation) à la pénicilline.

e) Femme enceinte

- En cas d'allergie à la pénicilline : ERYTHROMYCINE 500mg 4 fois par jour pendant 15 jours.
- Traitement systématique de l'enfant à la naissance.

f) Syphilis chez le patient contaminé par le VIH positive

- Syphilis primaire ou secondaire : EXTENCILLINE 2,4 M dont une injection en intra musculaire par semaine pendant 3 semaines.
- Surveillance sérologique : 1, 2, 3, 6, 9, et 12 mois après le traitement.

- Ponction lombaire systématique en cas de syphilis secondaire ou tertiaire. Le LCR est à contrôler ensuite s'il existe une anomalie initiale.

V-3 Traitement de la syphilis de l'adulte (37) (38)

Selon la recommandation de l'OMS

a) Syphilis précoce < 1 an

- Benzathine benzylpénicilline : EXTENCILLINE à la dose de 2,4 millions UI en intra musculaire (3 injections)
- ou Pénicilline G procaine : BIPENICILLINE : à la dose de 1 million UI par jour en intra musculaire pendant 10 jours.
- ou en cas d'allergie à la pénicilline : DOXYCYCLINE ou ERYTHROMYCINE 500mg, 4 fois par jours pendant 15 jours.

b) Syphilis tardive > 1 an

- EXTENCILLINE à la dose de 2,4 millions UI en intra musculaire dont 3 injections à une semaine d'intervalle ou BIPENICILLINE à la dose de 1 million IU par jour en intra musculaire pendant 15 jours.
- ou ERYTHROMYCINE 500mg, 4 fois par jour pendant 15 jours.

c) Neuro syphilis

- PENICILLINE G à la dose de 14millions UI par jour pendant 15 jours.
- Le traitement nécessite la désensibilisation à la pénicilline.

V-4 Surveillance du traitement

Une réaction d'HerxHeimer peut apparaître dans les heures qui suivent le début du traitement antibiotique. Elle se manifeste par de la fièvre, une éruption, des polyadénopathies et une chute de la pression artérielle. Elle semble due à une

réaction allergique secondaire à la libération de constituants du corps bactérien lors de la lyse des tréponèmes.

Après traitement, les anticorps diminuent d'autant plus rapidement que le traitement est précoce. Les réagines sont les premières influencées par le traitement, d'où l'intérêt de leur titrage pour suivre l'efficacité du traitement.

V-5 Mesures préventives (39)

Si la femme enceinte est sérologiquement positive : Traiter la femme et ses partenaires. En plus, il faut la conseiller d'adopter des comportements qui diminuent les risques d'infection, entre autres d'utiliser des préservatifs et enfin, l'éducation des ses partenaires s'avère indispensable.

DEUXIEME PARTIE : ETUDES PROPREMENT DITE

PREVALENCE DE LA SYPHILIS DES FEMMES EN CONSULTATIONS

PRE-NATALE au CSBII D'ISOTRY en 2001-2002

I- OBJECTIF DE L'ETUDE

I-1 Objectif Général

Notre objectif est de déterminer la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes dans le centre de santé de Base niveau II d'Isotry.

I-2 Objectifs Spécifiques

Nos objectifs spécifiques consistent à :

- déterminer les facteurs pré disposants qui peuvent influencer le taux de prévalence chez les femmes enceintes,
- ensuite, déterminer les facteurs facilitateurs qui peuvent influencer également le taux de prévalence chez les femmes enceintes.
- Enfin, déterminer les facteurs de renforcement qui peuvent influencer le taux de prévalence chez les femmes enceintes.
- Formuler des recommandations.

II- CADRE DE L'ETUDE

II-1 Situation géo démographique du CSB II d'Isotry et de son secteur sanitaire

Le secteur sanitaire du CSB II d'Isotry se trouve dans le 1^e arrondissement de la ville d'Antananarivo et se distingue par sa grandeur.

En effet, il comporte 14 Fokontany dont :

- 1- FKT Ambalavao Isotry
- 2- FKT Ampefiloha
- 3- FKT Andavamamba Anatihazo I
- 4- FKT Andavamamba Anatihazo II
- 5- FKT Andavamamba Anjezika II
- 6- FKT Anatihazo Isotry
- 7- FKT Andranomanalina
- 8- FKT Ampatsakana Isoraka
- 9- FKT Manarintsoa Atsinanana
- 10- FKT Manarintsoa Anatihazo
- 11- FKT Manarintsoa Centre
- 12- FKT Cité Gare
- 13- FKT Ambohitsirohitra
- 14- FKT Manarintsoa Anatihazo

Il est limité :Au nord Ouest par la commune d'Ambohimananarina

- Au sud par le 4^e arrondissement
- Au nord et à l'Est par le 3^e et 5^e arrondissement

La CSB II est implanté dans le Fokontany d'Ambalavao Isotry.

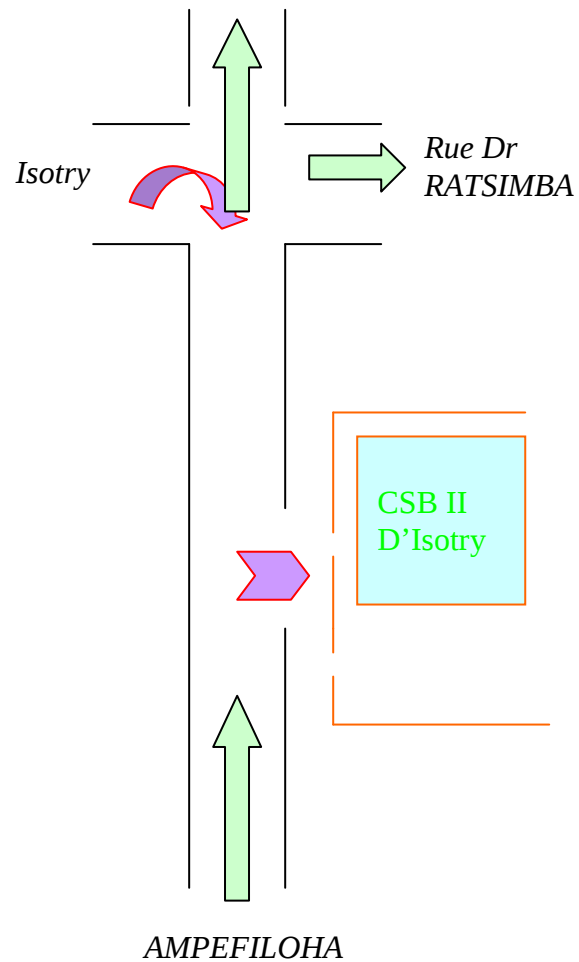


Figure N° 03 : TOPOGRAPHIE DU CSB II ISOTRY

Source CSB II Isotry Année 2001

Le secteur sanitaire compte 51.657 Habitants.

N° d'Ordre	Fokontany	Population
1	Andavamamba Anatihazo I	1420
2	Cité Gare	1479
3	Andavamamba Anjezika II	4881
4	Andranomanalina I	2420
5	Manarintsoa Isotry	932
6	Ambalavao Isotry	3322
7	Manarintsoa Anatihazo	2070
8	Andavamamba Anatihazo II	7204
9	Ampatsakana Isoraka	3200
10	Manarintsoa Afovoany	3134
11	Cité Ampefiloha	6019
12	Manarintsoa Atsinanana	5594
13	Ambohitsirohitra	1702
14	Anatihazo Isotry	5590
TOTAL :		51667

Tableau N° 01 : Répartition de la population par FKT

* Source FKT Isotry Année 2001

II-2 Situation économique

D'après un mini enquête que nous avons effectuée auprès du président du Fokontany d' Ambalavao Isotry, nous avons pu obtenir les résultats suivants :

- 74% des ménages pratiquent une profession libérale surtout celle du commerce au marché d'Isotry.
- Les 16% sont des salariés ou des fonctionnaires
- Et 10% sont des chômeurs.

II-3 Les services offerts au niveau du CSB II

a) Les activités de prévention et de promotion de la santé

Les services suivants sont disponibles au sein du CSB II

- * soins maternels et infantiles (pesée, vaccination, CPN)
- * planification familiale

- * IEC pour les IST/SIDA (en particulier concerne les prostitués)
- * IEC pour les autres programmes.

b) Les activités curatives

Les soins curatifs disponibles sont :

- * Consultation externe
- * Les soins infirmiers
- * Activités de Laboratoire (sérologie syphilitique, dépistage de la Tuberculose)

c) Autres activités particulières

D'autres activités particulières sont réalisées :

- * Dispensation des médicaments essentiels par le FANOME (Fandraisana Anjara No Mba Entiko) appelé << PFU>> auparavant.

Le centre ne dispose pas de maternité.

- * La prise en charge des tuberculeux : Le CSB II est un centre de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT).
- * Service administratif et financier.

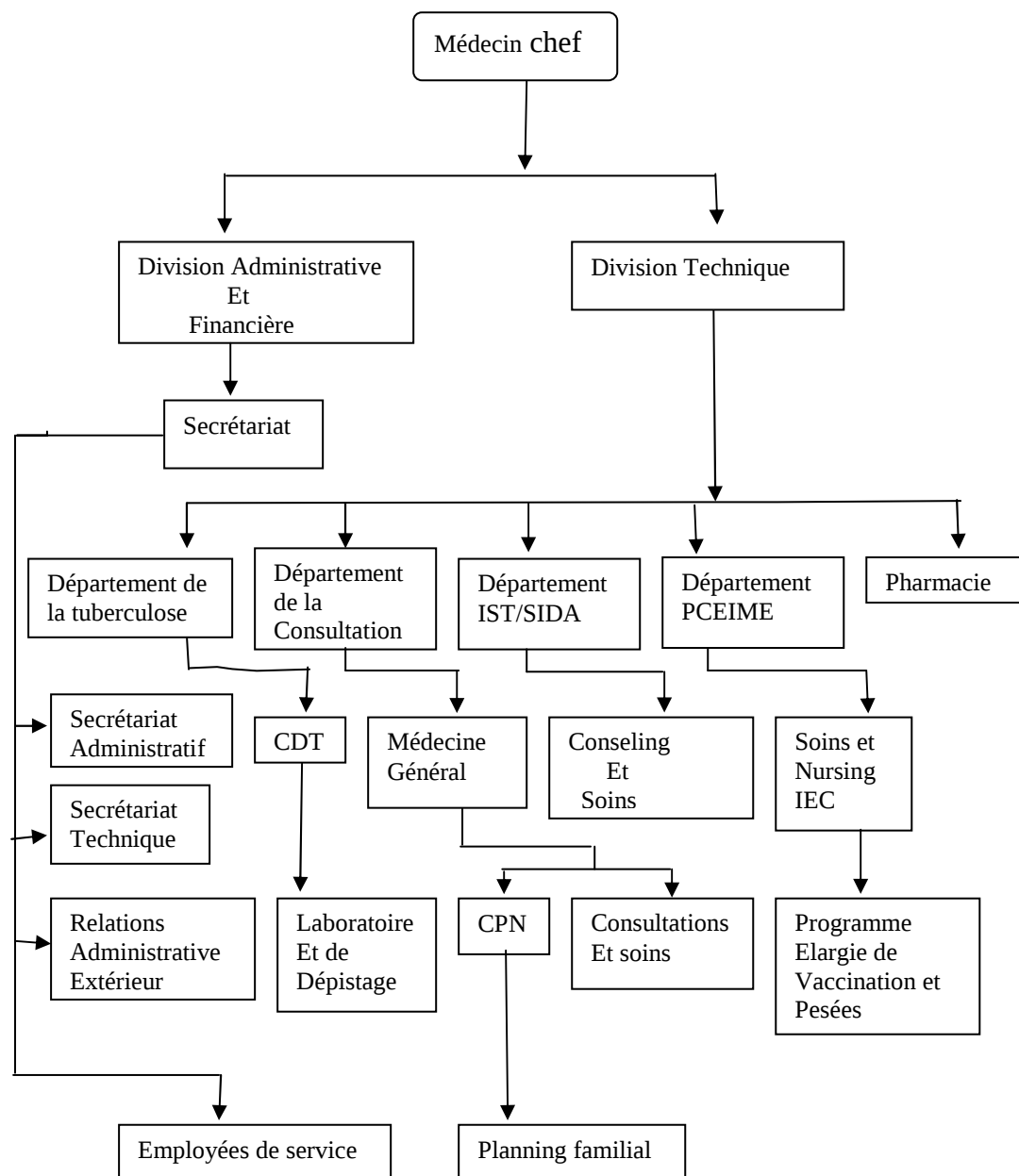
II-4 L'organigramme du CSB II

L'organigramme du CSB II est la suivante. Le CSB II est dirigé par un Médecin chef et comporte deux divisions :

- La division technique
- La division administrative et Financière

.

