

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

DIRECTION NATIONALE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
Année : 1994 - 1995

N°.....

TITRE :

LA CANDIDOSE VULVO-VAGINALE ET SON TRAITEMENT PAR LE FLUCONAZOLE A L'HÔPITAL GABRIEL TOURE .

THESE

Présentée et Soutenue Publiquement le..... 1995

devant

L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Par

Mr. TOURE KALIL JOSEPH

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

MEMBRES DU JURY

Président : *Professeur Amadou DOLO*

Examineurs : *Docteur Mountaga DIALLO*
 Docteur Ibrahim IZETIEGOUMA MAIGA

Directeur de Thèse : *Docteur Salif DIAKITE*

Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye K.DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J.THOMAS

Ortho.Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Ophtalmologie

5. ASSISTANTS

Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Anatomie & Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T.TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path.Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Yénimégué A.DEMBELE
Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M.CISSE
Mr Abdrahamane S.MAIGA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F.M.TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigue Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I.MAIGA

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie,Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Bactériologie
Histoembryologie
Bactériologie

5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

D.E.R.DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Eric PICHARD	Médecine Interne

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtysiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie

3. ASSISTANTS

Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Adama D.KEITA	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1.PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
-----------------	------------------

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique (Chef de D.E.R.)
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

3. MAITRE ASSISTANT

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA

Matières Médicales
Galénique

4. ASSISTANT

Mr Ababacar I.MAIGA

Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique (chef D.E.R.)

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Moussa A.MAIGA

Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE
Mr Sory I.KABA
Mr Alain PRUAL

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique

3. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Min.
Mr Bakary I.SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléyman GUINDO	Gestion
Mrs Sira DEMBELE	Maths
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Ftoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanton DIARRA	Mathématiques
Mr Moussa I.DIARRA	Biophysique
Mr Mamadou Bakary DIARRA	Cardiologie

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie P.DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I.CENTRALE
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur P.BOBIN	I.MARCHOUX
Docteur A.DELAYE	H.P.G.
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr M.CISS	HYDROLOGIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr S.S.GASSAMA	BIOPHYSIQUE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DEDICACES

Je dédie :

A Mon Père Youssouf Touré

Tu as beaucoup souffert pour moi, tu m'as mis à l'école et inculqué les principes moraux de la vie. Tu m'as appris la dignité, l'honneur, la bonté, la droiture. Que cette thèse soit le couronnement de tous tes efforts. Tu es et sera toujours un modèle pour moi.

- A Feue ma mère : Mourot Berthe

Tu fus très tôt arrachée à l'affection et l'amour de ceux qui t'aime. Bien vrai que je n'ai pas eu le temps de pouvoir te démontrer ce que je ressents pour toi, tu n'as jamais cessé de m'aider. Que ce travail qui doit être le début d'une autre étape de ma vie soit pour toi tout ce qu'un fils peut ressentir pour sa mère. J'espère que tu seras fière de moi.

Repose en paix

- A ma Tante et mon Oncle : Mme N'Dri Henriette et Mr N'Dri Brou Benoit.

Tu as tout fait pour remplacer ta sœur. Tu m'as apporté amour, affection, bonté. Tu m'as apporté aide morale et financière, ainsi que ton mari. Vous n'avez jamais cessé de m'apporter conseils et encouragements.

Que ce travail ce soit pour vous, toute l'expression de ma profonde gratitude, de mon amour.

- A mon grand frère et sa femme : Mohamed TOURE dit BILLY et Adizatou MAIGA.

Tu m'as donné les plus belles joies de ma vie scolaire. Avec toi j'ai pu évoluer sans complexe, sans frustration. Tes conseils ont toujours été judicieux. Tu n'as ménagé aucun effort pour m'aider, m'encourager aussi bien sur le plan moral que sur le plan financier. Tu as toujours été, de bon cœur, à l'écoute de mes innombrables problèmes.

Par ce travail, recevez l'expression de ma profonde reconnaissance.

- A feu mon grand Père : Mourot MAURICE

J'ai passé une partie de mon enfance avec toi où j'ai beaucoup appris: amour, sincérité, principe moral.

Dors en paix

- A ma grande mère : Mourot Louise Sarah

Au moment où j'écris ces lignes, tu te trouves malade, alitée. Fasse qu'avec l'aide du tout puissant tu retrouves Santé, gifueur.

- A mon Grand-frère : Alhadar TOURE et sa femme Fanta TOURE

Tu as toujours été à l'écoute de mes problèmes tu m'as encouragé, conseillé, guidé. Tu as pleinement joué ton rôle de grand frère. Recevez ici ma profonde reconnaissance.

- A ma tante et oncle Mme Aboukan Monique et Mr Aboukan Antoine

Vous avez été toujours à mon écoute. Vous m'aviez encouragé, encadré, guidé, conseillé. Que ces moments passés à étudier, sous votre autorité vous m'avez aidé, intellectuellement, moralement, financièrement. Que ce travail soit le couronnement de votre œuvre.

- A mes frères et Soeurs.

Sally- Idrissa - Ami - Oumou- Oura et Dramane

Vous, vous êtes tout le temps soucieux de mon sort.

Vous avez toujours œuvré pour ma réussite, aussi bien sociale, qu'intellectuelle. J'en suis gré.

Que d'agréables moments passés ensemble.

Recevez-ici ma profonde gratitude.

- Au Docteur Diakité DJEDI

J'ai beaucoup bénéficié de tes connaissances.

J'ai reçu de ta part enseignement, encadrement, protection. Tu n'as en aucune barrière concernant ma formation. Sois-en remercié.

- A tous mes Oncles et Tantes

Sans faire de liste nominative, qui m'ont aidé de près ou de loin tout au cours de ma vie pré-scolaire, et scolaire. Soyez-en remerciés.

- A Monsieur Daniel KONATE

Pour ses bons conseils et sa constante assistance.

- A toutes mes cousines et cousins

En souvenir des bons moments passés ensemble.

- A mes aînés : Fousseni Diallo, Bassidi Synayogo, Mamadou Samaké.

J'ai beaucoup bénéficié de vos expériences, de vos conseils. Vous n'avez aussi ménagé aucun effort à chaque fois que j'ai eu besoin de vous.

Soyez-en remerciés.

- A tous mes amis

Avec qui j'ai passé de bons moments de détente, de loisirs.

- A tous mes professeurs de l'Ecole Nationale de Médecine qui ont contribué à ma formation;

- A tout le personnel de la clinique Kabala que la bonne entente puisse continuer ;

REMERCIEMENTS

Mes sinceres remerciements d'adressent a tout ceux qui ont contribue de maniere directe au indirecte a l'elaboration de cette these

Mes remerciements vont a

- Dr H Garba

Pour m'avoir guidé tout au long de ce travail. Recevez mes meilleurs sentiments de reconnaissance

- Dr. Dicko

- Dr Macalou

- Dr Pleah

- Dr. Doumbia

pour l'enseignement que j'ai reçu de vous

- Mes remerciements les plus sinceres a

- Mme Kanteba la sage - femme maitresse

- Mme Maiga

- A tout le personnel de gyneco- obstetrique de l'hôpital Gabriel Toure

- Au personnel de la bibliotheque de l'ENMP

- A tout le personnel de l'ENMP

AUX MEMBRES DU JURY

- Professeur Amadou DOLO

Professeur agrégé de gynécologie et d'obstétrique, chef de service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital National du Point G

Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté d'assurer la présidence du jury

Nous vous en remercions beaucoup. La qualité de vos cours, la maîtrise parfaite de l'enseignement que vous dispensez à l'école, vous ont fait l'objet d'une grande admiration.

Veillez recevoir Monsieur le président l'expression de mes sentiments les plus respectueux

Dr. Mountaga DIALLO

Gynécologue Obstétricien à l'Institut National de Prévoyance Sociale

Votre simplicité, votre gentillesse et les efforts que vous déployez pour nous guider, encadrer suscitent à votre égard un grand respect. En acceptant de juger ce travail, vous nous faites un grand honneur

Veillez recevoir l'expression de mes sentiments les plus respectueux

Dr. Ibrahim Izetiégouma MAIGA

Maitre-Assistant de Bactériologie à L'ENMP, chef de service du laboratoire de l'Hôpital National du Point "G"

C'est un honneur pour nous que vous soyez membre de notre jury nous ne saurions vous remercier

Pour votre disponibilité et votre amabilité, permettez - moi de vous présenter mes meilleurs sentiments de reconnaissance et de respect

Dr. Diakité Salif

Gynécologue Obstétricien à l'Hôpital Gabriel TOURE

Vos qualités d'homme juste, intègre et humain ont toujours été appréciées et ont fait de vous l'un des professeurs les plus sollicités.

Vous demeurez pour nous un exemple. Ce travail est le fruit de vos efforts inlassables

Veillez recevoir l'expression de mes sentiments de reconnaissance et de ma profonde gratitude

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION	3
II - GENERALITES	5
2.1- Anatomie du vagin et de la vulve	5
2.2 - Histologie du vagin	6
2.3- Physiologie du vagin	7
2.4- Candida Albicans	11
2.5- Infection Genitale basse a Candida albicans	16
III - MATERIEL ET METHODE	19
3.1- Materiel	19
3.2- Cadre de l'etude et Methode	21
IV - RESULTATS	24
V - COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	68
VI - CONCLUSION	72
BIBLIOGRAPHIE	75
ANNEXES	79

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La candidose vaginale est une des pathologies les plus fréquentes en consultation gynécologique. Près de 75% des femmes en âge de procréer font une candidose vaginale ou des candidoses à répétition (20). Bon nombre d'entre-elles présentent une affection chronique ou récidivante occasionnant, entre autres, des problèmes sexuels qui peuvent même aboutir bien souvent à une mésentente conjugale. C'est la levure *Candida albicans* que l'on retrouve le plus souvent à l'origine de cette affection. Certaines femmes sont porteuses de *Candida* dans les voies digestives et dans le vagin sans présenter de symptômes.

La rigueur scientifique exigée, pour ce travail, fait défaut à certaines étapes de la conception et de la réalisation pratique. Ce qui s'explique par les conditions pénibles dans lesquelles exercent les médecins spécialistes ou généralistes : insuffisance des équipements, vétusté des locaux, coût élevé des prestations sanitaires.

Au Mali, la vulvo-vaginite à *Candida albicans* se rencontre de façon régulière au cours des consultations gynécologiques et elle pose un problème de santé publique. La connaissance des facteurs de virulence, des mécanismes pathogènes et de la résistance à l'infection reste imprécise. L'intervalle d'âge des personnes infectées se situe entre 13 et 50 ans, parmi lequel nous avons des célibataires, des mariées et divorcées de toutes catégories socio-professionnelles. Certains auteurs, en l'occurrence GUINDO A (16), a trouvé dans une étude "de la prévalence des principaux agents pathogènes responsables de MST/ Sida en commune II dans le district de Bamako" un taux de 7,1 % de *Candida albicans* isolés en 1994. Quant à SOUMARE D (33), elle a trouvé un taux de 24,8 % de *Candida albicans* isolés en 1988.

Notre étude est ciblée uniquement sur le *Candida albicans* et son traitement par un produit nouveau le fluconazole (Diflucan 150^R).

Face à cette situation, il devient nécessaire, que le monde scientifique malien, en particulier la société Malienne de gynéco - obstétrique (SOMAGO), élabore une stratégie pour une nette régression du *Candida albicans* et son éradication, mais aussi pour éviter les récives qu'occasionne cette affection. Bien qu'à première vue maladie bénigne, la candidose vaginale peut provoquer de graves perturbations dans la vie de celles qui en souffrent et sérieusement amoindrir la qualité de leur vie.

Cette étude, la première du genre en notre connaissance, porte sur l'efficacité d'un médicament nouveau le fluconazole Diflucan 150^R à côté des antifongiques variés qui existent sur le marché.

Le but de notre étude est :

- de déterminer la prévalence de la candidose vaginale ;
- de déterminer les facteurs prédisposants à la maladie ;
- de définir la symptomatologie de l'affection dans notre environnement ;
- de déterminer les modes de contamination ;
- d'évaluer l'efficacité du Diflucan 150^R le traitement de cette affection.

GENERALITES

II. GENERALITES .

2.1 - Anatomie du vagin et de la vulve.

a) Le Vagin

Le vagin est l'organe de copulation. C'est un conduit musculo - membraneux. Il est situe

- en avant entre la vessie et l'uretère ;
- en arriere le rectum

Sa longueur est de 8 cm et la largeur est très variable de 0 à 10 cm.

Il est aplati d'avant en arriere, oblique en bas et en avant. Il fait, avec l'horizontal, un angle d'environ 70° degre en arriere

- Ses Rapports :

La paroi antérieure comprend.

Une partie superieure en rapport avec la base vésicale qui est solidement fixee a la paroi anterieure du vagin

- Une position inférieure intimement liee a l'uretère par le septum uretro - vaginal
- La paroi postérieure . Elle présente 3 segments

Un segment supérieur péritonéal qui est separe du rectum par le cul de sac de Douglas

Un segment moyen au dessous du cul de sac de Douglas, le vagin s'applique directement contre le rectum sur 4 cm environ

Un segment inférieur separe du canal par le triangle ano - vaginal correspondant au noyau fibreux central du perinée

- Extrémité supérieure du vagin

Elle est inseree sur le col utérin, et s'évase en forme de cupule qui s'applique sur la partie intra - vaginale du col au museau de tanche

- Extrémité inférieure :

Chez la vierge, le vagin est separe du vestibule vulvaire par l'hymen qui est un septum membraneux transversal incomplet

De morphologie très variable, l'hymen est soit semi - lunaire ou falciforme , soit annulaire , soit cribiforme et soit labre

Au premier coit l'hymen se déchire et les lambeaux cicatrices sont nommés caroncules hymenéaux ou myrtiformes. Lors de l'accouchement ces caroncules se dechirent de nouveaux. Parfois l'hymen ferme complètement l'orifice vaginal

b) La Vulve

Elle est l'ensemble des organes genitaux externes de la femme

- Le mont de vénus au pénil :

Il constitue la saillie mediane couvert de poils devant le pubis. Cette saillie est due au doublement de la peau par une epaisse couche de graisse

- **Le clitoris :**

Il est formé par la juxtaposition des 2 corps caverneux comme chez l'homme et par des enveloppes, mais il n'a pas de corps spongieux. C'est un organe érectile.

- **Le méat urétral :**

Il s'abouche à 2cm en arrière du clitoris sur la ligne médiane.

- **Les grandes lèvres**

Constituées par 2 replis cutanés longs de 8cm, et hauts de 1,5cm, elles possèdent une extrémité supérieure reliée à la fourchette vulvaire en bas.

Son épaisseur est plus grande au bord adhérent qu'au bord libre

* **Les petites lèvres et vestibule.**

Elles sont formées par 2 replis cutanés, parallèles aux grandes lèvres. Elles forment les parois latérales du vestibule. Leurs extrémités antérieures se rejoignent pour former le capuchon du clitoris, sur la ligne médiane.