Figure N° 04 : Organigramme du CSB II d'Isotry



*Source CSB II Isotry Année 2001

I-5 La situation du personnel

Catégorie du personnel	Nombre
Médecin généraliste	4
Sage femme	5
Infirmière	5
Secrétaire	3
Servant	3
Employé de service	2

Tableau N° 02 : Répartition du nombre du personnel au CSB II

**Source CSB II Isotry Année 2001*

III- METHODOLOGIE

III-1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive simple par l'observation directe des données.

III-2 Population d'étude

Toutes les Femmes enceintes venues en consultation prénatale et ayant subi un test sérologique pour la recherche de syphilis dans le CSB II d'Isotry.

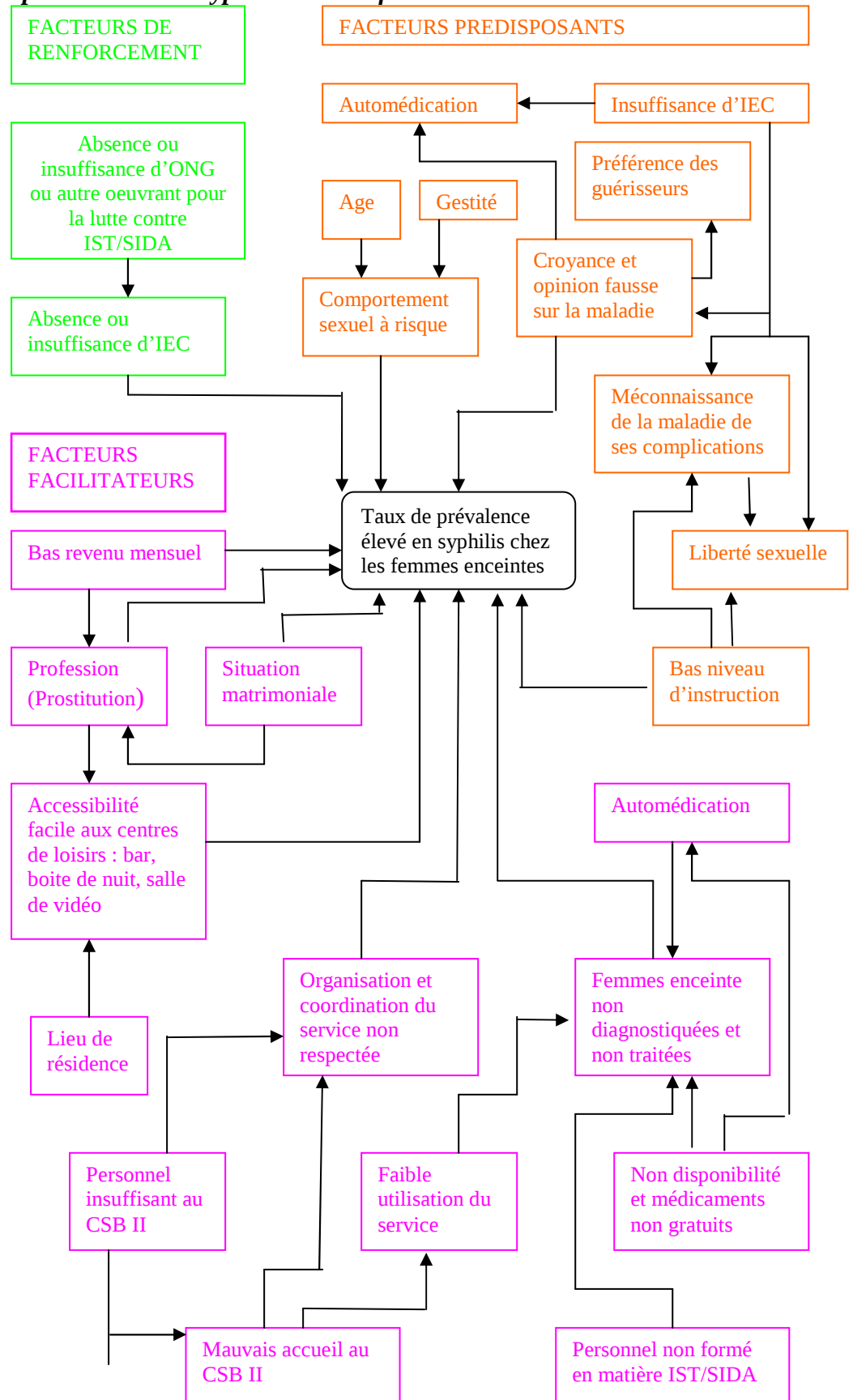
III-3 Critères d'exclusion

Elles sont exclues de cette étude, les Femmes enceintes venues en consultation prénatale mais qui n'ont pas bénéficié de test sérologique syphilitique.

III-4 Technique de collecte des données

a) **Elaboration du diagramme d'analyse des déterminants d'un taux de prévalence élevé en syphilis chez les femmes enceintes (en utilisant les facteurs du modèle PRECEDE) et les variables.**

Figure N°05 : Diagramme d'analyse des facteurs influençant le taux de prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes.



b) Elaboration du tableau des variables à utiliser dans l'étude.

Tableau N° 03 : Les variables à utiliser dans l'étude

OBJECTIFS	VARIABLES	INDICATEURS	TECHNIQUE DE COLLECTE
<u>Objectif général :</u> <i>Déterminer la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes dans le CSB II d'Isotry</i>	Fréquence de la syphilis chez les femmes enceintes	Taux de prévalence de la syphilis	Exploitation du registre de la CPN
<u>Objectif spécifique :</u> <i>1) Déterminer les facteurs prédisposant qui peuvent influencer le taux de prévalence chez les femmes enceintes</i>	âge	Pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon leurs tranche d'âge	Exploitation du registre de la CPN
	Gestité	Pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon la gestité	Exploitation du registre de la CPN
	Niveau d'instruction	Pourcentage des femmes enceintes : - de niveau primaire - niveau secondaire - Universitaire	Exploitation du registre de la CPN
	Connaissance de la maladie et des complications	Pourcentage des femmes enceintes qui connaissent la maladie : - le mode de transmission - Les complications	Exploitation de donnée et entretien avec les personnels
	Croyances et opinion sur la maladie	Pourcentage des femmes enceintes qui croient que la	Entretien avec les personnels

		syphilis est due à un mauvais sort	
		Pourcentage des femmes qui pratiquent une automédication	Entretien avec les personnels
		Pourcentage des femmes enceintes qui préfèrent aller chez les guérisseurs ou tradipraticiens	Entretien avec les personnels
	Situation matrimoniale	Pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon leur situation matrimoniale	Exploitation des données
	comportement sexuel	Pourcentage des femmes qui ont eu des rapports sexuels avec avant l'âge de 15 ans	Entretien avec les personnels
		Pourcentage des femmes qui pensent que les préservatifs protège contre les IST	Petite enquête
2) Déterminer les facteurs facilitateurs qui peuvent influencer le taux de prévalence chez les femmes enceintes	Catégorie de profession	Pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon les différentes catégories professionnelles	Exploitation des données
	Lieu de résidence	Pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon leur lieu de résidence	Exploitation des données
	Symptômes précoces	Pourcentage des femmes enceintes qui ont présenté des symptômes alarmants avant son test sérologique	Exploitation des données
	Type de cantre de loisirs	-Nombre de bar -Nombre de salle de jeu -Boite de nuit : << BAL TAFO	Petite enquête

		LANITRA>>	
	Distribution des préservatifs	Nombre de point de distribution des préservatifs	Petite enquête
	Revenue	Pourcentage des femmes qui ont un revenu < à 400.000fmg/mois	Entretien avec les personnels de santé
	Accueil	Pourcentage des consultations qui déclarent que l'accueil au niveau du CSB II est : - Bon - Assez bon - Mauvais	Petite enquête
	Performance du personnel	Pourcentage du personnel formé à la prise en charge des IST/SIDA	Entretien avec le Médecin chef
	Situation des Médicaments	Nombre de jours de rupture de stock en Médicaments : - Pénicilline benzanthine - Cotrimoxazole - Tétracycline - Amoxicilline - Cura 7 - Métronidazole - Doxycycline	Exploitation des données (Fiche de stock)
	Prise en charge des Médicaments au centre	Nombre de mois de gratuité du traitement	Exploitation des données et entretien avec le Médecin chef
3) Facteurs de renforcement	Partenaires	Nombre d'ONG et autres secteurs qui oeuvrent pour la prévention des IST/SIDA	Petite enquête au niveau des Fokontany et au niveau du CSB

d) **Recueil des données brutes** (en tenant compte des variables identifiés et des indicateurs)

- Exploitation des fiches d'enquête faite auparavant (il en existe au CSB II)
- Exploitation du registre de la CPN, des RMA (rapports mensuels d'activité) et des autres documents.
- Entretien avec les responsables du CSB II
- Mini enquête au niveau des Fokontany (communauté)

e) **Transformation des données en informations statistiques facilement exploitables (confection de tableaux graphiques, calcul des indicateurs)**

f) **Analyse des données et des informations**

Les résultats ont été traités par les logiciels Excel et par la comparaison manuelle des pourcentages observés afin de vérifier leur signification.

g) **Les commentaires, suggestions et recommandations**

Qui ont été fait en utilisant le modèle PRECEDE. (40) (41)

Sert à établir le diagnostic comportement, c'est-à-dire à analyser les comportements associés à un problème de santé. Ceci correspond, dans le modèle des déterminants de la santé, aux facteurs de risque plus particulièrement reliés aux habitudes de vie. Les auteurs du PRECEDE différencient ces << causes>> comportementales, des << causes >> non comportementales, reliées à l'environnement et à la technologie. Chaque comportement est ainsi analysé en regard de trois types de facteurs contributifs : prédisposant, facilitateurs et de renforcement. Prenons, à titre d'exemple, les facteurs expliquant le tabagisme chez les adolescents.

- **Les facteurs prédisposant** les jeunes à fumer sont, entre autres, leur manque de connaissances sur les effets physiologiques immédiats du tabac, leur croyance que la plupart des adolescents fument, leur goût d'émancipation. Les facteurs prédisposant sont donc des facteurs précédant le comportement. Ils incluent les connaissances, les attitudes, les croyances, les valeurs et les perceptions qui ont trait à la motivation d'un individu ou d'un groupe. Certaines variables démographiques, par exemple le statut socio économique,

l'âge, le sexe, la taille de la famille sont aussi des facteurs prédisposants ; ils ne font toutefois pas l'objet direct des programmes d'éducation sanitaire.

- **Les facteurs facilitateurs** sont aussi des facteurs qui précèdent le comportement. Ils incluent les habiletés personnelles et les ressources à l'accomplissement d'un comportement de santé. Les habiletés réfèrent à la capacité de l'individu d'accomplir une tâche. Les ressources en question sont les établissements et services de santé, le personnel, le matériel requis pour l'application d'une technique donnée. Font également partie de cette catégorie, les facteurs reliés à l'accessibilité, comme les coûts, la distance, le transport et les heures d'ouverture. Ainsi, l'accessibilité des points de vente et la non observance de la loi en regard de la vente de cigarettes à des moins de 16 ans sont deux facteurs facilitant le comportement tabagique chez cette population.

- **Les facteurs de renforcement** sont des facteurs sub séquents au comportement qui servent de récompense, d'incitatif ou de punition pour un comportement donné, contribuant à sa persistance ou à son extinction. Ils incluent autant des bénéfices sociaux que physiques, et peuvent être tangibles ou intangibles peuvent provenir de collègues, de pairs de superviseurs, de la famille ou d'amis. Ce support ou renforcement peut être positif ou négatif. Il en est ainsi de l'influence des pairs qui s'avère être déterminante pour les jeunes fumeurs.

Green utilise ces trois types de facteurs pour différencier les causes d'un comportement sanitaire ; il établit ainsi le diagnostic éducationnel de la population cible d'un programme d'éducation sanitaire. Nous pensons que ces mêmes facteurs peuvent être également utilisés pour l'analyse des comportements clés dans la problématique sanitaire à l'étude et plus encore pour l'opérationnalisation du programme. Connaître les facteurs prédisposants , facilitateurs ou de renforcement, qui contribuent, par exemple, au refus ou à l'acceptation d'un directeur d'entreprise d'installer un appareil plus sécuritaire, constitue un élément important dans l'établissement d'un programme de santé et de sécurité au travail. Le modèle PRECEDE nous permet d'obtenir cette information si on ne limite pas son utilisation à l'étude des populations cibles des programmes d'éducation sanitaire. Une application plus générale de ce

concept de facteurs contributifs aux comportements nous permet de mieux connaître les individus et les groupes décisionnels et, ainsi, de choisir des approches mieux adaptées aux situations. La classification des facteurs de risque par rapport à un cadre d'analyse, que ce soit celui des déterminants de la santé, que le modèle PRECEDE développé par Green ou tout autre modèle conceptuel, donne des indications claires sur les méthodes d'intervention à privilégier.

IV- RESULTATS ET INTERPRETATIONS

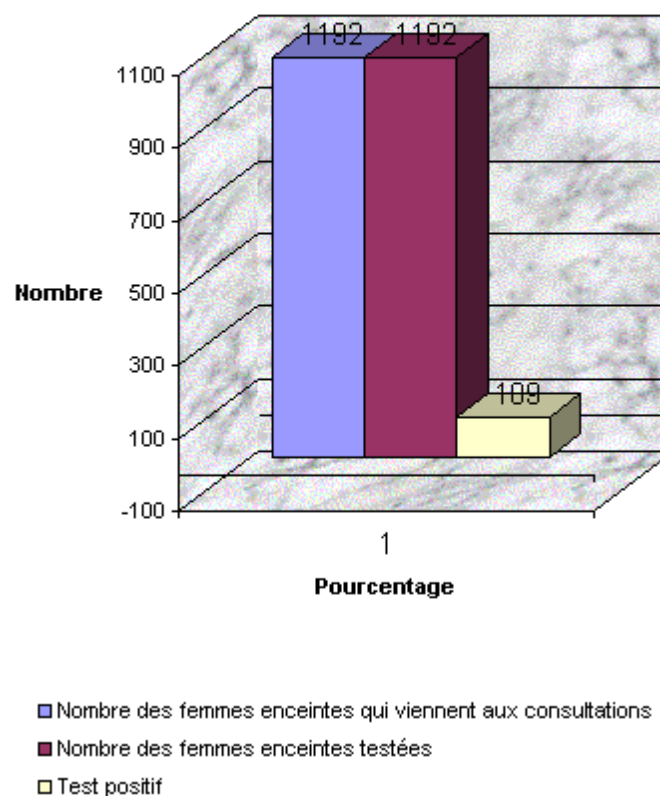
A- OBJECTIF GENERAL

A-1 Déterminer la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes dans le CSB II d'Isotry en 2001-2002.

Tableau N°04 : Fréquence de la syphilis chez les femmes enceintes à sérologie positive

Nombre des femmes enceintes qui viennent aux consultations	Nombre des femmes enceintes testées	Test positif	Pourcentage
1192	1192	109	9,14 %

Graphique N°1: Fréquence de la syphilis chez les femmes enceintes à sérologie positive



B- OBJECTIFS SPECIFIQUES

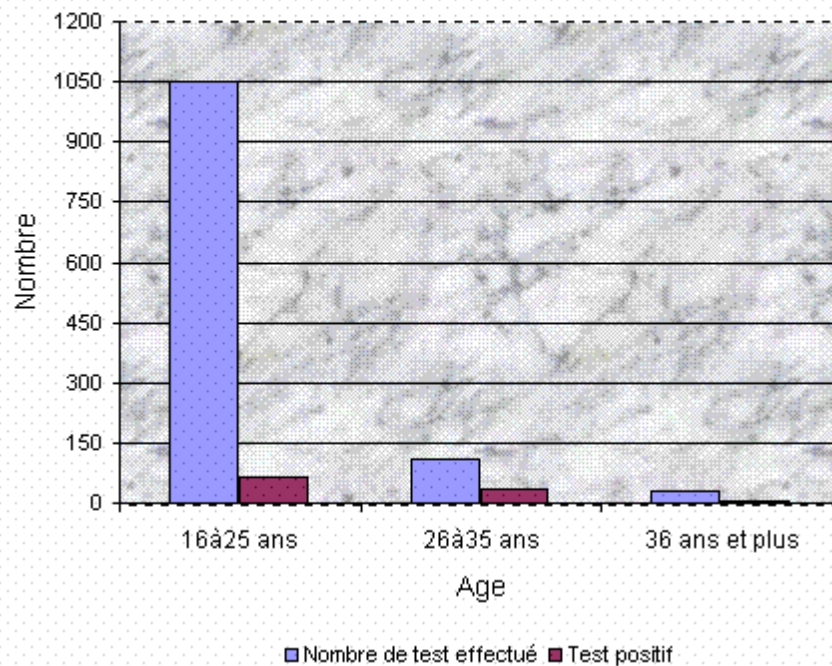
B-1- Déterminer les facteurs prédisposants qui peuvent influencer la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes

1) L'âge

Tableau N°05 : Pourcentage des femmes enceintes à sérologie Positive selon les catégories d'âge

Age	Nombre de test effectué	Test positif	Prévalence
16 à 25 ans	1050	67	6,38%
26 à 35 ans	112	35	31,25%
36 ans et plus	30	7	23,33%
Total	1192	109	9,14%

Graphique N°2: Pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon la tranche d'âge



La tranche d'âge la plus touchée est celle de 26 à 35 ans 31,25 %

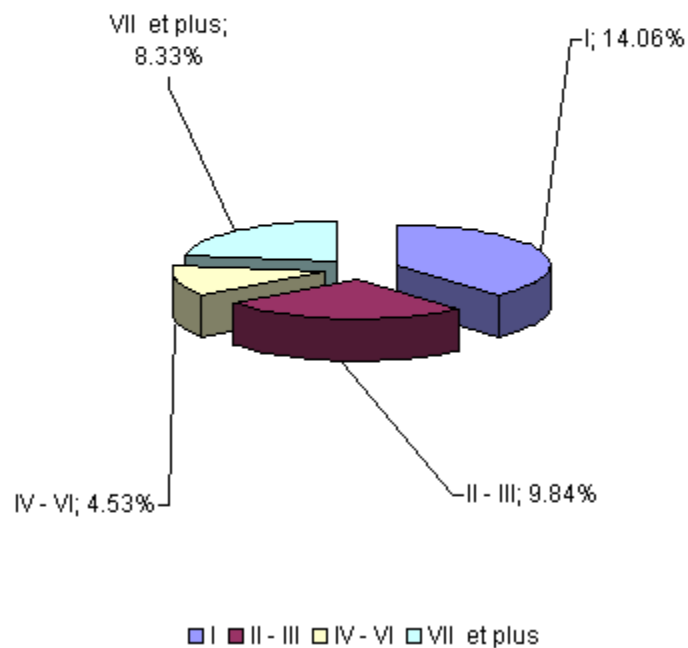
Source CSB II Isotry Année 2001

2) GESTITE

Tableau N° 06 : Pourcentage des femmes enceintes à sérologie Positive selon la gésité

Gestité	Nombre de test effectué	Test positif	Prévalence
I	256	36	14,06%
II - III	447	44	9,84%
IV - VI	309	14	4,53%
VII et plus	180	15	8,33%
TOTAL	1192	109	9,14%

Graphique N°3: Pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon la gésité



Les primigestes sont la plus atteintes de 14,06 %

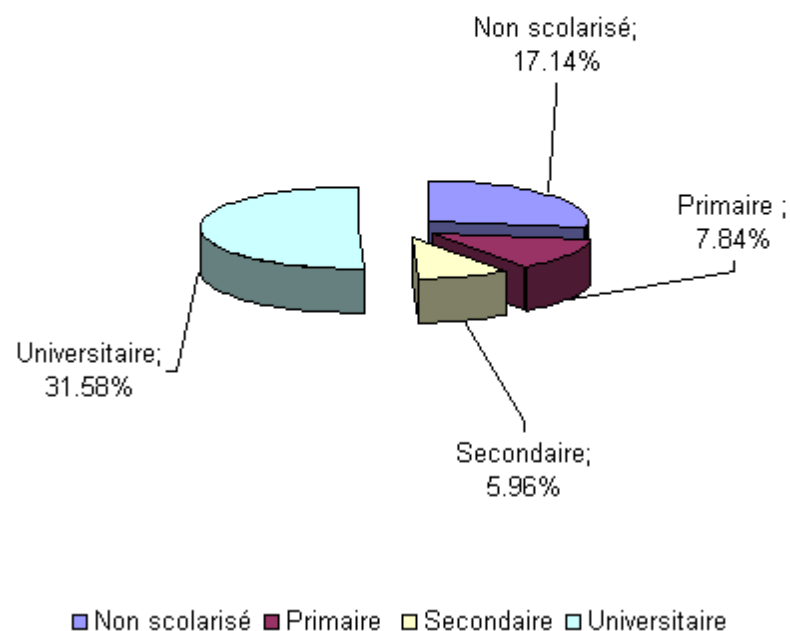
Source CSB II Isotry Année 2001

3) NIVEAU D'INSTRUCTION

Tableau N°07 : Pourcentage des femmes enceintes à sérologie Syphilitique positive selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Nombre des femmes enceintes testées	Test positif	Prévalence
Non scolarisé	210	36	17,14 %
Primaire	510	40	7,84 %
Secondaire	453	27	5,96 %
Universitaire	19	6	31,57 %
TOTAL :	1192	109	9,14 %

Graphique N°4: Sérologie syphilitique positive chez les femmes enceintes selon leur niveau d'instruction



Les universitaires sont les plus touchées .Elles sont de 31,57 %.