2.2 - **Histologie du vagin.**

Le vagin, conduit impair et médian, comporte trois couches disposées concentriquement de la lumière vers la périphérie.

a) **La muqueuse :**

Comporte un épithélium reposant sur un chorion de tissu conjonctif par l'intermédiaire d'une lame basale.

a.1 **L'épithélium est pavimenteux stratifié non kératinisé.**

Trois couches sont à distinguer

Une couche basale faite de plusieurs cellules cubiques ou polyédriques ayant un noyau arrondi assez volumineux et un cytoplasme basophile

Une couche intermédiaire faite de quelques cellules légèrement aplaties, à contour polygonal, à cytoplasme clair sauf en périphérie et à noyaux plus petits que dans la couche basale

Une couche superficielle faite de plusieurs assises de cellules très aplaties et très allongées, à noyaux pyknotiques à cytoplasme, plus au moins éosinophile, contenant parfois des grains de kératohyaline.

a.2 **Le chorion fait de tissus conjonctifs** se caractérise par l'abondance des fibres élastiques, cellules lymphoïdes capillaires sanguins, et par l'absence totale de glandes.

b) La musculuse :

Faite de cellules musculaires lisses, circulaires, entremêlées. S'y adjoignent en périphérie, des formations musculaires striées faisant partie du périnée et formant un rôle important dans la physiologie du vagin

c) L'adventice :

Faite de tissu conjonctif dense, contenant des vaisseaux et des nerfs. Elle se continue sans limite précise avec le tissu conjonctif lâche reliant le vagin aux organes voisins

2.3. Physiologie du vagin :

a) Contenu vaginal

Il représente, chez la femme pubère, normalement une masse 0,3 à 1g

Ce contenu vaginal se révèle constitué par :

- une fraction liquide renfermant les substances dissoutes ou en suspension (secretions des glandes sébacées, de l'endomètre, de la glaire cervicale)
- une fraction solide représentée par des cellules intactes ou altérées (vaginales, cervicales, leucocytes) et par des bactéries

selon DOUCOURE A (10) le contenu vaginal comprend proportionnellement

eau - 80%

glycogène 2 à 4%

acide lactique 2 à 3%

protéine 2 à 2,5%

Autres en faible quantité

Trois éléments du contenu vaginal ont un intérêt biologique et clinique. Ce sont la flore bactérienne, le glycogène, et l'acide lactique.

a.1 la flore bactériennes normale

Le germe essentiel est le lactobacille vaginal ou bacille de DODERLEIN (1892). C'est un germe polymorphe gram positif mesurant 3-5 micron de long et 0,5 à 1 micron de large.

a.2 Le glycogène

Les cellules de l'épithélium vaginal renferment du glycogène. Le glycogène est abondant dans les cellules intermédiaires et superficielles de l'épithélium, ses taux étant les plus élevés au moment de l'ovulation. Le glycogène semble servir de nourriture pour le sperme et de substrat pour les bactéries résidant dans le vagin.

a.3 L'acide lactique et le ph.vaginal

La dégradation enzymatique du glycogène aboutit à la formation d'acide lactique. Cet acide lactique entraîne une acidité vaginale, d'où une diminution du pH qui est alors compris entre 4 et 5 en dehors des règles, 5 et 6 pendant les règles.

La présence de la flore lactique entraîne une acidité vaginale, défavorable à la prolifération des agents responsables d'infections gynécologiques, exceptées les levures.

La flore vaginale chez 5 à 10 % (12) des femmes, comprend en concentration très faible des levures de *Candida albicans*.

Chez les sujets asymptomatiques, la présence en concentration très faible des levures de *Candida* peut être considérée comme "normale" (17).

b) Modification du cycle vaginal

Chez la femme adulte normale, il existe deux phases dans le cycle morphologique de l'épithélium vaginal.

- Une phase proliférative ou œstrogénique :
ou la muqueuse vaginale s'épaissit sous l'effet des œstrogènes, par conséquent dépôt de glycogène.
- Une phase desquamative ou lutéale :
diminution du glycogène sans déplétion dans la couche intermédiaire. Les cellules superficielles desquament en placard et un aspect régressif apparaît.

Bacilles de DODERLEIN dans la muqueuse vaginale
dans un cycle post-ovulatoire. (21).

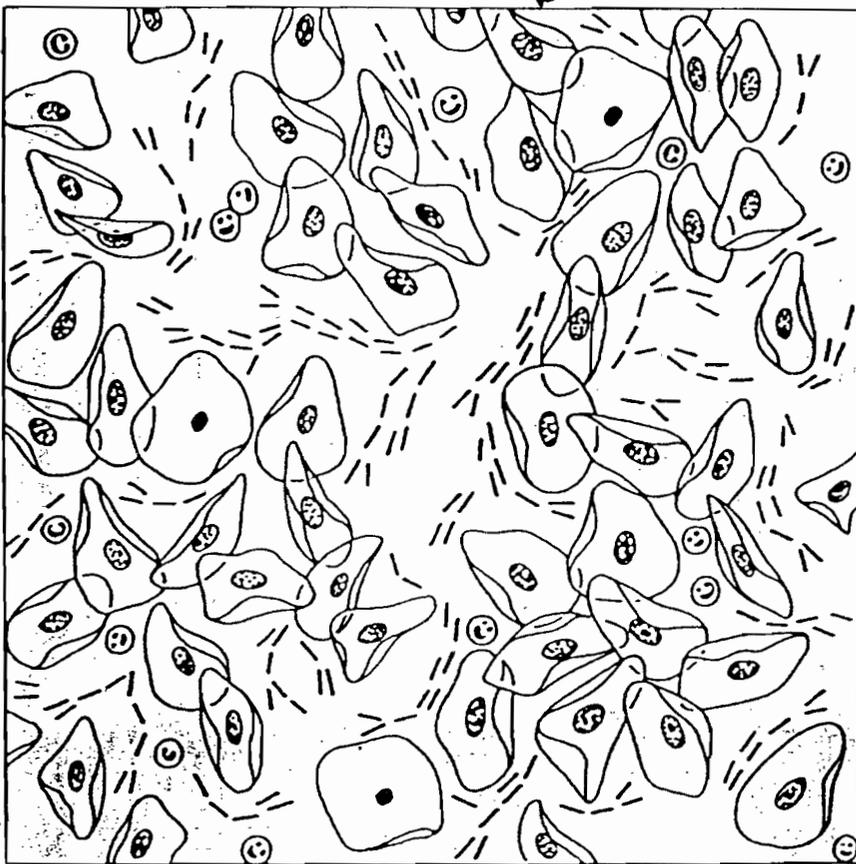
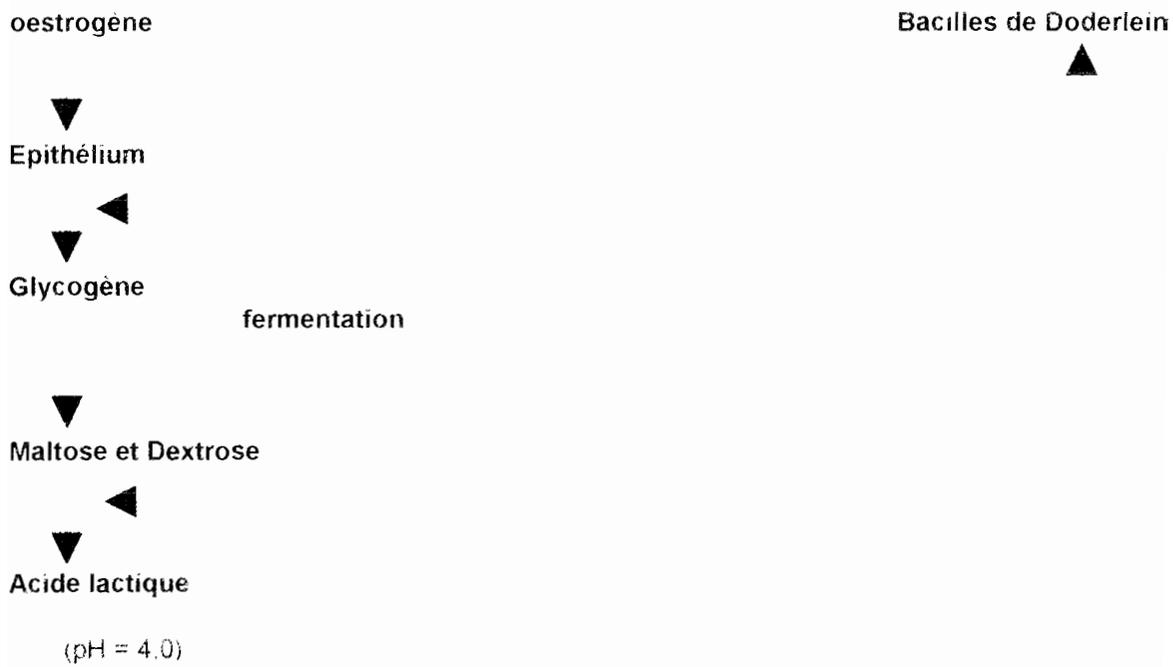


Abb. 252. Scheidenabstrich: Döderlein-Flora bei postovulatorischem gestagenbetonten Zellbild

Schéma biologique du vagin : interaction de l'épithélium et des bacilles de DODERLEIN pour maintenir le ph vaginal. (21)



2.4 Candida albicans.

- Définition :

Les candidoses sont des affections aiguës, subaiguës et chroniques dues aux champignons levuriformes du genre candida. Elles se manifestent par

- des atteintes des muqueuses (muguet, stomatite, conjonctivite, balanoposthite chez l'homme et vulvo-vaginite chez la femme).
- des atteintes de la peau et des phanères (intertrigo, otite externe, onychie et paronychie)
- des atteintes viscérales (Digestive et pulmonaire)
- des atteintes généralisées, candidose granulomateuse
- une candidose des héroïmanes apparue en France depuis l'introduction d'une héroïne brune

- Historique :

Selon LEROY, 25 % des vaginites sont actuellement dues à des mycoses (33)

- En 1840, WILKINSON établit une corrélation entre une vulvo-vaginite et la présence de candida albicans
- En 1875, HAUSSMAN prouve la pathogénicité de candida pour les voies génitales féminines en provoquant, par inoculation des pertes de malades porteuses de champignons, une vulvo-vaginite chez des témoins.
- Depuis 1909, de nombreux auteurs décrivent des cas d'affection uro-génitale aiguë ou chronique en rapport avec la présence de candida albicans.
- En 1939, le nom de candidose a été donné sur décision du congrès international de microbiologie à New-York.

L'espèce la plus fréquemment rencontrée est le candida albicans, mais il existe d'autres espèces telles que le candida-tropicalis, le candida-krusei, le candida-guilliermondi et le candida-parakrusei

- Morphologie

Le candida se présente sous forme de petites levures (2-4 microns) rondes ou ovalaires, bourgeonnantes souvent accompagnées de filaments mycéliens ou pseudo-mycéliens. Les cellules jeunes sont rondes et les cellules mûres allongées. Les champignons levuriformes se regroupent en grandes colonies crémeuses.

- Habitat

Le candidose est une maladie ubiquitaire. Le candida albicans se retrouve partout dans le monde quelques heures après la naissance. Les champignons du genre candida sont déjà découverts sur la muqueuse buccale et sont ensuite retrouvés tout le long de la vie. Les agents de la candidose vivent des années sur les muqueuses buccales et vaginales, et habitent l'intestin des sujets sains.

- Pouvoir pathogène :

Le candida albicans est l'espèce la plus pathogène, mais toutes les souches semblent avoir un potentiel pathogène. La connaissance des facteurs de virulence, des mécanismes pathogènes et de la résistance à l'infection reste imprécise. Le candida albicans est un agent pathogène opportuniste qui a besoin d'un changement immunitaire, local ou général, pour provoquer une inflammation.

- Mode de contamination :

Le candida albicans est responsable d'une vulvo-vaginite qui est une affection polymorphe.

La contamination peut être :

- + endogène à partir des réservoirs digestifs ou cutanés ;
- + due au contact vénérien.

RIMBAUD et ROUX (1958) ; SIBOULET (1966) et GREGORIN (1976), de leur côté ont mis un accent particulier sur les rapports sexuels contaminants (33)

- + exogène à partir des objets et des mains souillées qui sont également source d'infection

- Circonstances favorisantes :

* Thérapeutiques : Les antibiotiques sont considérés comme favorisant la pullulation des candida sur les muqueuses et responsables de la fréquence et la gravité des manifestations observées. Parmi les divers mécanismes invoqués on doit retenir :

- la suppression de la flore microbienne compétitive qui fait place à la flore fongique endogène ;
- le passage du candida de la levure à la forme mycelienne plus invasive

- Les corticoïdes, immunosuppresseurs, cytostatiques

* Terrain prédisposant

- La grossesse : Elle est favorisée par le déséquilibre hormonal intervenant durant cette période qui entraînent les modifications de l'épithélium au niveau du vagin et facilite l'implantation des levures d'origine digestive. Le pH vaginal est bas, et il y a une forte imprégnation hormonale
- les états pathologiques : Diabète, maladies de Hodgkin ;
- le Syndrome d'Immunodéficience Acquis (SIDA) ;
- la proximité des réservoirs pelviens et en particulier l'extrémité inférieure du tube digestif ;
- les perturbations liées aux artifices (tampons, abus d'injection vaginale, antiseptique, déodorant)
- Le port de sous-vêtements serrés entretenant humidité et la macération favorisant le développement du candida
- Les mauvaises conditions d'hygiène ;
- Les contraceptifs oraux.

- Fréquence

La fréquence des vaginites à candida Albicans ne cesse de croître FLEURY sur une série continue de 20 000 cas a trouve 20,5% de candida albicans (14).

75% des femmes présenteront au moins un épisode de mycose vaginale au cours de leur vie, 25% des femmes asymptomatiques sont porteuses vaginales de candida albicans et 25% des partenaires des femmes atteintes de mycose vaginale sont porteuses de candida albicans (4)

C'est dire la très grande fréquence des vaginites à candida albicans.

- Caractères cultureux et biochimiques

La culture sur milieu de Sabouraud entraine en 24 a 48 heures la formation de colonies blanches cremeuses

Sur milieu PCB (pomme de terre, carotte, bile) on obtient pour le candida albicans des chlamydo spores

Sur serum à 37° pendant 3 heures on obtient des filamentations.

On note la fermentation des sucres (auxanogramme) et l'assimilation des substances azotés (Zymogramme)

- Diagnostic

Il se fait de deux manières :

+ Diagnostic direct ou bactériologique

- Examen direct :

L'examen microscopique direct des sécrétions vaginales est spécifique mais peu sensible. On observe entre lame et lamelle des levures bourgeonnantes

- Culture.

La recherche par culture, facile a effectuée, reste la méthode de référence sur milieu PCB (pomme de terre, carotte, bile) on obtient des chlamydo spores. La détermination de la souche de levure isolée mycogramme au antifongogramme se révèle utile dans le cas des candidoses vaginales rebelles ou récidivantes

+ Diagnostic indirect ou sérologique

Par la recherche d'anticorps n'a pas d'intérêt pour les mycoses superficielles.

- Traitement

Il existe un éventail de thérapeutique riche et variée d'antifongique local ou à visée orale

+ Traitement local : On utilise

- Crèmes : telles que le nitrate de sulconazole, le miconazole, l'econazole

- Ovules à dosage normal 50 mg : s'effectuant pendant 14 à 15 jours tel que l'econazole, le miconazole

- Ovules à dosage fort : 150 mg : s'effectuant pendant 3 jours : l'econazole, l'isocazole

+ Traitement oral : dose à 150mg ; 250mg, 500mg.

Le traitement oral peut être fractionné en plusieurs prises par jour et pendant des jours ou en prise unique

Candida albicans dans les sécrétions vaginales (21).

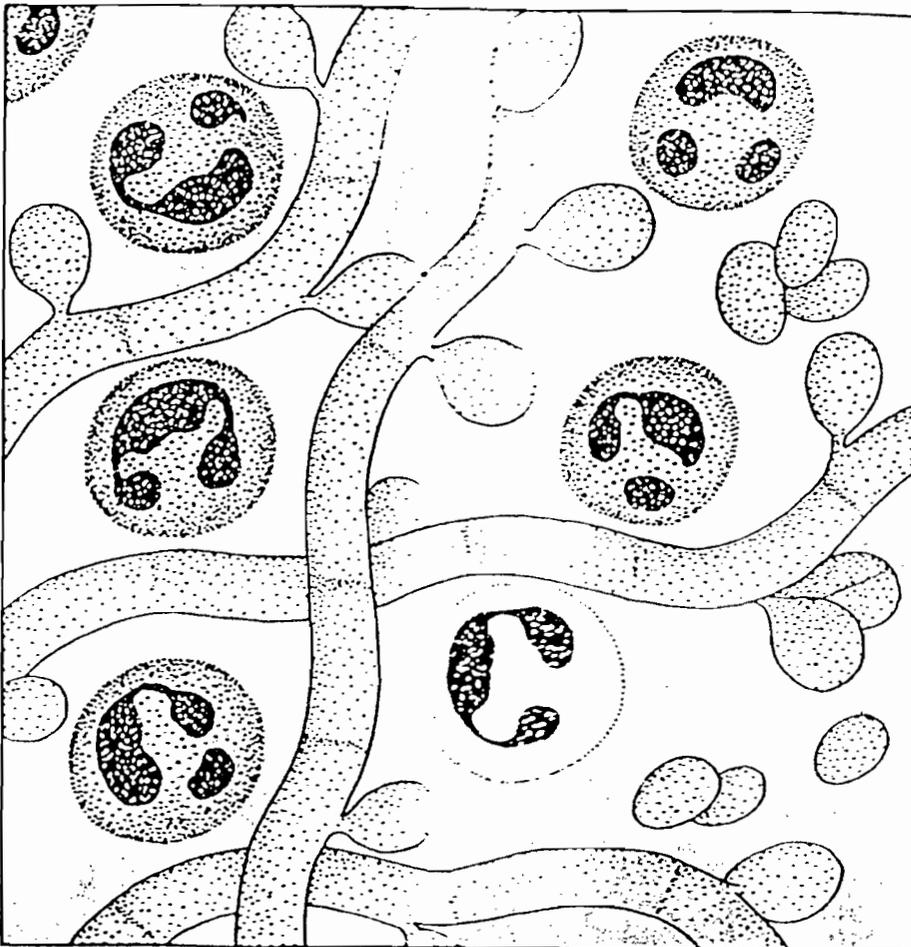


Abb. 259. *Candida albicans* (Soor): Hyphen und Sproßzellen im Vaginalsekret.

2.5. Infection génitale basse à candida Albicans :

Le terme de "vaginite" a été utilisé pour désigner tout processus inflammatoire au niveau du vagin qui se traduit essentiellement par une leucorrhée malodorante ou non, un prurit, une brûlure vulvo-vaginale et ou une dyspareunie

La vulvo-vaginite à candida albicans se caractérise par un prurit vulvaire, une brûlure vaginale, une leucorrhée abondante, blanchâtre, crémeuse et parfois une dysurie. À l'examen la vulve est rouge violacée, oedématisée présentant parfois de petites lésions aphtoides ou en crevasses.

Souvent la muqueuse vaginale présente un aspect de muget (granulations blanchâtres), parfois la muqueuse est simplement irritée, inflammatoire.

Le col est rarement le siège de lésions : exo ou endo-cervicite.

À travers la rougeur vaginale, la leucorrhée est caillébotée, blanchâtre.

- Forme selon le terrain -

- Chez l'homme il se manifeste par une balanite ou une balano-posthite. Mais la plupart du temps il est asymptomatique se manifestant par un léger prurit, or 25 % des partenaires des femmes atteintes de mycose vaginale sont porteurs de levures (4).

Chez la femme âgée, on constate une vulvo-vaginite avec prurit vulvaire, leucorrhées épaisses et grumuleuses en "lait caillé" et dyspareunie. Les muqueuses atteintes sont la aussi, douloureuses, avec un aspect érythémateux et un enduit blanchâtre. La transmission est vénérienne.

Chez la petite fille, la vulvo-vaginite à candida albicans est un peu rare. Mais la contamination peut se faire à partir d'objets de toilettes souillés.

- Selon la symptomatologie

Il existe une

· forme aiguë ou majeure qui se manifeste par des leucorrhées abondantes, blanchâtres caillébotées, un prurit intense, une dyspareunie très prononcée à tel point que la patiente redoute même les rapports sexuels.

· forme moyenne qui se manifeste par des leucorrhées moins abondantes, un prurit qui est d'apparition nocturne. Il existe plus ou moins une dyspareunie.

· forme latente ou le seul signe est le prurit qui est d'aggravation nocturne. Souvent elle est asymptomatique.

- Selon la localisation

les signes peuvent être soit localisés au niveau du vagin dans ce cas on parle de vaginite, soit au niveau de la vulve = vulvite

La forme localisée est très rare

- Selon l'évolution

Il n'est pas rare de voir des candidoses récidivantes. La récurrence survient quelque temps après traitement

- Formes associées

La candidose vulvo-vaginale peut être associée à d'autres formes tels que le streptocoque, le trichomonas vaginalis, gardnerella vaginalis

- Complications

Exceptionnelle chez la femme non enceinte, mais chez la femme en grossesse risque de contamination du nouveau-né rupture prématurée des membranes, endométrite du post-partum chez la mère

Complications psycho-caractérielles caractérisées par des malades, obsédés par cette infection dont l'apparition reste longtemps inexplicée. Elles redoutent les rapports sexuels entraînant des conflits conjugaux.

C'est au médecin de les rassurer, les prévenir des rechutes, leur montrer l'importance des facteurs favorisants, la bénignité de l'affection

MATERIEL ET METHODE

III. MATERIEL ET METHODE

3.1. Matériel :

C'est une étude descriptive réalisée à l'hôpital Gabriel Touré et porte sur un échantillon de 288 cas de candida albicans sur 6409 coconsultantes.

Elle s'est étalée sur douze mois de janvier à décembre 1994

La taille de l'échantillon est obtenue à partir de la formule $n = Z \cdot \alpha \cdot \sqrt{Pq/i^2}$.

L'intervalle d'âge se situe de 13 à 50 ans. Il n'y avait pas d'âge limite, seul prévalait la présence de candida albicans isolé au prélèvement vaginal.

Le fluconazole, traitement minute de la candidose vaginale est administré à la dose de 150 mg en prise unique

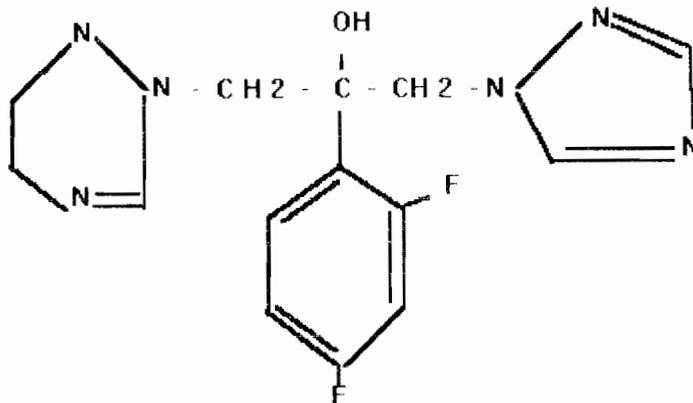
L'expression "traitement minute" remonte à CUILLERIE (7) en 1939 - 1940 au cours d'un traitement de masse des urétrites aiguës masculines par le 2090 R.P. (Thiazomide Sulfathiazol)

Le fluconazole . Diflucan 150^R présenté sous forme de gélule unique. Il est retenu dans le cadre de notre étude.

Medicament inscrit au tableau A, appartenant à la famille des antimycosiques, s'opposant à la prolifération des champignons microscopiques.

Le fluconazole : Diflucan 150^R

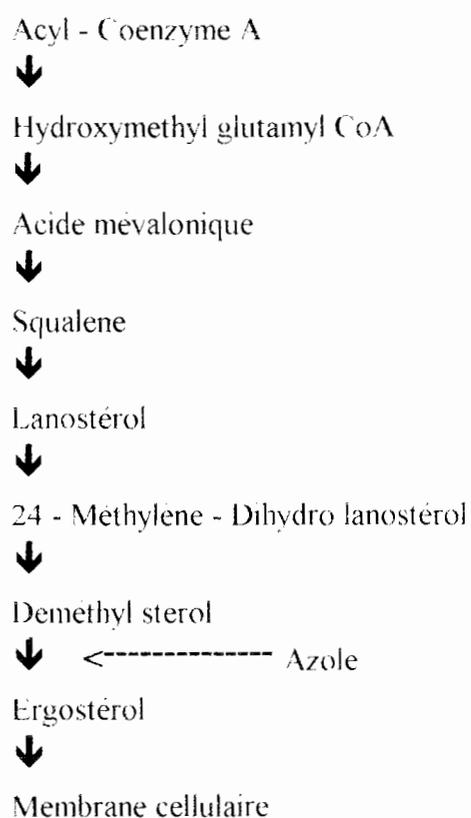
Le fluconazole a été synthétisé en novembre 1981. C'est un membre de la nouvelle classe chimique des triazolés, spécifiquement c'est un bis - triazole de structure chimique :



C'est une molécule simple polaire et symétrique, ce qui contribue à sa solubilité.

- Mode d'action :

Les dérivés azolés altèrent la membrane fongique. Chez *Candida albicans*, la biosynthèse de l'ergostérol principal stérol membranaire, est réduite avec accumulation des précurseurs dans la chaîne de synthèse lanostérol et divers 14-méthyl stérols. Cette action semble due à l'interaction de l'antifongique avec le cytochrome P₄₅₀ des mitochondries fongiques avec blocage de la déméthylation en C₁₄. D'autres modes d'action ont été proposés : lésions directes par fixation sur la membrane avec perte de potassium intracellulaire, accumulation de peroxyde toxique, résultat de l'interaction des dérivés azolés sur les enzymes oxydatifs. Outre l'atteinte des systèmes membranaires, ces molécules peuvent altérer la paroi fongique avec défaut de séparation des bourgeons de la levure mère et inhiber la formation des filaments de *Candida albicans*.



- Mode d'action des dérivés azolés sur la synthèse de l'ergostérol, principal stérol membranaire des champignons (11) .

- Etude pharmacocinétique :

Le fluconazole est rapidement et presque complètement absorbé après prise orale à 90%. L'absorption n'est pas affectée par la nourriture. Il a une 1/2 vie plasmatique de l'ordre 25 à 30 heures. Il est très soluble dans l'eau.

- Distribution :

La concentration du fluconazole dans les différentes variétés du tissu vaginal, salive, liquide péritonéal, crachat est celle atteinte dans le plasma.

La concentration dans l'urine vaut 10 fois celle qui se passe dans le plasma.

Le fluconazole traverse la barrière sanguine du cerveau. Cette propriété est unique parmi les antifongiques couramment disponibles.

- Contre - Indication :

- femmes en grossesse
- femmes qui allaitent

- Indications

Affections due à candida albicans

- **effets secondaires** nausée, trouble digestifs, urticaire

- Critères d'inclusion

- les femmes chez lesquelles le candida albicans a été isolé au prélèvement vaginal
- les femmes chez lesquelles en plus du candida albicans d'autres germes ont été isolés soit à l'ECBU, soit à l'examen des selles

- Critères d'exclusion

- les femmes en grossesse
- celles qui allaitent
- celles qui présentent d'autres germes associés à candida albicans au prélèvement vaginal

3.2. Cadre de l'étude et méthode .

L'hôpital Gabriel Touré situé au centre de la ville de Bamako, d'accès facile, comporte un important service de gynéco - obstétrique.

Les consultations se passent au boxe I et II de gynécologie au service de consultation externe. Deux médecins consultent par jour, l'un au boxe I et l'autre au Boxe II. Les consultations se passent du lundi au vendredi, chaque médecin ayant un jour de consultation.

C'est dans le boxe I qu'a eu lieu la composition de l'échantillonnage. Il comprend un bureau avec des chaises, une armoire, un lavabo et une serviette éponge. Il comprend aussi, une salle d'examen qui est composée d'une table de gynécologie, quelques spéculums, une cuvette contenant une solution antiseptique, des doigts et une lampe mobile. Un dossier est établi pour chaque malade.

Après une interrogation précise, la patiente est installée sur la table de consultation en position gynécologique.

Un examen minutieux de la vulve est entrepris, puis un examen au spéculum pour apprécier la muqueuse vaginale, l'aspect des sécrétions, le col utérin.

Un toucher vaginal, associé au palper abdominal est fait pour l'examen de l'utérus et de ses annexes. Ne disposant pas de matériels adéquats pour l'examen extemporané des sécrétions vaginales, les femmes sont envoyées au laboratoire pour le prélèvement et l'analyse des micro-organismes.

Le souhait aurait été de faire l'examen microscopique direct des sécrétions vaginales, mais pour cela il aurait fallu plusieurs spéculs, des gants chirurgicaux, des écouvillons des lames, lamelles, un pH-mètre, une solution physiologique et un microscope.

Les femmes consultent soit pour des leucorrhées, dyspareunie, prurit vulvaire, douleur pelvienne soit pour infertilité ou infécondité.

Le recrutement se fait sur la base des signes cliniques, mais après confirmation du laboratoire.

Les examens étaient faits dans différents laboratoires, mais principalement à l'INRSP et au Point "G".

Toutes les femmes qui viennent pour vulvo-vaginite, ou pour stérilité primaire, au secondaire reçoivent un bilan.

Ce bilan comprend un prélèvement vaginal (P.V.), un examen cyto-bactériologique des urines (ECBU), un bordet-Westerman (B.W.), une numération formule sanguine et une vitesse de sédimentation (NFS-VS), un examen de selle (POK). Pour la sérologie HIV, elle n'était pas donnée de manière systématique, mais en fonction des réactifs disponibles au laboratoire de l'hôpital Gabriel Fouré et en cas de suspicion clinique.

Pour la vulvo-vaginite à *Candida albicans*, la patiente reçoit du fluconazole diflucan 150^R qui est souvent associé à d'autres médicaments en fonction du résultat des autres analyses biologiques. Elle est ensuite revue pour un contrôle biologique et clinique après traitement.

Compte-tenu des moyens et du coût élevé des analyses et du traitement, le contrôle biologique n'est pas souvent effectué. Ce qui fait que l'on a une grande déperdition des malades. Certaines après traitement, après disparition des signes fonctionnels, ne revenaient plus.

C'est dire toutes les difficultés rencontrées dans cette étude.

RESULTATS

IV. RESULTATS

Au terme d'une année d'étude nous avons enregistré 288 patientes ayant une vulvo-vaginite à candida Albicans sur 6409 consultantes soit une prévalence de 4,49 %.

TABLEAU 1 : Répartition des patientes en fonction de l'âge.