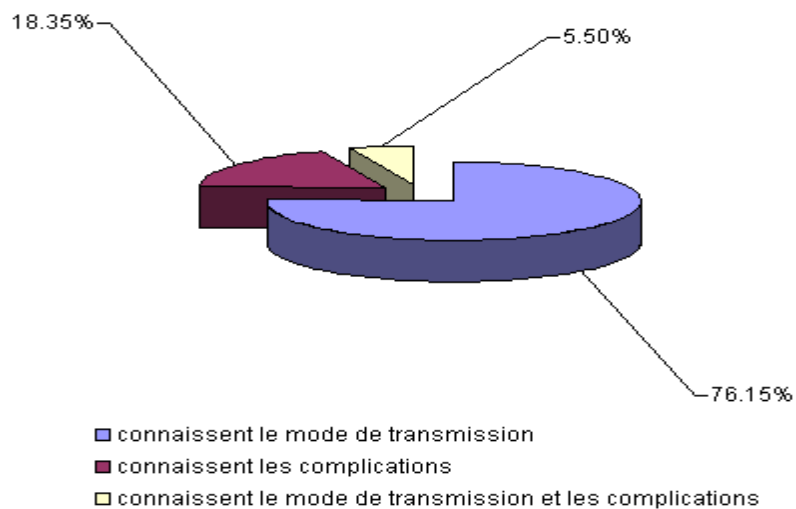
Source CSB II Isotry Année 2001

4) CONNAISSANCE DE LA MALADIE ET DES COMPLICATIONS

**Tableau N° 08 : Connaissance de la maladie et des complications
Par les femmes à sérologie positive**

<i>Femmes consultantes qui</i>	<i>Nombre</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Connaissent le mode de transmission</i>	83	76,15 %
<i>Connaissent les complications</i>	20	18,35 %
<i>Connaissent le mode de transmission et les complications</i>	6	5,50 %
<i>TOTAL</i>	109	100.00 %

Graphique N°5: Connaissance de la maladie et des complications par les femmes enceintes à sérologie positive



Parmi les 109 cas étudiés, 76,15 % des femmes à sérologie positive connaissent le mode de transmission de la syphilis et 18,35 % les complications. 6% seulement connaissent le mode de transmission et aussi les complications.

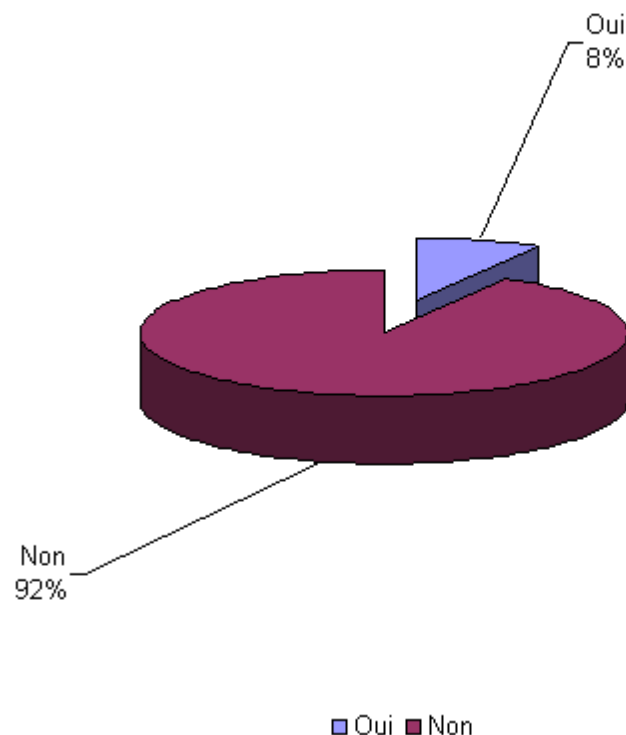
Source CSB II Isotry Année 2001

5) CROYANCE ET OPINION SUR LA MALADIE

Tableau N°09 : Croyance et opinion des femmes enceintes à sérologie positive sur la maladie.

	La syphilis est due à un mauvais		TOTAL
	Sort		
	OUI	NON	
Nombre	9	100	109
Pourcentage	8,20 %	91,76 %	100.00 %

Graphique N°6: Croyance et opinion des femmes enceintes à sérologie positive sur la maladie



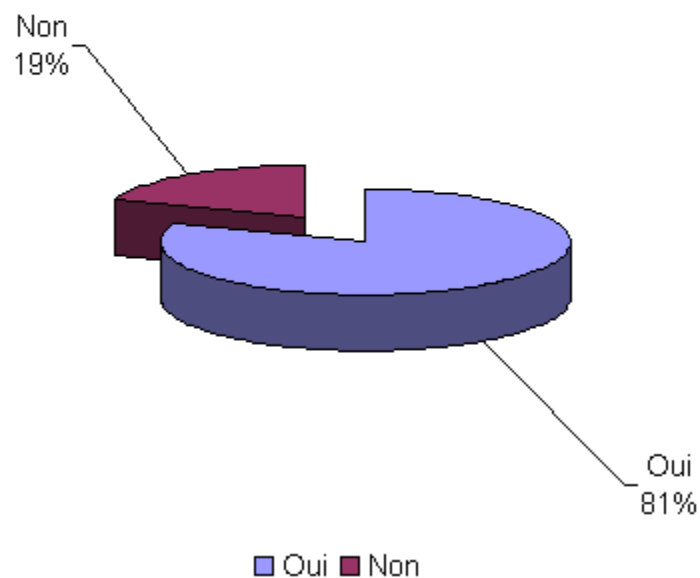
Parmi les 109 cas, 91,74 % des femmes enceintes à sérologie positive ne croient pas que la syphilis est due à un mauvais sort et 8,26 %'en croit.

Source CSB II Isotry Année 2001

Tableau N°10 : Pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive qui pratiquent une automédication quand elles sont malades.

	Femmes qui pratiquent une Automédication		TOTAL
	OUI	NON	
Nombre	88	21	109
Pourcentage	80,73 %	19,97 %	100.00 %

Graphique N°7: Pourcentage des femmes enceintes qui pratiquent une automédication quand elles sont malades



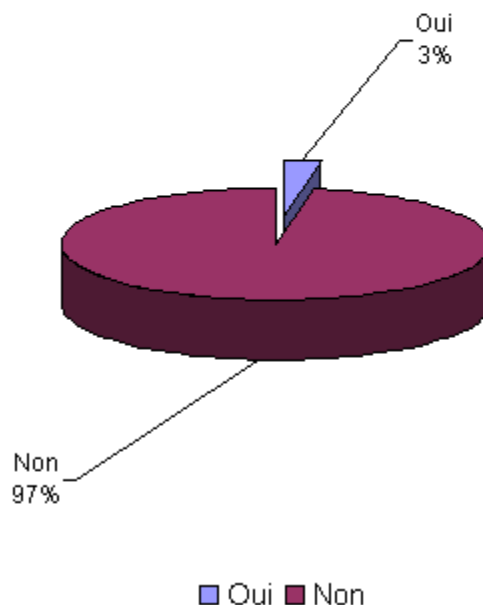
Parmi les 109 cas des femmes enceintes à sérologie positive étudiées 80,73 % pratiquent l'automédication quand elles sont malades et 19,27 % n'en pratiquent pas.

Source CSB II Isotry Année 2001

Tableau N° 11 : Pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive qui préfèrent aller chez les guérisseurs ou tradipraticiens.

	Femmes enceintes qui préfèrent Aller chez les guérisseurs		TOTAL
	OUI	NON	
Nombre	3	106	109
Pourcentage	2,75 %	97,25 %	100.00 %

Graphique N° 8: Pourcentage des femmes enceintes qui préfèrent aller chez les guérisseurs



97,25 % des femmes enceintes à sérologie positive à la syphilis n'ont pas de préférence d'aller aux guérisseurs quand elles sont malades, alors que 2,75 % choisissent les guérisseurs avant de consulter un Médecin.

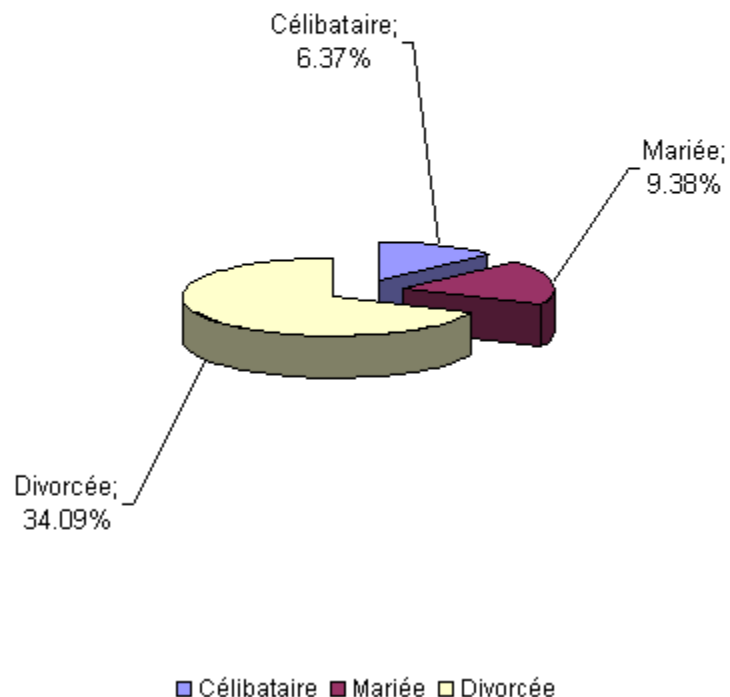
Source CSB II Isotry Année 2002

6) SITUATION MATRIMONIALE

Tableau N°12 : Proportion des femmes à sérologie positive selon la situation matrimoniale.

<i>Situation matrimoniale</i>	<i>Nombre de test effectué</i>	<i>Test positif</i>	<i>Prévalence</i>
<i>Célibataire</i>	455	29	6,37 %
<i>Mariée</i>	693	65	9,37 %
<i>Divorcée</i>	44	15	34,09 %
<i>TOTAL :</i>	1192	109	9,14 %

Graphique N°9: Répartition de pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon la situation matrimoniale



Les femmes divorcées sont les plus atteintes 34,09 %

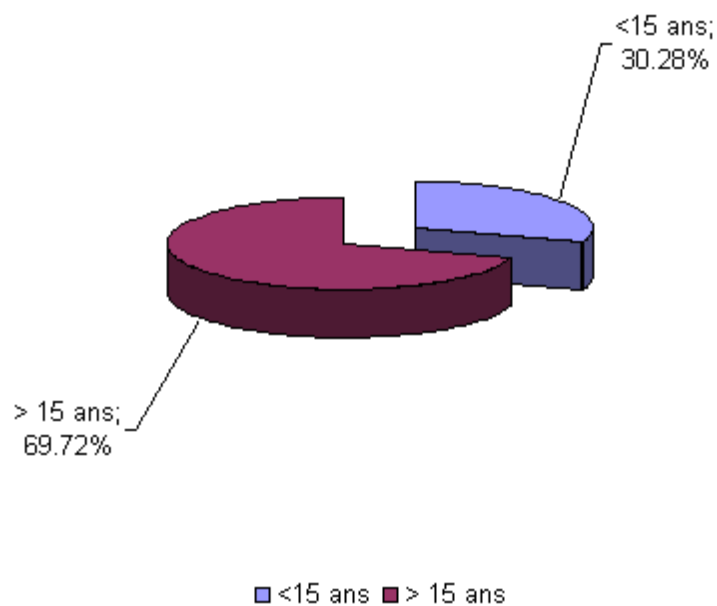
Source CSB II Isotry Année 2001

7) COMPORTEMENT SEXUEL

Tableau N° 13 : Date des premiers rapports sexuels des femmes enceintes à sérologie positive.

<i>Femmes enceintes qui ont des rapports sexuels à plusieurs partenaires</i>	<i>Nombre</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>avant 15 ans</i>	<i>33</i>	<i>30,28 %</i>
<i>après 15 ans</i>	<i>76</i>	<i>69,72 %</i>
<i>TOTAL :</i>	<i>109</i>	<i>100.00 %</i>

Graphique N°10 : Date des premiers rapports sexuels des femmes enceintes à sérologie positive à plusieurs partenaires



30,28 % des femmes enceintes à sérologie syphilitique positive ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.

Source CSB II Isotry Année 2001

Tableau N°14 : Opinion des femmes enceintes sur l'utilisation des préservatifs.

	<i>Femmes enceintes enquêtées</i>			<i>TOTAL</i>
	<i>Préservatif Protège</i>	<i>Préservatif ne protège pas</i>	<i>Pas d'opinion</i>	
<i>Nombre</i>	<i>81</i>	<i>0</i>	<i>5</i>	<i>86</i>
<i>Pourcentage</i>	<i>94,19 %</i>	<i>0</i>	<i>5,81 %</i>	<i>100%</i>

Parmi 86 cas des femmes enceintes enquêtées, 94,19 % croient que les préservatifs protègent contre l'IST/SIDA.

Source CSBII Isotry Année 2003

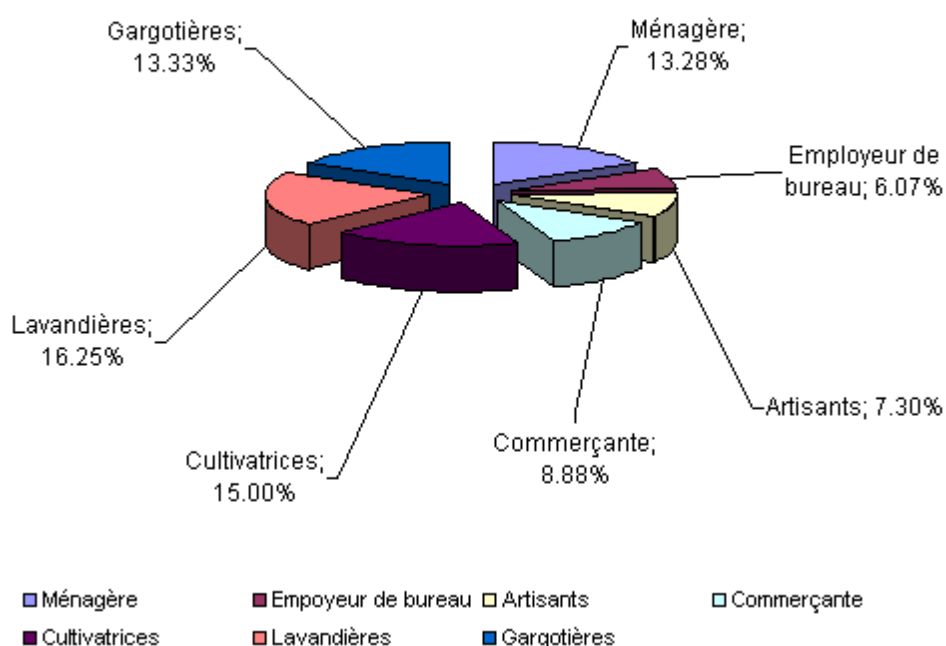
B-2- Déterminer les facteurs facilitateurs qui peuvent influencer le taux de prévalence chez les femmes enceintes.

1) Catégorie de profession

Tableau N°15 : Pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon la catégorie professionnelle.

<i>Profession</i>	<i>Nombre de test effectué</i>	<i>Test positif</i>	<i>Prévalence</i>
<i>Ménagère</i>	<i>128</i>	<i>17</i>	<i>13,28 %</i>
<i>Employeur de bureau</i>	<i>280</i>	<i>17</i>	<i>6,07 %</i>
<i>Artisans</i>	<i>315</i>	<i>23</i>	<i>7,30 %</i>
<i>Commerçante</i>	<i>304</i>	<i>27</i>	<i>8,88 %</i>
<i>Cultivatrices</i>	<i>40</i>	<i>6</i>	<i>15 %</i>
<i>Lavandières</i>	<i>80</i>	<i>13</i>	<i>16,25 %</i>
<i>Gargotières</i>	<i>45</i>	<i>6</i>	<i>13,33 %</i>
TOTAL :	1192	109	9,14%

Graphique N° 11: Variation de pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon la catégorie professionnelle



Les lavandières sont les plus atteintes 16,25 %, puis viennent les cultivatrices 15 %, les gargotiers 13,33 %, les ménagères 13,28 %.

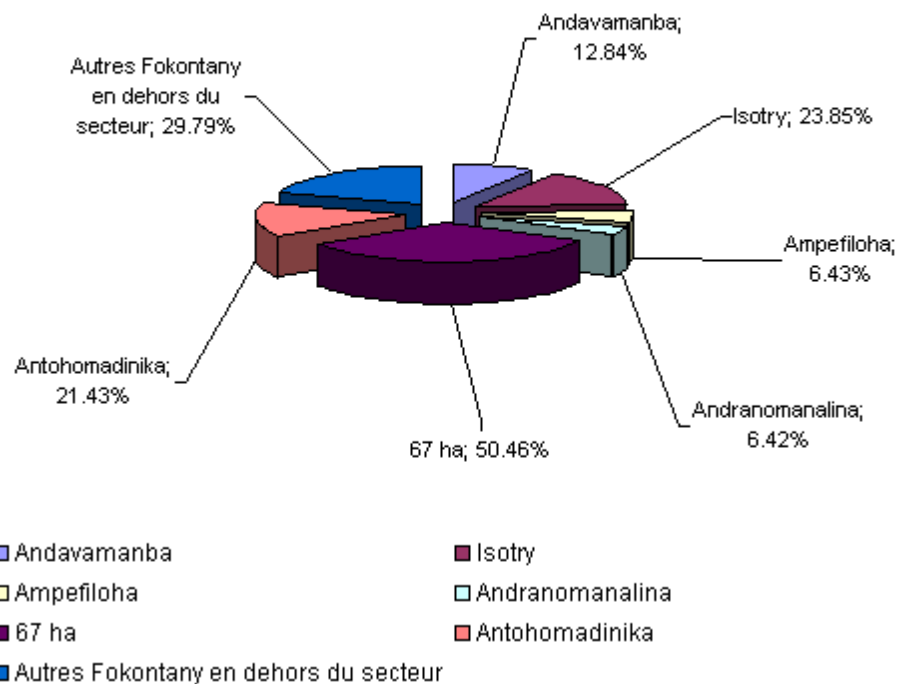
Source CSB II Isotry Année 2001

2) Lieu de résidence

Tableau N°16 : Pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon le lieu de résidence

Lieu de résidence	Nombre de test effectué	Test positif	Pourcentage
Andavamamba	300	14	4,66 %
Isotry	426	26	6,10 %
Ampefiloha	52	7	13,46 %
Andranomanalina	211	7	3,31 %
67 ha	34	7	50,45 %
Antohomadinika	28	6	21,43 %
Les autres Fokontany en dehors du secteur	135	42	29, %
TOTAL :	1192	109	9,14 %

Graphique N° 12: Variation de pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon le lieu de résidence



Les femmes enceintes qui résident en dehors du secteur d'Isotry : 67 ha 50,45 % puis celles d'Antohomadinika 21,43 % sont les plus atteintes

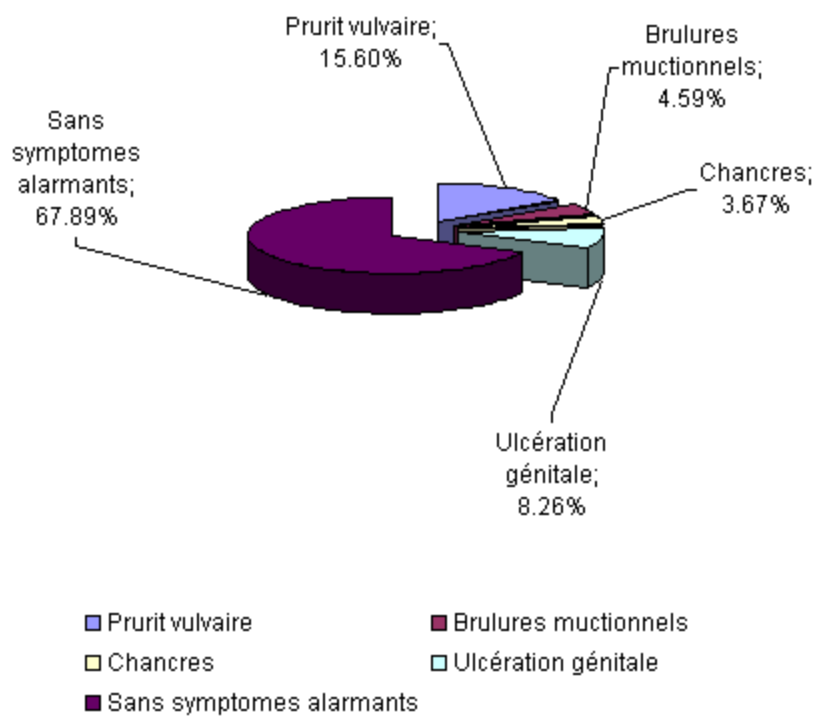
Source CSB II Isotry Année 2001

3) Symptômes précoces

Tableau N° 17 : Proportions ou répartitions de la fréquence de symptômes alarmants avant le test sérologique.