Age (ans)	Effectifs	Pourcentage
10 - 14	2	0,7%
15 - 19	30	10,4%
20 - 24	82	28,5%
25 - 29	80	27,8%
30 - 34	59	20,5%
35 - 39	23	8,0%
40 - 44	8	2,8%
45 - 49	3	1%
50 - 54	1	0,3%
TOTAL	288	100%

GRAPHE 1 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE L'AGE

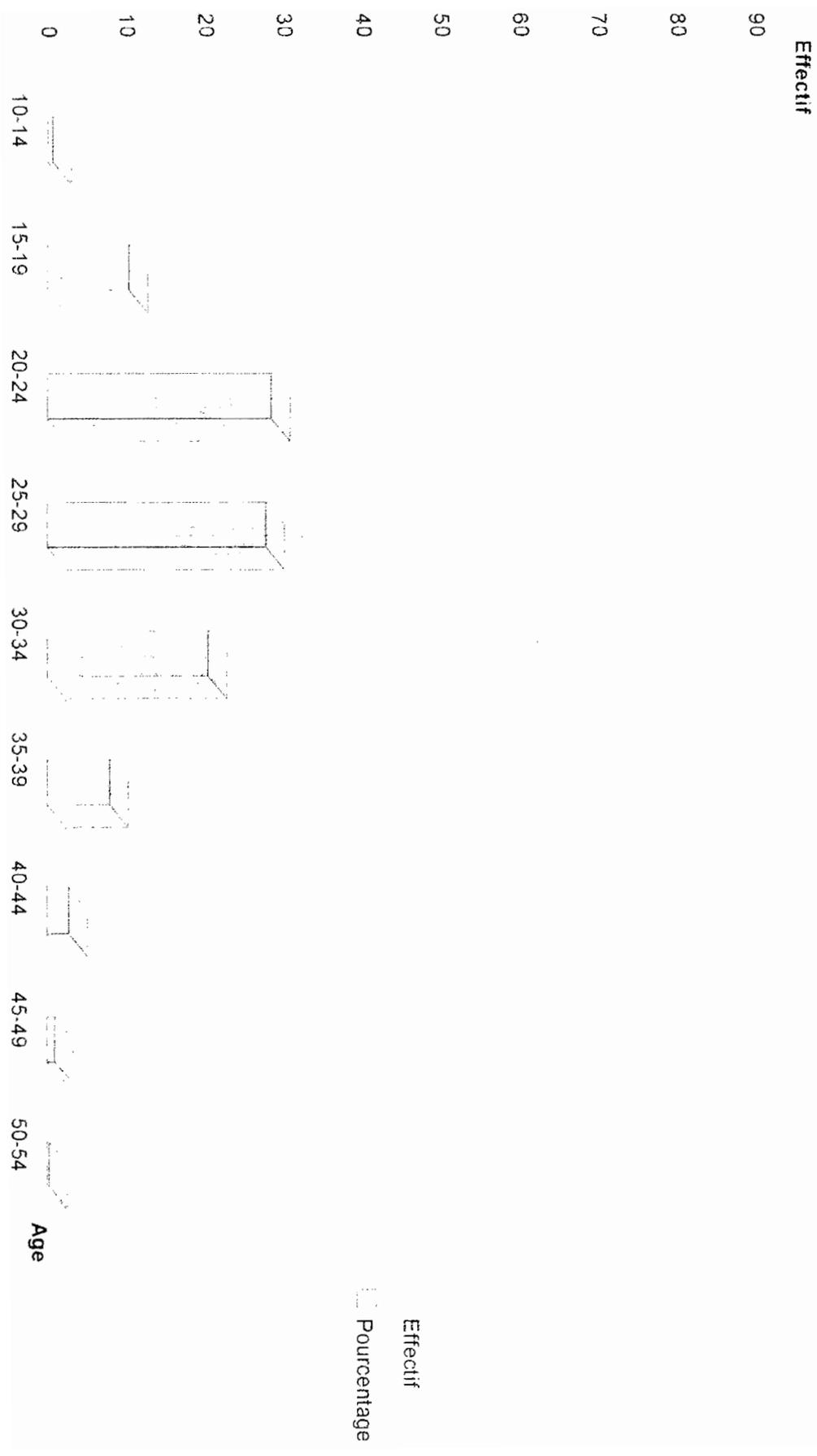


TABLEAU 2 : Répartition des patientes en fonction de la maturité sexuelle

Age (ans)	Effectifs	Pourcentage
13 - 18	21	7%
19 - 40	259	89,9%
41 et plus	8	2,8%
TOTAL	288	100%

La tranche d'âge de 19 à 40 est la plus représentée avec un taux de 89,9%

GRAPHE 2 : REPARTION DE DES PATEINTES EN FONCTION DE LA MATURITE SEXUELE

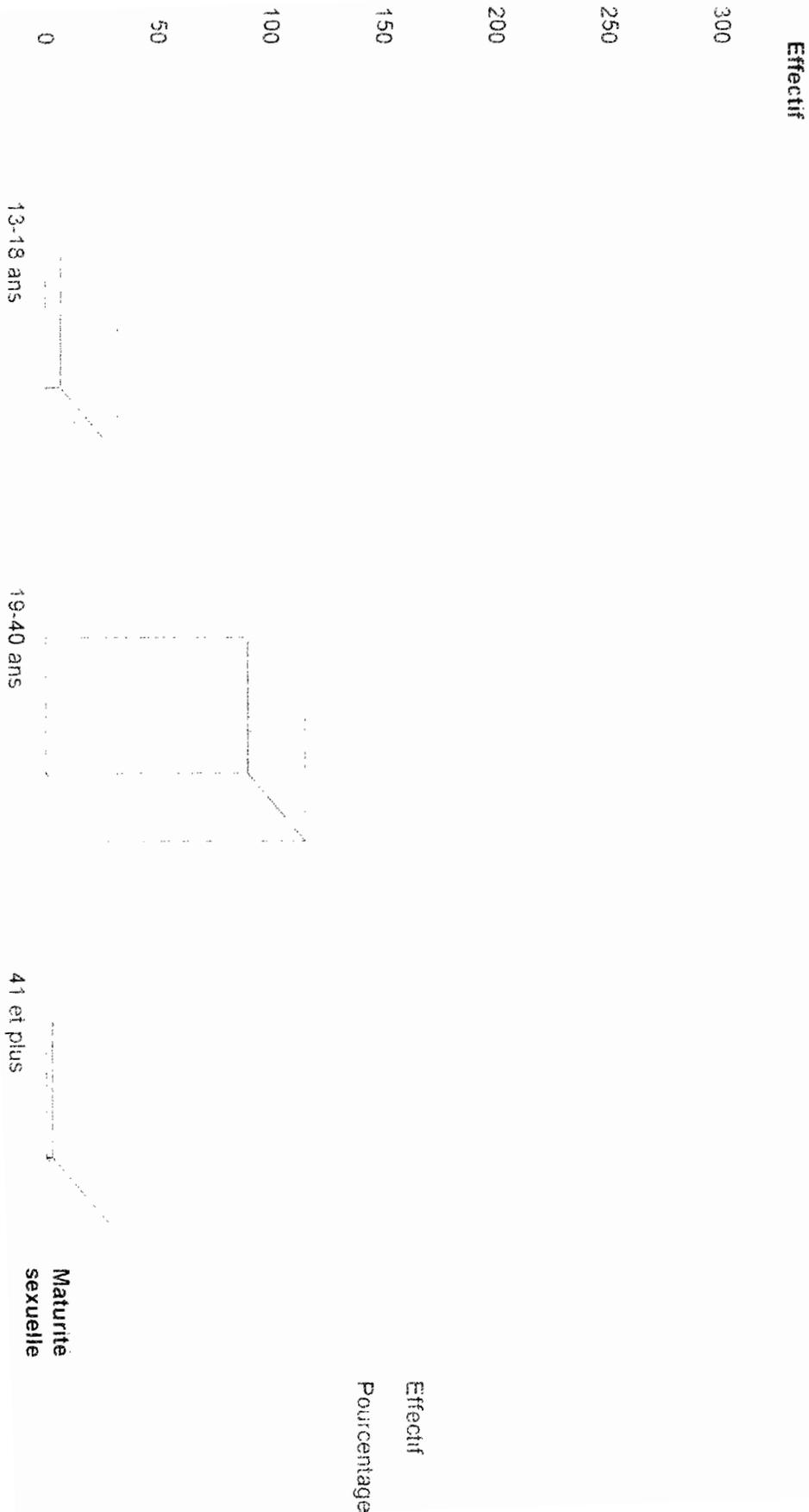


TABLEAU 3 : Répartition des patientes en fonction du lieu de Résidence

Lieu de residence	Effectifs	Pourcentage
Commune I	27	5,2 ^o %
Commune II	51	17,7 ^o %
Commune III	36	12,5 ^o %
Commune IV	66	22,9 ^o %
Commune V	58	20,1 ^o %
Comune VI	35	12,2 ^o %
Autres	15	5,2 ^o %
TOTAL	288	100%

GRAPHE 3 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DU LIEU DE RESIDENCE

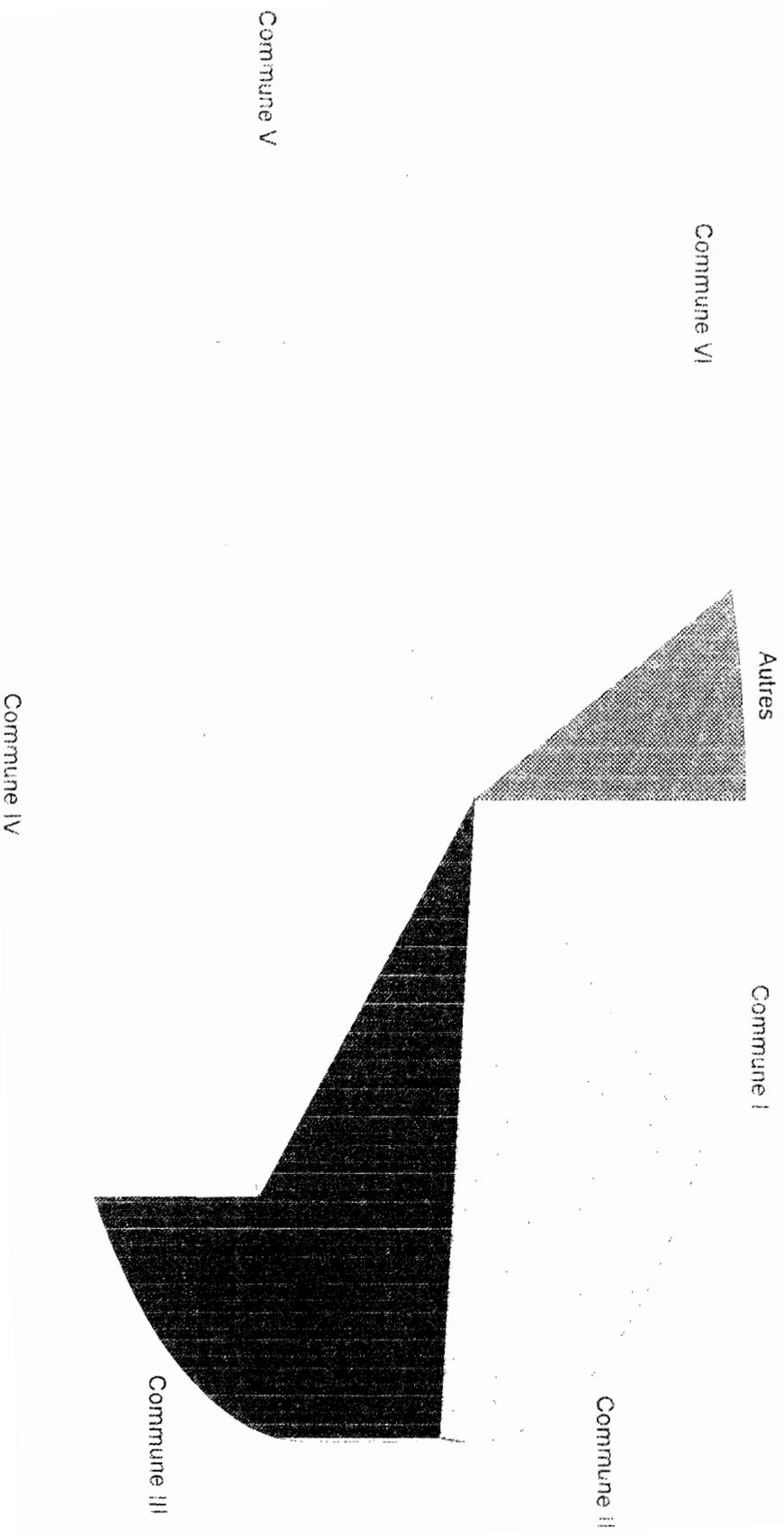


TABLEAU 4 : Répartition des patientes en fonction de la catégorie socio-professionnelle

Profession	Effectifs	Pourcentage
Eleve	26	9,00%
Etudiante	33	11,50%
Fonctionnaire	63	21,90%
Menagere	141	49,00%
Profession liberale	25	8,70%
TOTAL	288	100%

On constate un pourcentage eleve de menagere 49,00%

GRAPHE 4 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE LA CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE

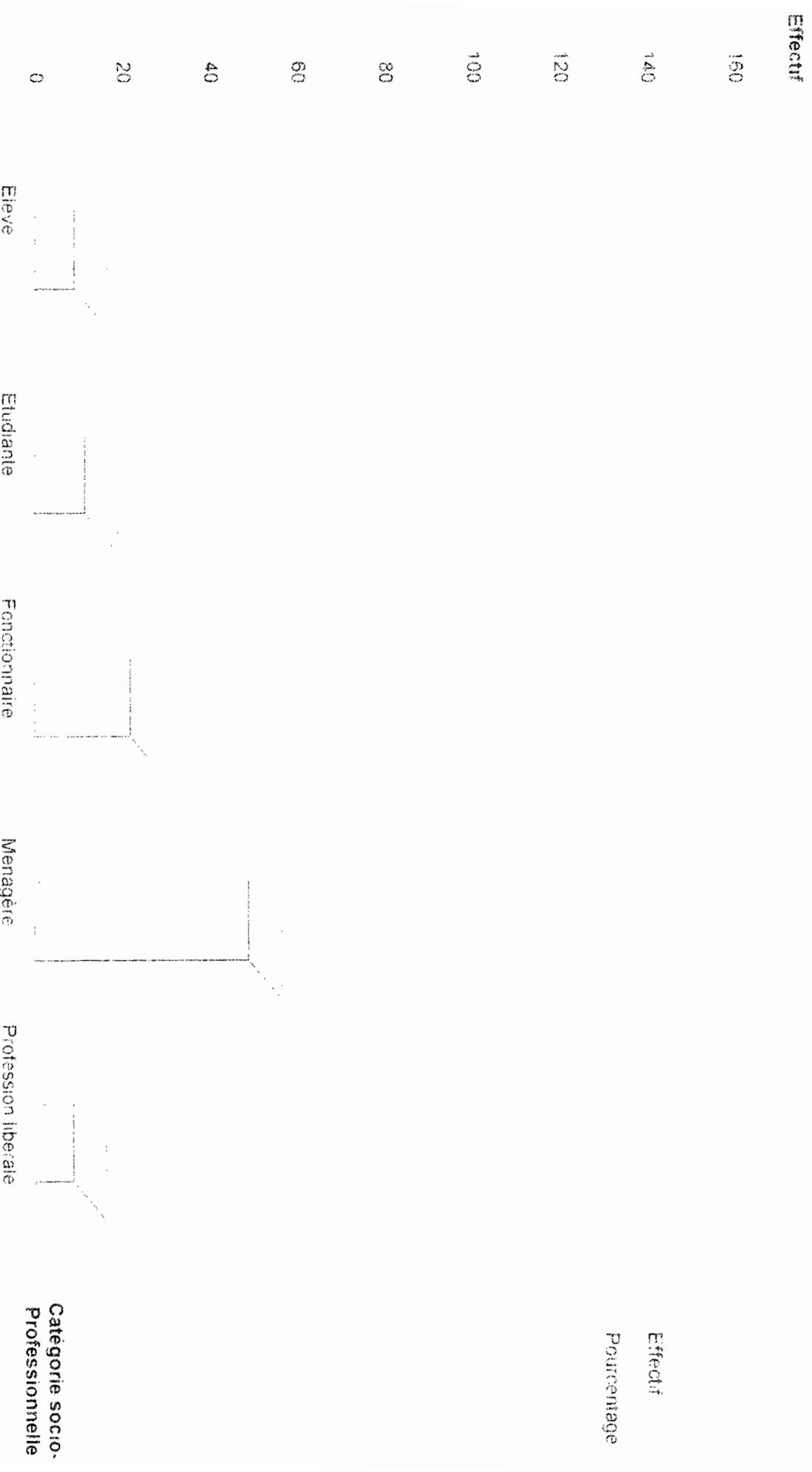


TABLEAU 5 : Repartition des patientes en fonction du statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Celibataire	90	31,3%
Régime monogamique	147	51,0%
Régime polygamique	51	17,7%
TOTAL	288	100%

Le taux le plus élevé se trouve dans les ménages monogames avec un pourcentage de 51,0%

GRAPHE 5 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DU STATUT MATRIMONIAL

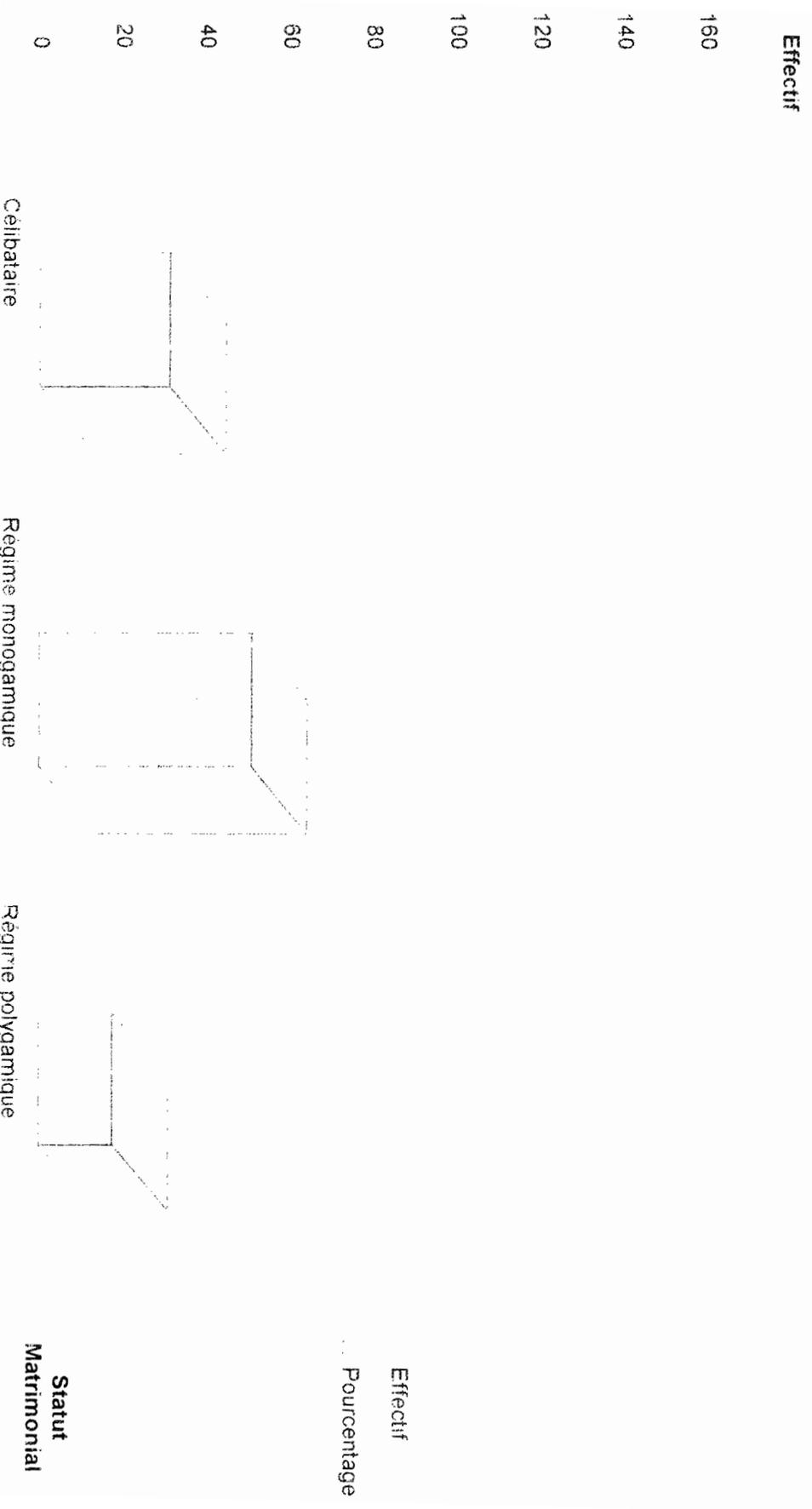


TABLEAU 6 : Répartition des patientes en fonction du cycle menstruel.

Cycle menstruel	Effectifs	Pourcentage
Regulier	273	94,8%
Irregulier	15	5,2%
TOTAL	288	100%

On constate un taux elevé de candidose vaginale parmi les femmes ayant un cycle regulier

GRAPHE 6 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DU CYCLE MENSTRUEL.



TABLEAU 7 : Répartition des patientes en fonction de la gestité.

Gestité	Effectifs	Pourcentage
0	93	32,3%
1-6	178	61,8%
7-11	17	5,9%
TOTAL	288	100%

On constate un pourcentage élevé de candidose vaginale parmi les femmes ayant fait une à six grossesses

GRAPHE 7 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE LA GESTITE



TABLEAU 8 : Répartition des patientes en fonction du nombre d'accouchement (Parité).

Parité	Effectifs	Pourcentage
0	137	47,6 ^o
1 - 6	140	48,7 ^o
7 - 11	11	3,7 ^o
TOTAL	288	100%

Un taux élevé de candidose vaginale s'observe chez les femmes ayant fait un à six accouchement

GRAPHE 8 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DU NOMBRE D'ACCOUCHEMENT (Parité).

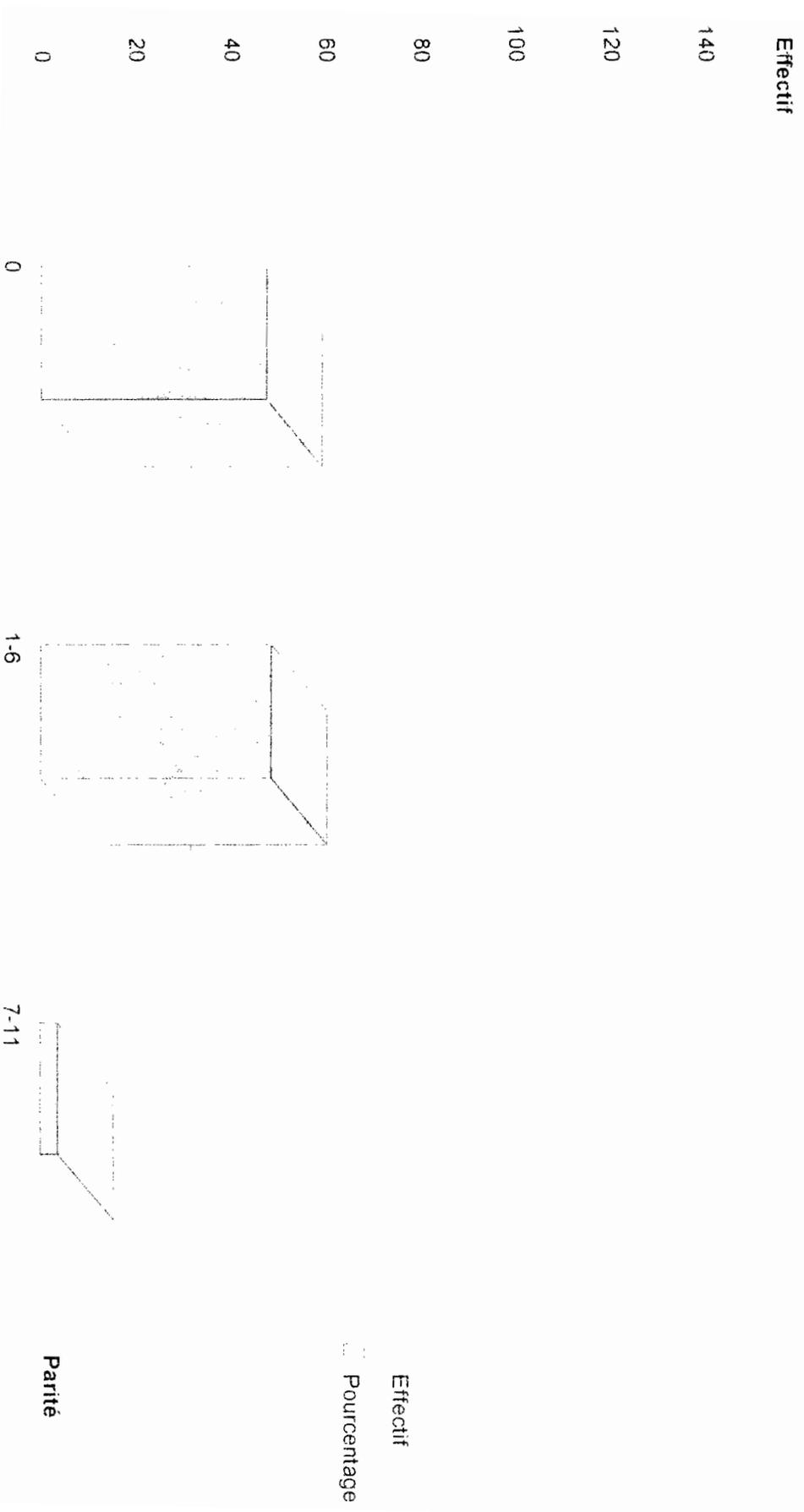


TABLEAU 9 : Répartition des patientes en fonction de l'utilisation et du mode de contraceptifs.

Utilisation et mode de contraceptifs	Effectifs	Pourcentage
0	249	86,5%
Pilule	34	11,8%
DIU	5	1,7%
TOTAL	288	100%

On constate un taux élevé de candidose vaginale parmi celles n'utilisant aucune méthode contraceptive

GRAPHE 9 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE L'UTILISATION ET DU MODE DE CONTRACEPTIFS.

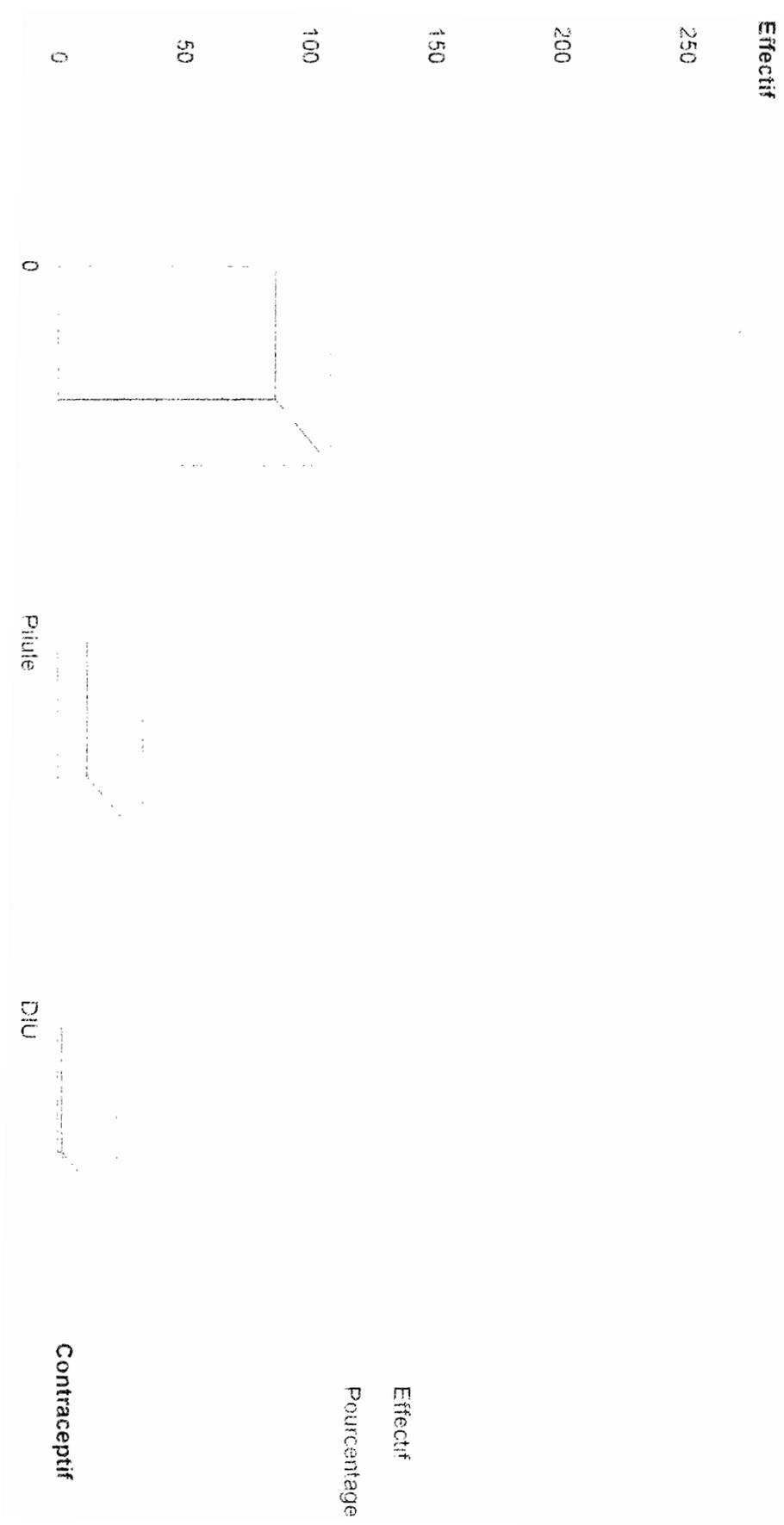


TABLEAU 10 : Répartition des patientes en fonction du nombre d'avortement.