<i>Symptômes alarmants</i>	<i>Nombre</i>	<i>Prévalence</i>
<i>Prurit vulvaire</i>	17	15,60 %
<i>Brûlures mictionnels</i>	5	4,59 %
<i>Chancres</i>	4	3,67 %
<i>Ulcération génitale</i>	9	8,26 %
<i>Sans symptômes alarmants</i>	74	67,88 %
<i>TOTAL :</i>	109	100.00 %

Graphique N° 13: Fréquence des femmes enceintes à sérologie positive présentant des symptômes alarmants avant son test sérologique



Parmi les 109 cas des femmes enceintes à sérologie syphilitique, 67,88 % n'ont pas déclaré présenter des symptômes alarmants avant son test.

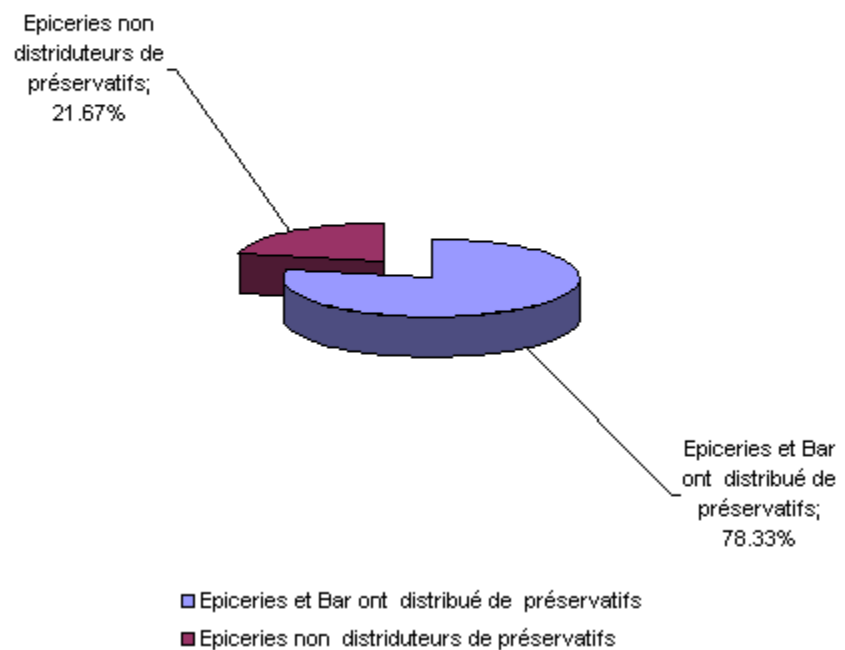
Source CSB II Isotry Année 2001

4) Disponibilité des préservatifs

Tableau N° 18 : Nombre de point de distribution des préservatifs

<i>Point de distribution</i>	<i>Nombre</i>	<i>Prévalence</i>
<i>Epicerie et bar ont distribué de préservatifs</i>	47	78,33 %
<i>Epicerie non distributeurs de préservatifs</i>	13	21,67 %
<i>TOTAL :</i>	60	100.00 %

Graphique N° 14 : Répartition de point de distribution de préservatifs



Parmi les 60 endroits visités (épicerie, bar) 78,33% vendent des préservatifs.

Source CSB II Isotry Année 2003

5) Type de centre de loisirs

Tableau N°19 : Différents type de centre de loisirs existant dans le secteur sanitaire du CSB II Isotry.

<i>Type de centre de loisirs / attraction</i>	<i>Nombre</i>
<i>Bar</i>	89
<i>Salle de jeu</i>	6
<i>Salle de vidéo</i>	66
<i>Boite de nuit ou << BAL TAFO LANITRA >></i>	50
<i>TOTAL :</i>	211

211 centres de loisirs ou attractions sont identifiés dans le secteur sanitaire.

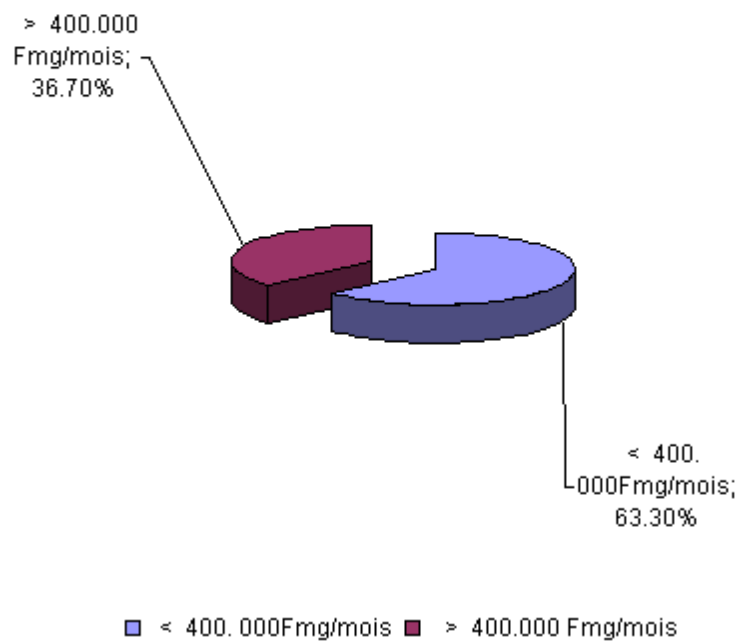
Source FKTI Isotry Année 2003

6) Revenu

Tableau N° 20 : Pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive qui ont un revenu inférieur à 400.000 fmg par mois.

<i>Revenue</i>	<i>Nombre</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>< 400.000 fmg / mois</i>	69	63,30 %
<i>> 400.000 fmg/ mois</i>	40	36,70 %
<i>TOTAL :</i>	109	100.00 %

Graphique N°15 : Pourcentage des femmes enceintes à sérologie positive selon leur revenu par mois



63,30 % des femmes enceintes à sérologie syphilitique positive ont des revenus inférieurs à 400.000 fmg/mois.

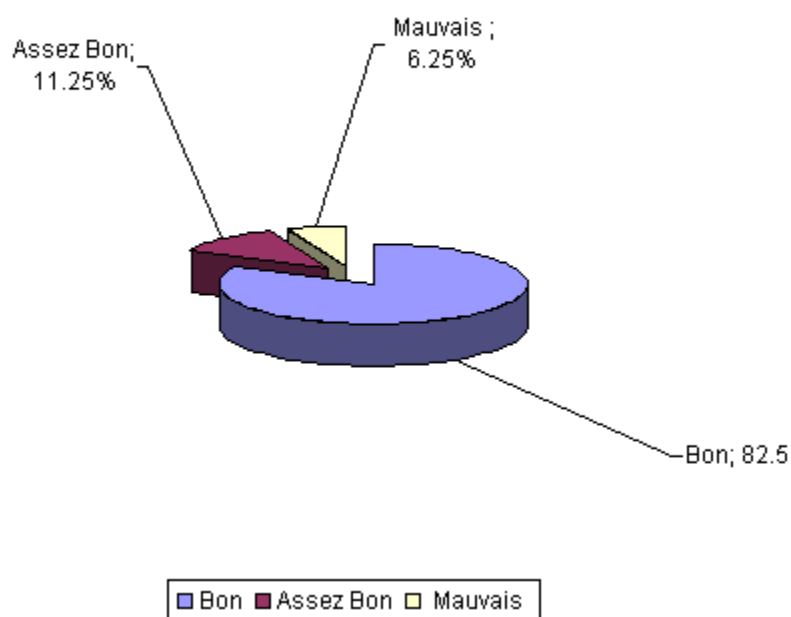
Source CSB II Isotry Année 2001

7) L'accueil

Tableau N°21 : Opinion des femmes enceintes concernant l'accueil au sein du SCB II d'Isotry.

<i>Accueil au sein de CSB est :</i>	<i>Nombre</i>	<i>Pourcentage</i>
Bon	66	82,50 %
Assez bon	9	11,25 %
Mauvais	5	6,25 %
TOTAL :	80	100.00 %

Graphique N°16: Opinion des femmes enceintes concernant l'accueil au sein du SCB II d'Isotry.



82,50 % des personnes enquêtées déclarent que l'accueil est bon au SCB II et 6,25 % mauvais.

Source FKT Isotry Année 2003

8) Performance du personnel

Tableau N° 22 : Situation du personnel formé en prise en charge IST/SIDA.

	<i>Médecin</i>	<i>Sage femme</i>	<i>Infirmier</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Nombre du personnel au sein du CSB</i>	4	5	4	13
<i>Nombre du personnel formé en prise en charge de IST/SIDA</i>	4	2	0	6
<i>Pourcentage de personnel formé</i>	100 %	40 %	0 %	46 %

Source CSB II Isotry Année 2003

46 % des personnels du CSB II sont formées en prise en charge de IST/SIDA :

- 100 % sont des médecins
- 40 % des sages femmes
- aucune infirmière

9) Disponibilité des médicaments

Tableau N°23 : Nombre de jours de rupture de stock en médicaments en deux ans.

<i>Médicaments</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Doxycycline</i>	90 jours	31 jours	121 jours
<i>Amoxicilline</i>	31 jours	31 jours	62 jours
<i>Ciprofloxacine 150 mg</i>	182 jours	360 jours	542 jours
<i>Bénzanthine pénicilline</i>	182 jours	92 jours	274 jours

Source CSB II Isotry Année 2001

Le nombre de jours de rupture de stock en deux ans était pour chaque médicament :

- *Doxycycline : 121 jours*
- *Amoxicilline : 62 jours*
- *Ciprofloxacine 250 mg : 542 jours*
- *Bénzanthine pénicilline injectable : 274 jours*

10) Prise en charge des malades au centre

Le nombre de mois de gratuité des soins au sein du CSB II est de six mois. C'est-à-dire du 29 juillet jusqu'au 16 octobre 2003.

B-3- Déterminer les facteurs de renforcement qui peuvent influencer le taux de prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes.

a) Partenaires :

- L'ONG SALAMA assure l'approvisionnement de médicaments du SSD d'Antananarivo Renivohitra.
- L'ONG médecin du Monde collabore avec le CSB II dans la lutte contre l'IST/SIDA par l'intermédiaire des animateurs communautaires.

b) Activité d'IEC du CSB II :

Se basé sur :

La sensibilisation des élèves sur la santé de la reproduction et la prévention de IST/SIDA au niveau des CEG Ampefiloha, Lycée moderne d'Ampefiloha, lycée technique commerciale.

TROISIEME PARTIE :

I – COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

A)- PREVALENCE DE LA SYPHILIS CHEZ LES FEMMES ENCEINTES DANS LE CSB II D'ISOTRY

Le taux de prévalence est de 9,14 % (le taux national est de 8,2 %). Ce taux reflète l'activité génitale dans le secteur sanitaire.

En plus des conséquences sur la grossesse et le fœtus, le risque de co infection avec le VIH est à craindre car la syphilis est une porte d'entrée au VIH.

B)- LES FACTEURS PREDISPOSANTS

Qui influencent le taux de prévalence élevé de la syphilis chez les femmes enceintes.

1) Age

La tranche d'âge de 26 à 35 ans est la plus atteinte représentant 31,25 % des cas. Celle de 16 à 25 ans est la moins atteinte, c'est-à-dire 6,38 % des cas. On peut constater que l'âge de 26 à 35 ans est presque atteint cinq fois plus que celle de 16 à 25 ans.