Nombre d'avortement	Effectifs	Pourcentage
0	236	81 %
1	37	12,8%
2	11	3,8%
3	2	0,7%
4	2	0,7%
TOTAL	288	100%

On constate un taux élevé de candidose vaginale parmi celles n'ayant subi aucun avortement

GRAPHE 10 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DU NOMBRE D'AVORTEMENT

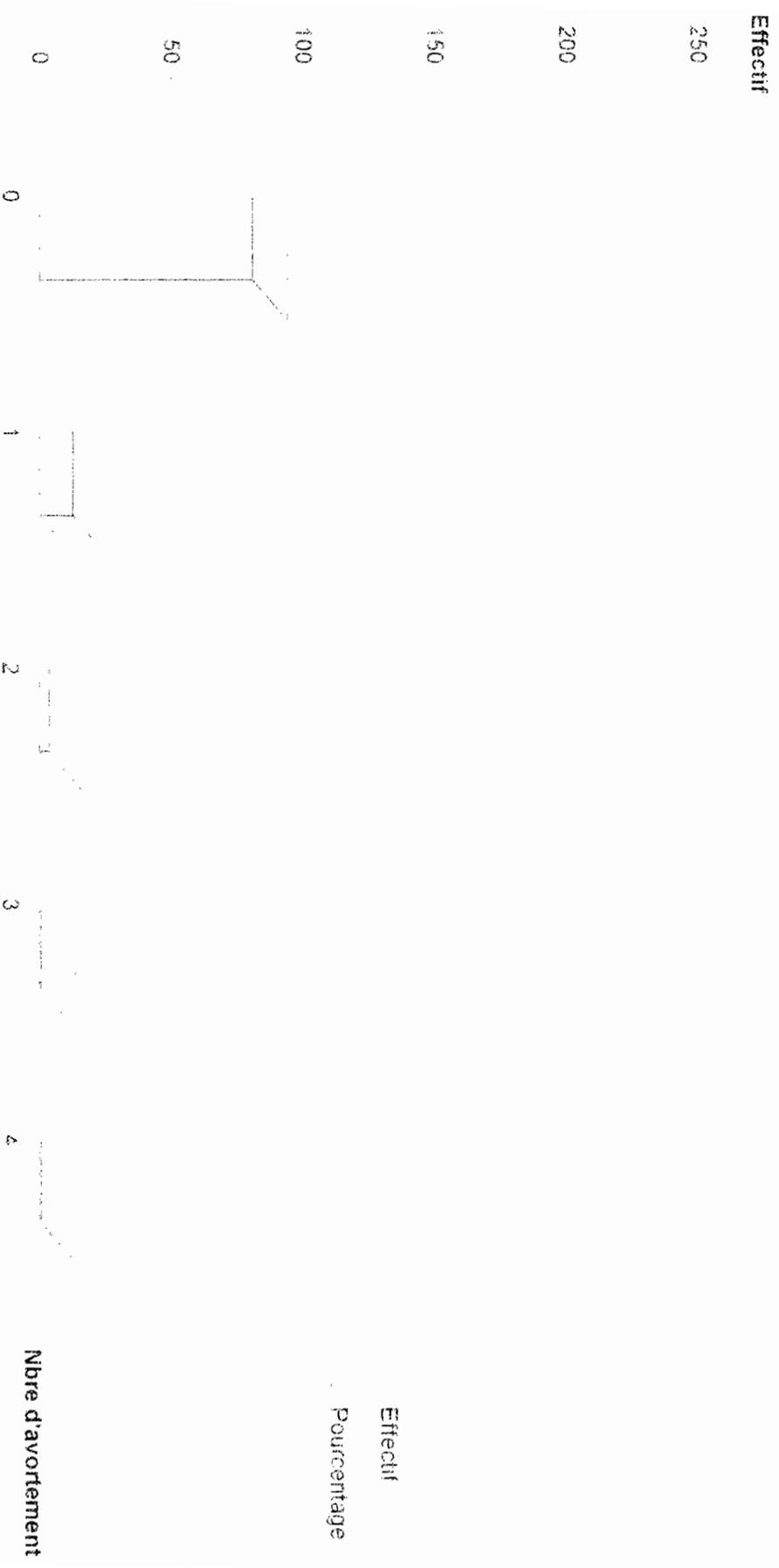


TABLEAU 11 : Répartition des patientes en fonction des antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage
Aucun	258	81%
Gynécologique	17	5,1%
Digestif	12	3,6%
Intervention gynécologique + digestive	1	0,3%
TOTAL	288	100%

On constate que les femmes n'ayant aucun antécédent chirurgical ont une fréquence plus élevée de candidose vaginale

GRAPHE 11 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DES ANTECEDENTS CHIRURGICAUX.

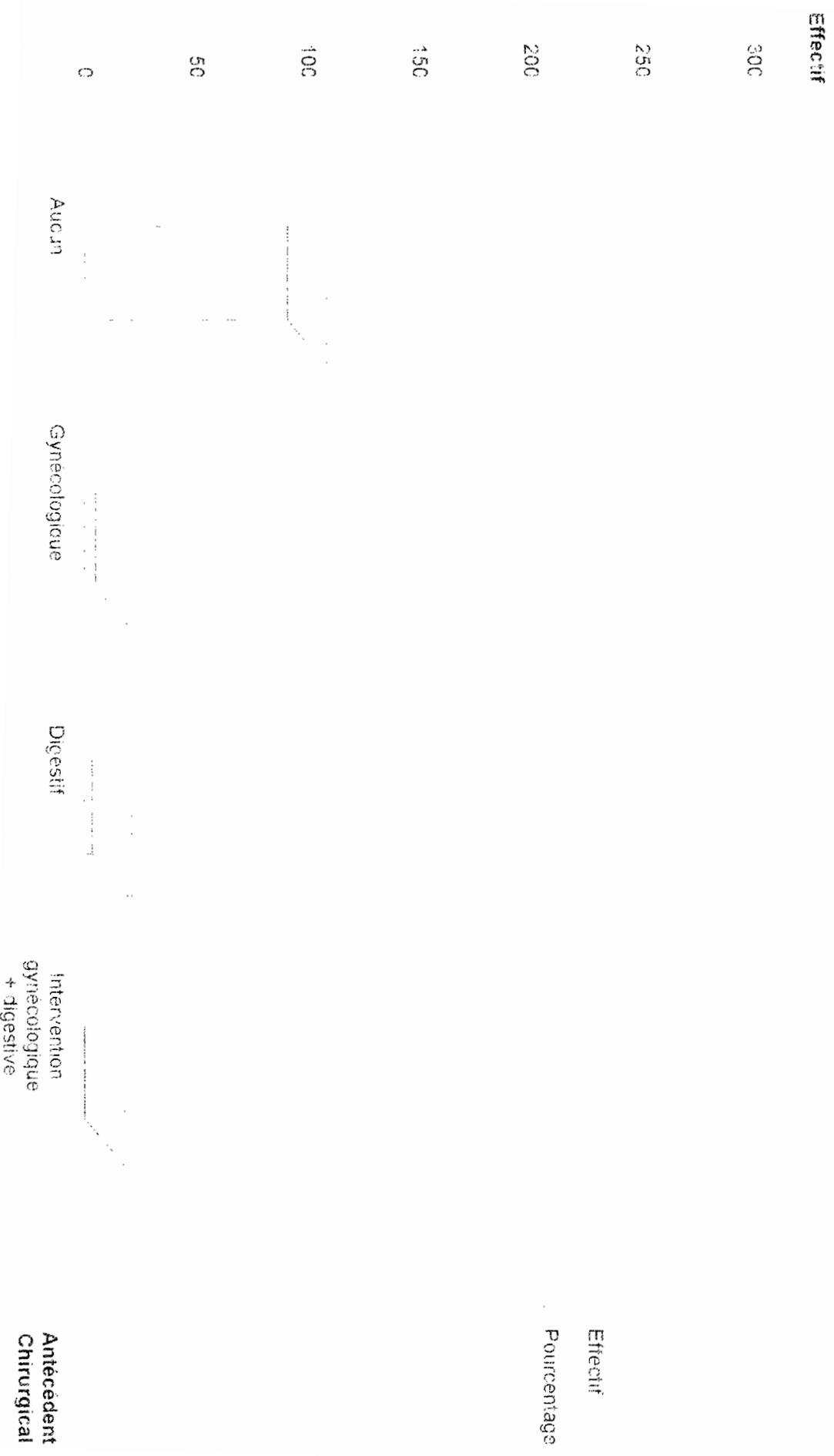


TABLEAU 12 : Répartition des patientes en fonction des antécédents médicaux

Antécédants médicaux	Effectifs	Pourcentage
Angines	3	1,0%
Asthme	3	1,0%
Céphalées	8	5,1%
Douleurs abdominales	5	3,2%
Diabète	2	1,3%
Drepanocytose	1	0,6%
Gastrites	3	1,0%
HFA	2	1,3%
Hyperthyroïdie	1	0,6%
Migraine	5	3,2%
Paludisme	115	74,7%
Ulcère	5	3,2%
Vertige	1	0,6%
TOTAL	288	100%

GRAPHE 12 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DES ANTECEDENTS MEDICAUX.

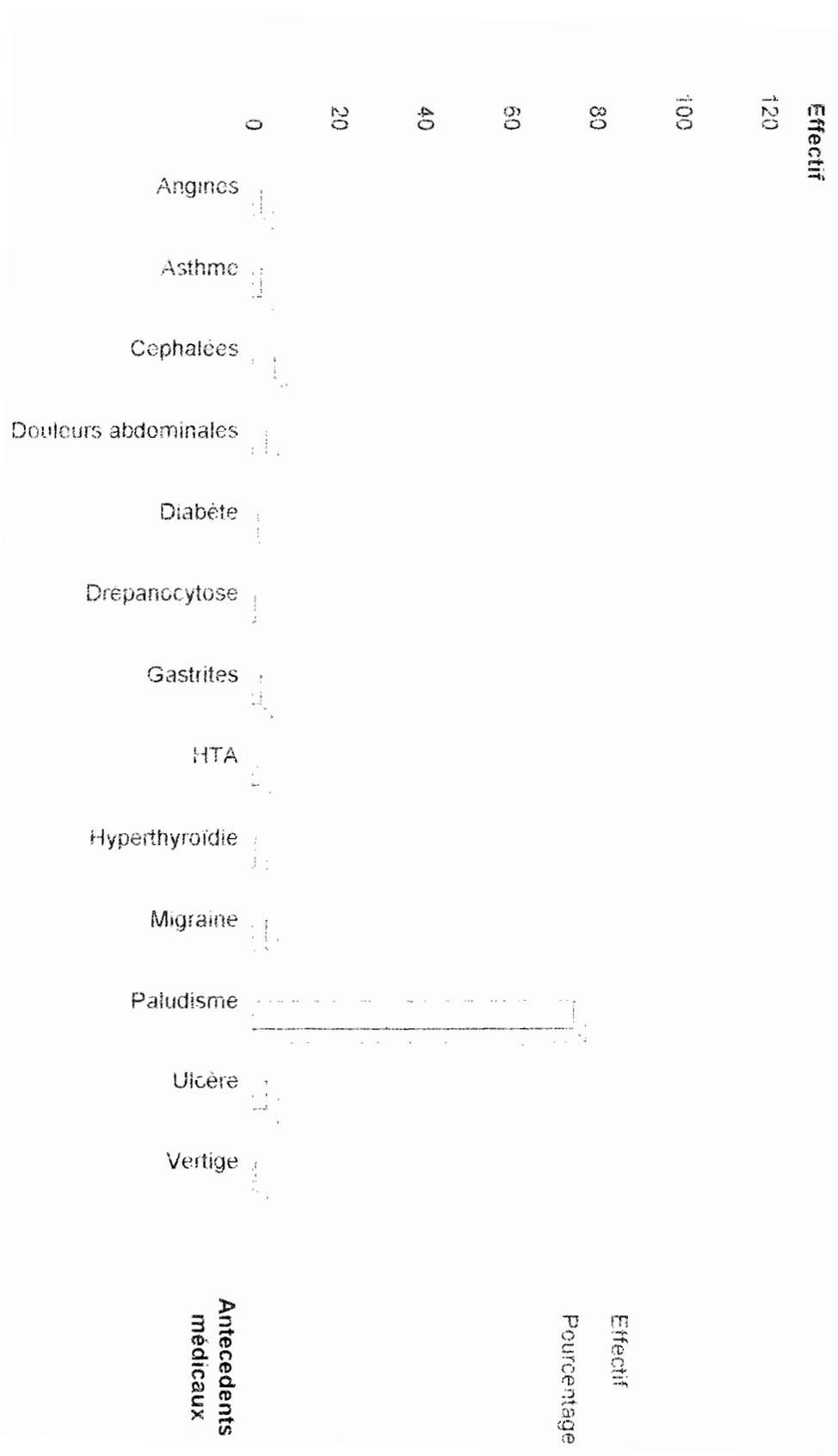


TABLEAU 13 : Répartition des patientes en fonction des habitudes de vie

Habitude de vie	Effectifs	Pourcentage
Aucune	270	93,9%
Tabac	6	2,1%
Alcool	3	1,0%
TOTAL	288	100%

On constate que les femmes n'ayant aucune habitude de vie ont une fréquence plus élevée de candidose vaginale

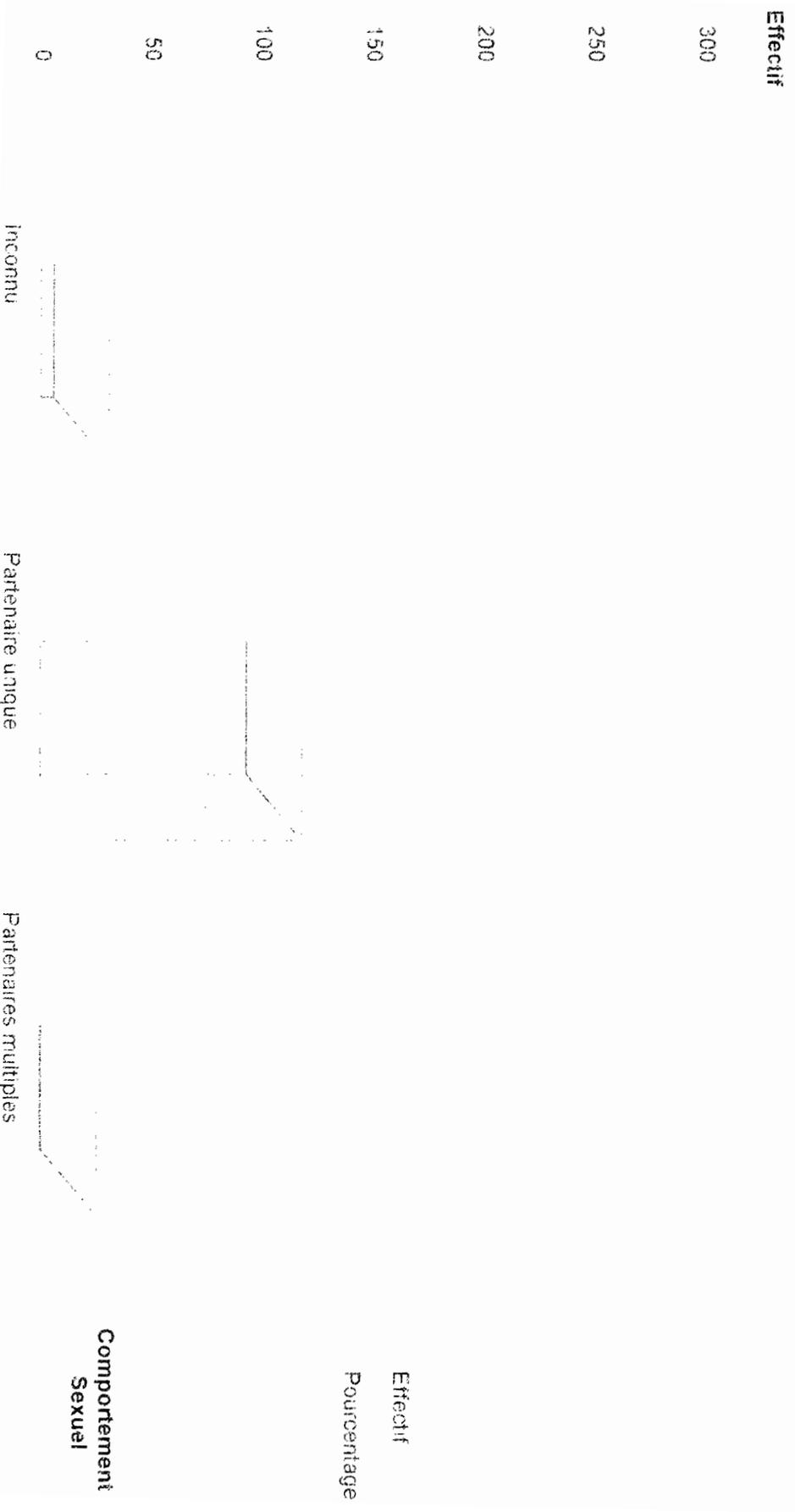
GRAPHE 13 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DES HABITUDES DE VIE.



TABIEAU 14 : Répartition des patientes en fonction du comportement sexuel.

Comportement sexuel	Effectifs	Pourcentage
Inconnu	17	5,9%
Partenaire unique	269	93,4%
Partenaires multiples	2	0,7%
TOTAL	288	100%

GRAPHE 14 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DU COMPORTEMENT SEXUEL.



TABLÉAU 15 : Répartition des patientes en fonction de la leucorrhée.

Leucorrhées	Effectifs	Pourcentage
Presence	254	88,5%
Absence	33	11,5%
TOTAL	288	100%

On constate que 88,5% des patientes présentent des leucorrhées

GRAPHE 15 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE LA LEUCORRHEE



TABLEAU 16 : Répartition des patientes en fonction du prurit.

Prurit	Effectifs	Pourcentage
Presence	199	69,1 ⁰ %
Absence	89	30,9 ⁰ %
TOTAL	288	100%

On constate que 199 patientes soit 69,1⁰% presentent un prurit

GRAPHE 16 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DU PRURIT

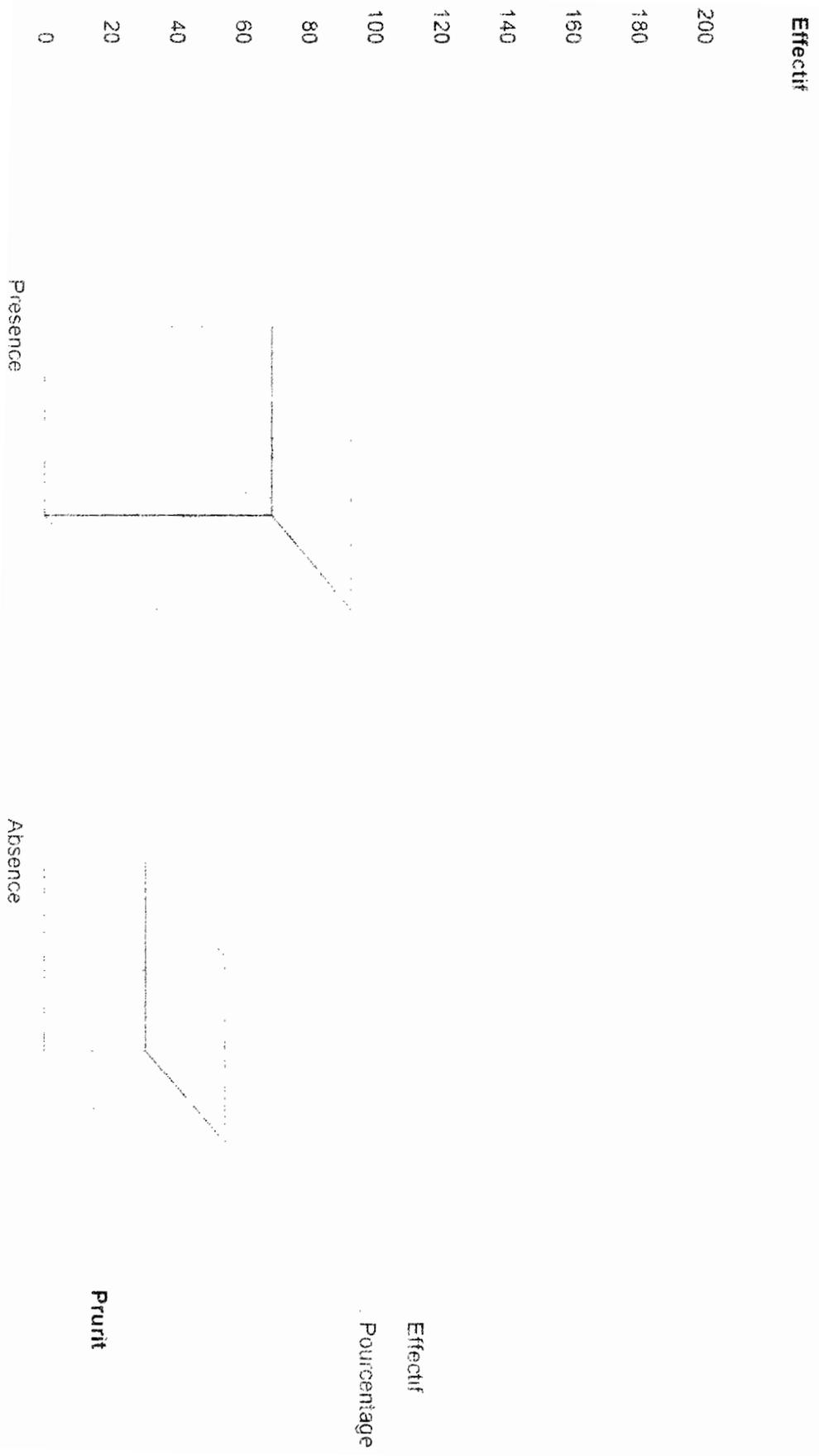


TABLEAU 17 : Répartition des patientes en fonction de la Dyspareunie.

Dyspareunie	Effectifs	Pourcentage
Presence	162	56,3%
Absence	126	43,8%
TOTAL	288	100%

On constate que 162 patientes (56,3%) présentent une dyspareunie

GRAPHE 17 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE LA DYSPAREUNIE

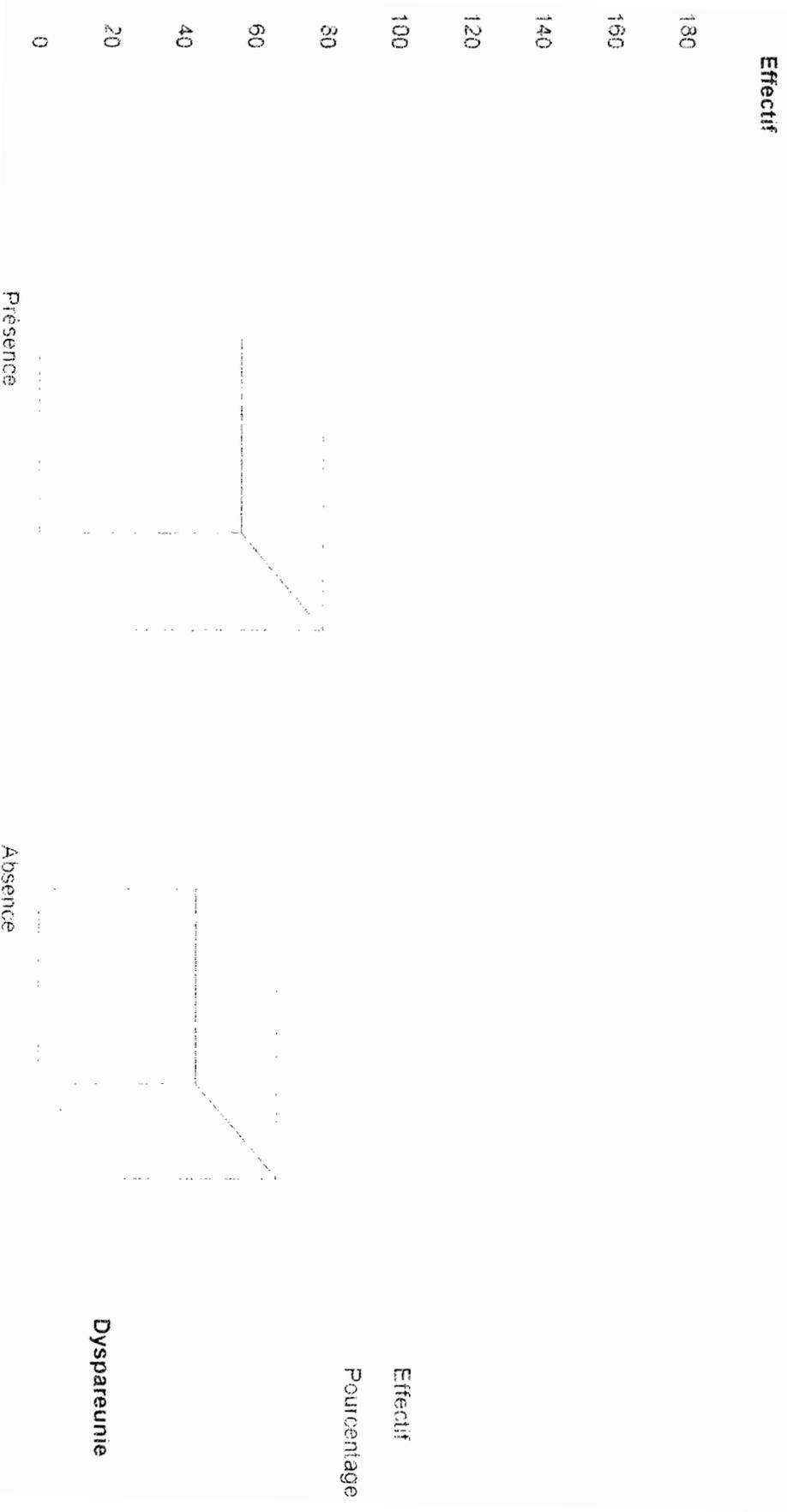


TABLEAU 18 : Répartition des patientes en fonction du résultat de l'examen parasitologique des selles.

Résultat examen des selles	Effectifs	Pourcentage
Candida Albicans	6	2,1%
Kyste d'entamoeba histolytica	1	0,3%
Oeufs d'Ascaris	1	0,3%
Négatif	247	85,8%
Non fait	33	11,5%
TOTAL	288	100%

GRAPHE 18 : REPATITION DES PATIENTES EN FONCTION DU RESULTAT DE L'EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES

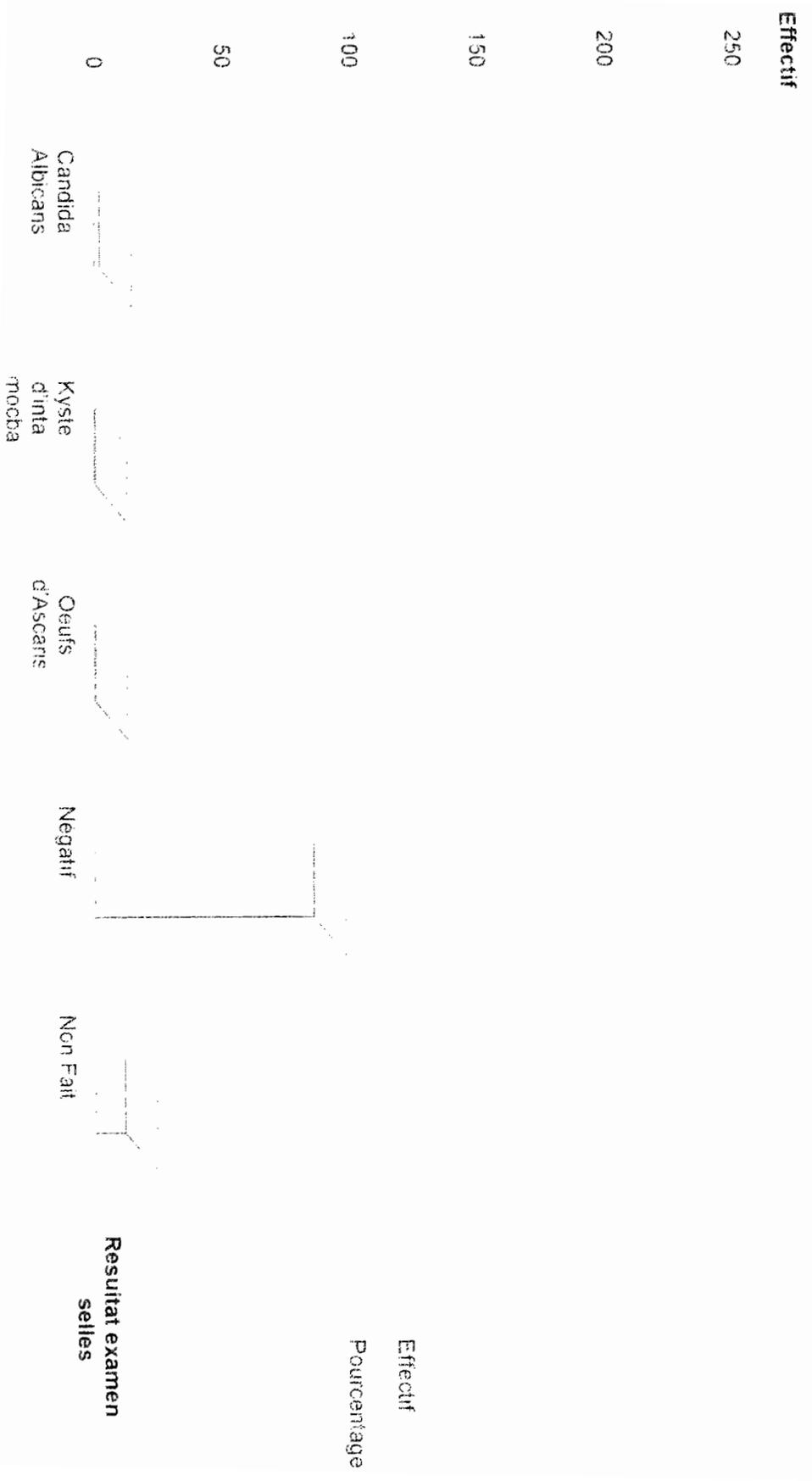


TABLEAU 19 : Répartition des patientes en fonction du résultat de l'examen cyto-Bactériologique des urines.

ECBU	Effectifs	Pourcentage
Candida Albicans	10	3,5%
Bacilles gram (-)	1	0,3%
Coccies gram (-)	0	2,1%
Enterobacter	1	0,3%
Escherichia coli	3	1,0%
Gonocoque	2	0,7%
Protéus	2	0,7%
Schistosoma hematobium	7	2,4%
Staphylocoque	4	1,4%
Culture stérile	252	87,5%
TOTAL	288	100%

GRAPHE 19 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DU RESULTAT DE L'EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES



TABLEAU 20 : Répartition des patientes en fonction du résultat de la Glycémie

Glycémie	Effectifs	Pourcentage
Normale	287	99,70%
Elevée	1	0,30%
TOTAL	288	100%

GRAPHE 20 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DU RESULTAT DE LA GLYCEMIE.



TABLÉAU 21 : Répartition des patientes en fonction de la sérologie HIV.