2) Niveau d'instruction

La catégorie de femmes de niveau universitaire est la plus atteinte. Cette situation diffère de celle observée dans les autres études où les femmes à bas niveau d'instruction sont les plus atteintes par les IST et même par la plupart des maladies infectieuses. De plus il est vérifié que la pauvreté accompagne invariablement l'ignorance et la maladie.

3) La connaissance de la maladie et des complications

La majorité des femmes enceintes lors de l'enquête, c'est-à-dire 76,15 % connaissent le mode de transmission de la syphilis, tandis que 18,35 % les complications et seulement 5,50 % connaissent en même temps, le mode de transmission et les complications.

Cette situation témoigne :

- le fait que ces femmes encore jeunes ne sont pas encore au stade de complication de leur maladie (complications qui parfois ne se manifestent qu'après 30 ans du début de l'infection) et ne sont pas encore conscientes de leur état actuel.

- le fait que l'information, l'éducation et la communication ne sont pas encore suffisantes.

L'expérience a montré que l'acquisition des connaissances fondamentales ne suffit pas pour changer un comportement.

Il ne faut pas aussi passer sous silence que beaucoup de ces femmes enceintes syphilitiques ne savent pas qu'elles sont malades et se croient en bonne santé, ce n'est qu'après le test qu'elles sont conscientes de leur situation. La méconnaissance des complications d'une maladie, de plus si cette maladie ne présente pas de signes alarmants empêche les victimes de se prémunir et de se faire traiter à temps.

4) Croyances et opinion sur la maladie

Puisque c'est une population urbaine, 91,14 % de ces femmes ne croient plus que la syphilis est due à un mauvais sort. Cette situation facilitera la prise en charge thérapeutique des malades.

5) Pratique d'une automédication

La majorité des femmes enceintes enquêtées soit 80,27 % déclarent hostiles à l'automédication tandis que 19,27 % la pratiquent. Pour ces 19,27 % des cas,

si elles ont présenté des signes cliniques auparavant, cette automédication aurait pu masquer leur maladie.

6) Préférence des guérisseurs ou tradipraticiens

97,25 % des femmes enceintes préfèrent consulter tout de suite un médecin quand elles sont malades tandis que 2,75 % préfèrent d'abord les guérisseurs ou tradipraticiens.

Cette situation témoigne le fait que notre population d'étude est urbaine. La prise en charge thérapeutique de ces femmes sera facile.

7) Situation matrimoniale

Les femmes enceintes divorcées soit 34,09 % sont les plus atteintes (la différence est significative).

Cette situation s'expliquerait par le fait que, les divorcées ont tendance à avoir de partenaires sexuels multiples.

8) Date des premiers rapports sexuels avec partenaires multiples

30,25 % des femmes enceintes déclarent avoir eu des rapports avant l'âge de 15 ans, tandis que 69,72 % ne les ont pas eu qu'après 15 ans.

La précocité des rapports sexuels à elle seul ne permet pas de prédire une séropositivité. Il existe d'autres facteurs prédisposant au multipartenariat.

9) Géstité

Les primigestes sont plus atteintes , 14,06 % .C'est peut être leur premier dépistage tandis que pour les autres, c'est-à-dire les 2^e , les 3^e gestes même si elles ont été positives lors de leur première gestation ont peut-être été déjà traitées.

10) Opinion des femmes sur les préservatifs

La majorité des femmes enquêtées lors de la mini enquête soit 94,18 % sont convaincues que les préservatifs protègent contre l'infection sexuellement transmissible mais il ne faut pas oublier le fait que : ***il ne suffit pas d'être informé pour savoir, il ne suffit pas de savoir pour prendre une décision, il ne suffit pas de prendre une décision pour agir.***

C) LES FACTEURS FACILITATEURS

Qui influencent le taux de prévalence élevé de la syphilis chez les femmes enceintes.

1) Catégorie professionnelle

Ce sont les lavandières qui sont les plus atteintes 16,25 % des cas ; puis les cultivatrices 15%, les gargotières 13,33 % et les ménagères 13,28 % des cas.

2) Lieu de résidence

Les plus atteintes sont celles qui résident au quartier des 67 ha, 50,45 % puis celles d'Antohomadinika 21,43 %. Ce sont des Fokontany qui se trouvent aux alentours du secteur d'Isotry.

3) Centre de loisirs

La promiscuité, l'accessibilité facile aux divers centres de loisirs et surtout la non observance de loi en regard de ces derniers sont des facteurs de risque favorisant les infections sexuellement transmissibles.

En effet lors de la mini enquête effectuée, 66 salles de vidéo, 50 boites de nuit << **Bal tafo lanitra** >>, 89 bars et 6 salles de jeu ont été identifiés.

4) Revenu mensuel

63,30 % des femmes enceintes à sérologie positive ont un revenu mensuel inférieur à 400.000 fmg.

En effet, il est démontré qu'il existe une corrélation positive entre le revenu par habitant, le niveau de vie et l'état de santé de la population.

5) Opinion des clientes concernant l'accueil au CSB II d'Isotry

82,50 % des personnes enquêtées déclarent que l'accueil est bon, 11,25 % assez bon et 6,25 % mauvais.

Ici on peut espérer que la prise en charge de ces femmes enceintes syphilitiques ne posera pas de problèmes car elle accèderont facilement au CSB.

6) Situation du personnel formé pour la prise en charge du IST/SIDA au CSB II

46 % de tout le personnel technique du CSB II sont formés pour la prise en charge d'IST/SIDA (les médecins sont formés à 100%).

Si tous les personnels techniques ne sont pas formés, ils seront incapables de diagnostiquer correctement et de traiter correctement les maladies d'où la prévalence élevée des femmes enceintes à sérologie syphilitique.

7) Disponibilité et prise en charge des médicaments au CSB II

Malgré les six mois de gratuité au centre, de nombreux jours de rupture de stock en médicaments contre la syphilis et les autres IST ont été observés pendant les deux années d'étude : 2001 et 2002

- 121 jours en Doxycycline,
- 62 jours en Amoxicilline,
- 274 jours en Benzathine pénicilline,
- 542 jours en Ciprofloxacine,

Cette situation est grave car même si les patientes (qui sont déjà pauvres) ont été dépistées le problème réside sur le fait qu'elles étaient incapables de se soigner car elles doivent acheter très chers les médicaments. Elles vont continuer à porter leur maladie et la transmettre à leurs partenaires et à leurs enfants pendant leurs grossesses.

8) Présences du symptôme précoce

Avant le test, 67,89 % des femmes n'ont pas eu de symptômes alarmants et se croient en bonne santé. Cette situation ne va pas alarmer aussi bien les malades que les agents de santé. D'où la persistance de la maladie et sa transmission qui continue.

D) LES FACTEURS DE RENFORCEMENT

Outre, les agents de santé du CSB II qui se déplacent vers le CEG et les deux lycées (LMA, LTC) pour effectuer des activités de sensibilisation sur les IST/SIDA et la santé de la reproduction, une seule ONG, c'est-à-dire **médecin du Monde** travaille dans le secteur en matière de lutte contre les IST/SIDA.

Nous devons reconnaître que vu l'étendu du secteur et surtout le nombre d'habitants qui est de 51657 (presque égal à la population d'un Fivondronana), très peu d'acteurs ne pourra mener à bien une activité de lutte contre les IST/SIDA.

II- SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS

Devant ce taux élevé à 9,14 % de prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes en consultation prénatale dans le CSB II d'Isotry et devant les conséquences graves encourues par ces femmes pendant leur grossesse, et par son entourage une action urgente s'avère nécessaire et appelle la participation de tout un chacun.

Comme toute infection sexuellement transmissible, un taux élevé de prévalence en syphilis chez les femmes enceintes reflète l'activité sexuelle de la population du secteur et témoigne de l'existence de comportements à risque, favorisés par l'environnement socio économique et culturel et la dégringolade du niveau de vie des habitants.

La solution est avant tout l'éducation sanitaire des individus puis la prise en charges des malades.

Afin d'apporter une solution à ce problème, nous allons adopter un programme d'activité d'éducation sanitaire basé sur le modèle PRECEDE. Cette éducation agira sur les facteurs prédisposants, les facteurs facilitateurs et les facteurs de renforcement.

1) Facteurs prédisposants

1-1- Communication directe

L'éducation va agir sur la connaissance, les attitudes et les croyances des femmes enceintes. Pour ce faire, le matériel d'information doit être suffisant :

- les affiches doivent être multipliées au niveau de tous les endroits fréquentés par le public (école, poste, bureau,..... etc.)
- les dépliants doivent être distribués à chaque occasion par exemple lors des séances de CPN, vaccination, consultation

- les films éducatifs doivent être diffusés de temps en temps, une collaboration avec les salles de vidéo serait une bonne stratégie (il existe 66 salles de vidéo dans le secteur).

- des réunions d'information doivent être organisées périodiquement pour ces femmes en consultation prénatales et aussi au niveau des établissements scolaires. Une opportunité est que les agents de santé du CSB II font déjà des séances de sensibilisation au niveau des collèges et lycée.

- une campagne d'information pour tout le public au moins une fois par an (journée mondiale contre le SIDA le 1^e Décembre) doit être organisée.

2) Facteurs facilitateurs

2-1 Organisations communautaires

Afin de mieux éduquer les gens et surtout les futures mères et les femmes enceintes, un programme de lutte doit être élaboré par le CSB II en collaboration avec la communauté et l'ONG déjà en place. Il s'agit de renforcer l'accessibilité de la population aux informations. Ici nous proposons la mise en place de centre de documentation sur les IST/SIDA dans les collèges, lycée, bureau de la mairie.

-Une collaboration avec les autorités administratives, le CSB II, les autres secteurs doit être envisagée afin de faire sortir où de renforcer une loi concernant les centres de loisirs qui sont très nombreux dans le secteur et qui constitue un des plus grands facteurs de risque.

3) Facteurs de renforcement

3-1 Communication indirecte

Notre enquête a pu identifier un seul partenaire << ONG médecin du monde>> pour le CSB II. Mais nous pensons que d'autres ONG existent dans les secteurs mais ne collaborent pas avec le CSB II. Il faudra donc avec le SSD répertorier toutes les ONG/partenaires et coordonner toutes les activités de lutte contre l'IST/SIDA dans le secteur.

4) Prise en charge des femmes syphilitiques au sein du CSB II

4-1 Améliorer l'accueil au niveau du centre

Une bonne organisation et coordination de toutes les activités pourront éviter beaucoup de problèmes entre autre la surcharge de travail source de mauvaise humeur et de fatigue avec leurs conséquences dont le mauvais accueil des malades.

4-2 Améliorer la performance des agents de santé

Former tous les agents de santé (technique) pour la prise en charge des IST/SIDA, en formation formelle ou en auto apprentissage assistée (les manuels sont déjà disponibles).

Cette stratégie améliorera leur capacité de diagnostiquer et de traiter les malades.

4-3 Assurer la disponibilité des médicaments au CSB II

Nous avons pu constater que malgré la gratuité des médicaments au centre, des ruptures de stock ont été observées. Heureusement, maintenant, nous sommes au stade de la reprise de la participation financière des usagers (PFU) qui devient FANOME (Fandraisana Anjara No Mba Entiko). Nous espérons que ce problème sera résolu.

CONCLUSION

Un taux élevé de prévalence chez les femmes enceintes en CPN dans le CSB II d'Isotry est alarmant si on se réfère aux conséquences de la syphilis sur la grossesse, sur le fœtus, chez l'enfant qui va naître et même chez le futur adulte et surtout il ne faut pas négliger le fait que la syphilis est une des portes d'entrée au VIH/SIDA.

1) Le renforcement des activités IEC :

- Par le biais d'une communication directe qui va agir sur les facteurs prédisposants (connaissance, croyance sur la maladie, attitudes)
- La communication indirecte qui va agir sur les facteurs de renforcement (implication de tout le monde dans la lutte par la création de groupe ou d'association et la coordination des activités)
- La programmation au niveau de la communauté d'activités de lutte (collaboration inter sectorielle), qui va agir sur les facteurs facilitateurs.

2) Quant à la prise en charge des femmes enceintes :

- le renforcement de la performance des agents de santé sur la prise en charge des malades s'avère indispensable ainsi que l'assurance de la disponibilité permanente des médicaments. Il y a lieu de remarquer que l'utilisation du service n'est pas un problème, comme le montre cette étude.

Si toutes les conditions citées ci-dessus sont remplies, nous croyons que la situation s'améliorera.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Pnls. Enquête de séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes fréquentant les centres de CPN. Profil socio démographique à Madagascar, 2003.
- 2- INSTAT : ministère des finances et de l'économie : Rapport national sur Le développement humain à Madagascar : Antananarivo, 1996 : 15-16
- 3- SISG. Annuaire des statistiques du secteur santé à Madagascar : Antananarivo, 1998 : 6-7
- 4- Lortat- Sacob, E, diagnostic clinique de la syphilis secondaire. Revue du praticien, 1964 ; 1801- 1812
- 5- Touraine, Civatte.L'infection syphilitique. Rappel historique, bactériologique expérimental et anatomique. Revue du praticien, 1954, XIV ; 1847- 1850
- 6- Pilly, E. Maladies infectieuses : association des professeurs de pathologie tropicale, 15e édition, 1996 ; 342-347
- 7- Pilly, E .Maladies infectieuses à l'usage des étudiants. Médecine et des praticiens, 7^e édition ,1982 : 271- 281
- 8- Ph. Franceschini. Les monographies (Médicales et scientifiques) : la syphilis : la revue mensuelle de l'omnipraticien, 1970 :22-43
- 9- Guillet G. Diagnostic de la syphilis récente et tardive. Revue du praticien, 1985 ; 13- 14, 19-20
- 10- Goens. La syphilis. aspect récents et relations avec le VIH : Paris, 1993 :117-118.
- 11- Chevreil, Gueraud, Levy. Anatomie générale. Masson, 6^e édition, 1995 ; 134- 135.
- 12- Dolivo, M. Vénérologie. Encyclopédie médico chirurgicale, dermatologie : Paris, 1977, 12670 A10 ; 1-2

- 13- Piette F, Gerguend H. La syphilis. Encyclopédie médico chirurgicale, maladie infectieuse : Paris, 1980, 8039 A10 ; 1-14
- 14- Erny R, Gamere M, Leclaire M. La syphilis et grossesse. Encyclopédie médico chirurgicale, obstétrique : Paris 1976, 5041 A10 ; 1-6
- 15- Fattorusso V, Ritter O. Vademecum clinique : Paris , 2e edition , 2001; 442-445
- 16- OMS. Le sida, image de l'épidémie. Genève, Suisse, 1995 ; 26- 27
- 17- Cronberg, Beytoot, Rey. Maladies infectieuses, Paris, 1988 ; 149-311-331.
- 18- Huriel cl, Desmont, Berguend H. Dermatologie vénérologie, Paris, 2^e édition masson, 1979 ; 124-128
- 19- Warwick J, Carter, Terlaud C. Le vademecum de la consultation, Paris, 2e édition masson, 2000 ; 113 – 115
- 20- Auril JL,Dabernanant H,Denis F,Montel. Bactériologie clinique : Paris, 2^e édition Ellipses, 1992 ; 433- 442.
- 21- Diop, Mari, Marchand J.P, Denis F. La syphilis. Encyclopédie médico chirurgicale, maladies infectieuses et parasitaires : Paris, 1981, 8039 ; 1-14.
- 22- Letonturier P. Immunologie générale. Paris masson, 7^e édition revu et complétée, 2001 ; 156- 158
- 23- Nauciel charles. Bactériologie médicale. Paris masson, 2000 ; 256-258
- 24- Hamelin A. Aspect nouveau de l'interprétation des séro diagnostics tréponémiques, la lutte de l'infectiologie. Paris masson, 2^e édition, 1987 ; 229-232.
- 25- Ministère de la santé. Direction de la lutte contre les maladies transmissibles, service de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles. La prise en charge des infections sexuellement transmissibles à Madagascar : Madagascar, 2002 ; 30 - 36
- 26- Catala Martin. Embryologie, développement précoce chez l'humain : Paris ,2^e édition masson, 2000 ; 102- 103

- 27- Henri detourris, Guillaume M, Fabrice P. Gynécologie et obstétrique : Paris masson, 7^e édition, 2000 ; 84- 85
- 28- Guermann, Michel, externes des hôpitaux de Paris : Fréquence et pronostic actuels de la syphilis de la femme enceinte. Thèse méd. Paris 1962 N°498
- 29- Michel. Prévalence et manifestations cliniques des infections génitales hautes à propos des cas vus au service de gynécologie interne de la maternité de Befelatanana de 1997 à 1998. Thèse médecine, 2000 ; N° 5341
- 30- Bodovololonirina L.O : Analyse stratégique des IEC pour mieux lutte contre les IST/SIDA à Madagascar. Thèse méd. Antananarivo 2000 N° 5418
- 31- Ralison .Etude épidémiologique des MST dans la ville d'Antsiranana. Thèse méd. Antananarivo, 1992, N° 273.
- 32- Nations unies. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. News York. Les maladies sexuellement transmissibles, politique et principes de prévention et de soins. Genève, Suisse, 2000 ; 26-28
- 33- OMS. Comité OMS d'experts des maladies vénériennes et des tréponématoses. Genève, Suisse, 1986 ; 112-142
- 34- Bertrand A. traitement des maladies infectieuses. Flammarion, Paris, 1981 ; 424
- 35- Léon P, Gabriel P. Guide de thérapeutique. Paris, 2^e édition, 2001 ; 772- 785
- 36- Vincent D, Bayrou O, Chapelons A, Terlaud C. Le vademecum thérapeutique, aide mémoire. Paris, masson, 2001 ; 797
- 37- PNLS. Prise en charge des maladies sexuellement transmissibles à Madagascar, approches syndromiques. Antananarivo, 1997 ; 22-26.
- 38- OMS. Programme mondial de lutte contre le SIDA. Relever les défis du VIH et des MST. Genève, Suisse, 1995 ; 145-148

- 39- Nations Unies. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA. New York : Genève, Suisse, ONUSIDA, 2002 ; 25-27
- 40- Nations Unies, Onusida/ Penn State. Cadre de communication sur le VIH/SIDA. Genève, Suisse, 2000 ; 19-20
- 41- Raynold P, Carole D. La planification de la santé. Ottawa, 2^e édition, 1986 :
285 - 288

VELIRANO

Eto anatrehan'i zanahary, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-mianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava- miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelanana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra, ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain-olombelona na dia vao notorontoroina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza. Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko. Ho rakotry ny henatra sy ho rabirabin'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany.

PERMIS D'IMPRIMER

Lu et approuvé

Le président de thèse

Signé : Professeur RAKOTOARIMANANA Denis R.

Vu et permis d'imprimer

**Le doyen de la Faculté de Médecine
d'Antananarivo**

Signé : RAJAONARIVELO Paul

SUMMARY

It is a retrospective study staggering over two years: 2001 and 2002, to the pregnant women on pregnancy consultation and having done a systematic detection test of syphilis at the HBC II of Isotry. Our general objective is to determine the prevalence of this disease. Our specific goals are to work out with three factors: the predisposing factors, the facilitator factors and the reinforcement factors which can influence the prevalence rate of the syphilis.

This study enables us to be aware that:

- Over 1192 women tested, 109 have the test positive that is 9, 14 %.
- The most affected are:
 - The bracket between 26 to 35 years old, that is 31, 25 % of the case.
 - The first pregnancies were 14,06 %
 - Those who live in the district of Ampefiloha that is 13,46 %

Faced with the gravity of this disease which cleats lots of problems to the mother and the foetus and especially, it constitutes the real source of the spreading of the TSI/AIDS. Our suggestions are the following: the reinforcement of the CCC, the improvement of the accessibility and availability of generic medicines and preservatives permanently within the HBC II. A development of the collaboration with NGO with the other sectors and particularly the commitment of the administrative authorities, politics, and religious turn: out necessary in order to fight against this curse.

Key-words: Prevalence – syphilis- pregnant women- preservative-STD/AIDS

Director: Professor RANDRIANARIMANANA Dieudonné

Assisted by: Doctor RAVOLOLOMANANA Lisette

Correspondence: lot II 34 NC bis B Ambohidahy Ankadindramamy
Tana 101

Nom et Prénom : RAMILIARIMANANA Célestin

Titre de thèse : Prévalence de la syphilis des femmes en consultations prénatales

Au CSB II d'Isotry en 2001 – 2002

Rubrique : Santé publique

Nombre de pages : 76

Nombre de figures : 05

Nombre de tableaux : 23

Nombre de graphique : 16

Nombre de références

bibliographiques : 41

RESUME

Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur deux années 2001 et 2002, chez les femmes enceintes en consultation prénatale et ayant subi un test de dépistage systématique de la syphilis au CSB II d'Isotry. Notre objectif général est de déterminer la prévalence de cette maladie. Nos objectifs spécifiques sont de déterminer trois facteurs : les facteurs prédisposants, les facteurs facilitateurs et les facteurs de renforcement qui peuvent influencer le taux de prévalence. Cette étude nous a permis de connaître que :

- sur les 1192 femmes testées, 109 soit 9,14 % sont à sérologie positive. Les plus atteintes sont :
 - la tranche d'âge de 26 à 35 ans, 31,25 des cas
 - les primigestes sont 14,06 %
 - celles qui résident dans le quartier d'Ampefiloha, 13,46 %.

Devant la gravité de cette maladie qui entraîne de nombreux problèmes chez la mère et le fœtus. Elle constitue une véritable source de propagation des IST/SIDA. Nos suggestions sont les suivantes : le renforcement de la CCC, l'amélioration de l'accessibilité et la disponibilité en permanence des médicaments génériques et des préservatifs au niveau du CSB II. Un développement du partenariat avec les ONG, les autres secteurs et surtout l'engagement des autorités administratives, politiques, religieuses s'avèrent nécessaires afin de lutter contre ce fléau.

Mots clés : Prévalence -Syphilis – Femmes enceintes – préservatif – IST/SIDA

Directeur de thèse : Professeur RANDRIANARIMANANA Dieudonné

Rapporteur de thèse : RAVOLOLOMANANA Lisette

Adresse de l'auteur : Lot II E 34 NC Bis B Ambohidahy Ankadindramamy
Tana 101