Sérologie HIV	Effectifs	Pourcentage
Négatif	286	99,3%
Positif	2	0,7%
TOTAL	288	100%

GRAPHE 21 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE LA SEROLOGIE HIV

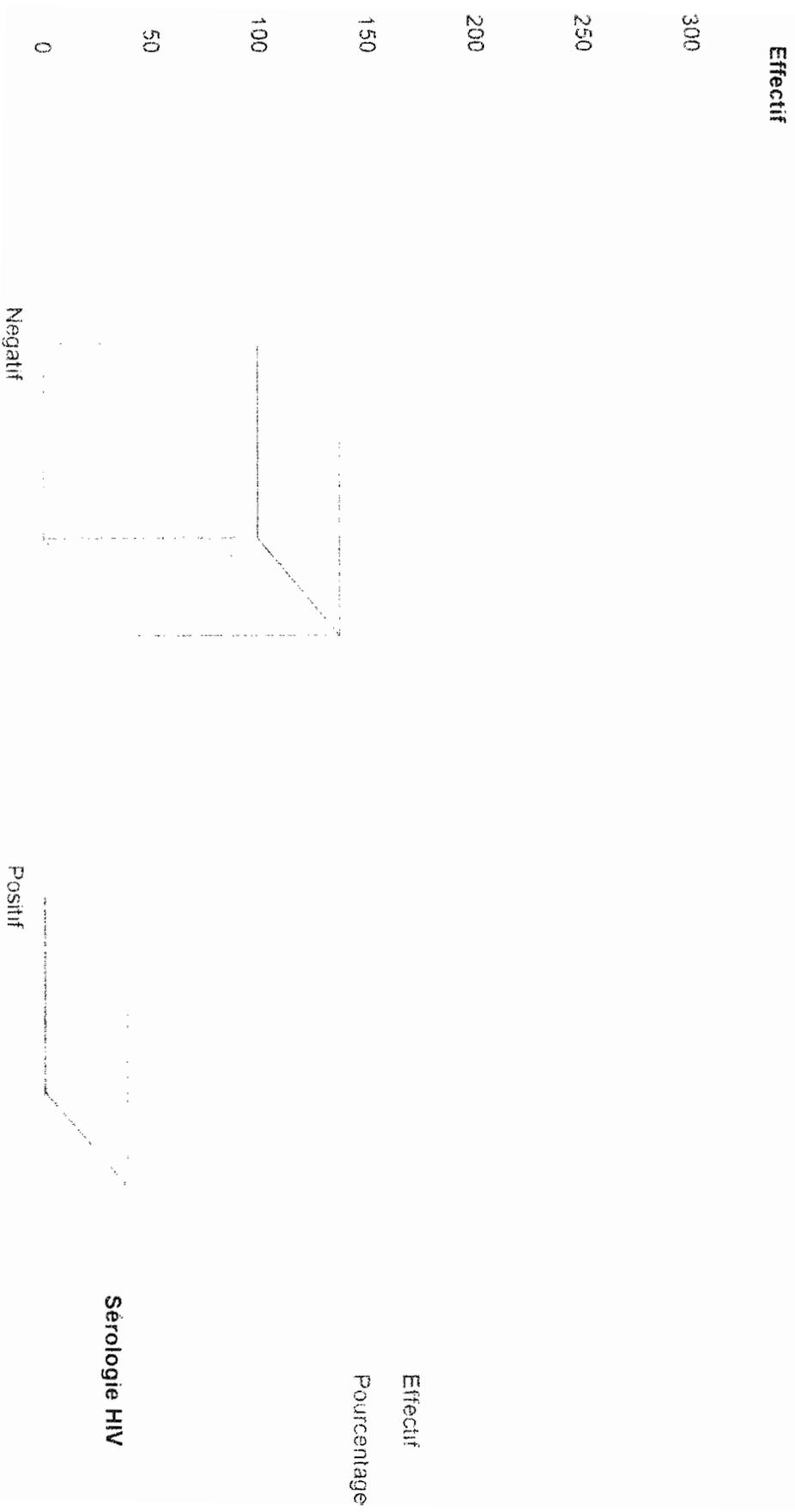


TABLEAU 22 : Répartition des patients en fonction du traitement des partenaires

Traitement partenaire	Effectifs	Pourcentage
Oui	235	81,6%
Non	53	18,4%
TOTAL	288	100%

GRAPHE 22 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DU TRAITEMENT DES PARTENAIRES

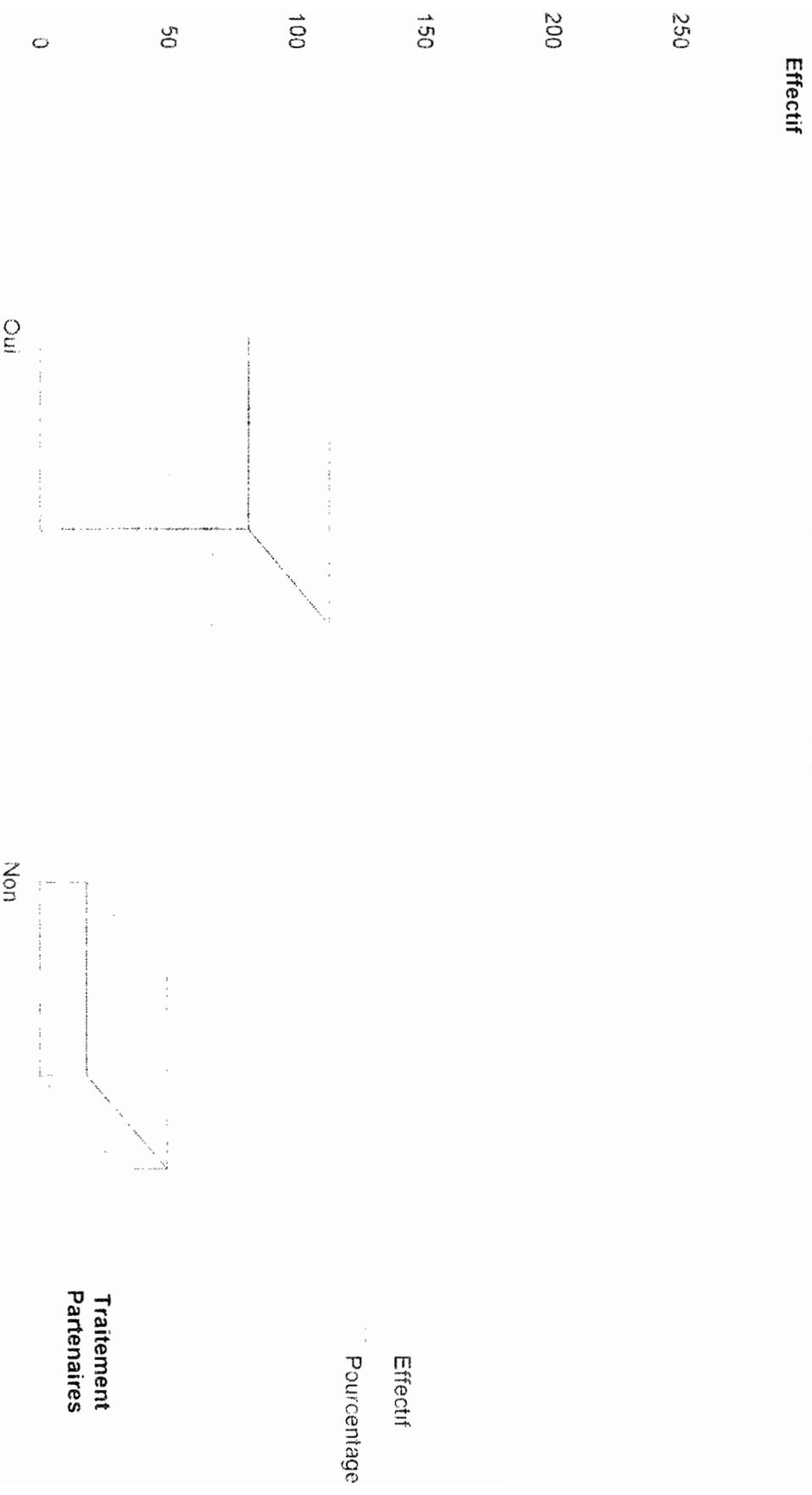


TABLEAU 23 : Repartition des patientes en fonction du contrôle effectué après traitement.

Contrôle effectué après traitement	Effectifs	Pourcentage
Candida Albicans présent	17	5,9%
Candida Albicans absent	256	88,0%
Non revu	15	5,2%
TOTAL	288	100%

GRAPHE 23 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DU CONTRÔLE EFFECTUÉ APRES TRAITEMENT

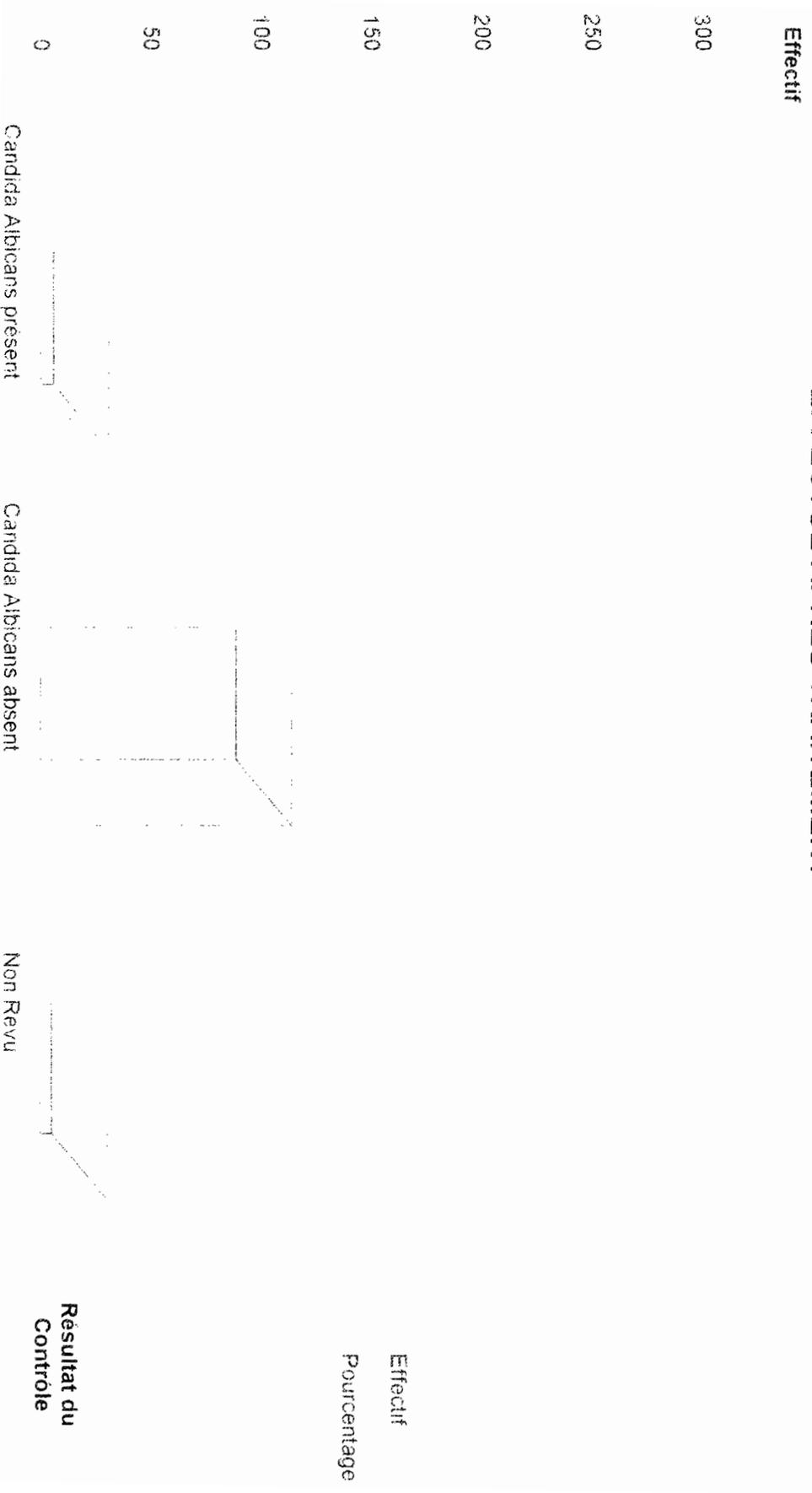


TABLEAU 24 : Répartition des patientes en fonction des effets secondaires après prise du fluconazole.

Effets secondaires	Effectif	Pourcentage
Oui	0	0 ⁰ ₀
Non	288	100 ⁰ ₀
Total	288	100%

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Au terme d'une année d'étude, 288 patientes ont présentées une vulvo-vaginite à candida albicans et traitées par le fluconazole.

La fréquence de la candidose vulvo-vaginale à candida albicans est de 4,40% dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURI.

Ce taux est inférieur à celui retrouvé à l'hôpital du Point "G" par SOUMARI D (33) qui est de 24,8%.

Il en est de même pour d'autres auteurs comme GUINDO A (16) 7,1% et FLEURY (14) 20,5%.

La candidose vulvo-vaginale s'observe à tous les âges.

La tranche d'âge la plus atteinte est celle de 20 à 24 ans avec un taux de 28,5%.

Mme VIVIEN YULI (20) a trouvé une fréquence plus élevée dans le groupe d'âge de 16 à 25 ans sans spécifier de taux.

La plus jeune patiente dans notre étude a 15 ans. Ce rajeunissement de l'âge dénote de la fréquence des infections génitales même chez les jeunes filles.

La fréquence est presque nulle chez les patientes de 50 à 54 ans (0,3%).

La tranche d'âge de 19 à 40 ans, correspondant à la période d'activité sexuelle maximum, est la plus représentée avec un taux de 80,9%.

La commune IV est la plus touchée avec 22,9%. Les communes II et III, situées au pourtour de l'hôpital, totalisent un taux de 30,2%.

Les ménagères constituent le groupe le plus atteint avec un taux de 49%, car elles constituent la majorité de la population féminine du district.

Le taux retrouvé chez les fonctionnaires est de 21,9% est presque identique à celui des élèves et des étudiantes (20,5%).

Les patientes sous contraception représentent 13,5%. Ce taux est inférieur à ceux de BOURRE P (4) et des laboratoires SQUIBB (22) qui sont respectivement de 43,1% et 60%.

Pour FLEURY (14) les contraceptifs oraux ou hormonaux accusés de favoriser la candidose vaginale n'ont jamais vu leur culpabilité prouvée.

Nous ne pouvons à notre tour ni confirmer ni infirmer cette hypothèse de HEURY (14) tant la gamme de contraceptifs utilisés par nos patientes provenant de différents centres de planning familial nous était inconnue.

Nous avons trouvé une fréquence élevée de candidose vaginale chez les monogames avec un taux de 51% soit 147 cas, par rapport aux célibataires 31% soit 90 cas.

Il convient de noter que certains auteurs comme GUINDO A (16) retrouvent une fréquence plus élevée dans le cas des MST/SIDA chez les monogames.

Ce qui peut s'expliquer par le nombre plus élevé de monogames par rapport aux polygames dans la population générale.

La fréquence de 17,7% observée chez les polygames est tout à fait inférieure à nos attentes.

Le *Candida albicans* est présent dans les selles avec un taux de 2,1% soit 6 cas. ROHATNER (29) a trouvé un taux de 48%, CHOUVA LAVALE (8) 25,4% quand à COHEN ET COHEN (29) ils ont trouvé un taux de 65%.

Notre taux est de loin inférieur à ceux trouvés par les trois premiers auteurs cités et supérieur à celui trouvé par NYOBI E. (26).

Au niveau de la symptomatologie, on observe que 88,5% des patientes présentent des leucorrhées, 69,1% un prurit, 56,3% une dyspareunie.

Ces symptômes sont retrouvés par la majorité des auteurs comme BOURRILLON P. (4) FARIA A. (12) et les laboratoires SQUIBB (22).

Avec le fluconazole Diflucan 150^R on obtient un taux de guérison symptomatologique et mycologique de 88% après contrôle. Résultat en rapport avec celui de CHRISTINE DE LOS REYES (20) qui obtient un taux de 85 à 88% de guérison-amélioration. Nous avons trouvé un taux d'échec de 5,9% soit 17 cas, 15 patientes soit 5,2% ont échappé à notre contrôle après traitement.

Aucun effet secondaire n'a été observé au cours du traitement au fluconazole dans notre étude.

Par contre CHRISTINE DE LOS REYES (20) sur 3720 patientes traitées au fluconazole a relevé des effets secondaires à type de nausées (2,1%), maux de tête (0,9%) et des douleurs abdominales (0,7%).

Dans notre étude l'intérêt du traitement minute au fluconazole a donné les avantages suivants

- il est indolore et d'application facile
- il évite par la prise unique la négligence fréquente des malades devant continuer un traitement à dose fractionnée .
- il est bien toléré par le malade
- il procure une guérison de qualité dans les heures qui suivent .
- il brise par sa rapidité d'action les risques de dissémination, mais aussi de psychoses graves liées à une candidose aiguë ou traînante .
- il met les malades à l'abri d'une récurrence rapide par une dose de fongicides adéquats .
- il permet la reprise rapide d'une activité sexuelle normale
- il peut être appliqué avec succès en traitement de masse

Notre ambition d'un contrôle de l'efficacité du fluconazole chez les partenaires a été vouée à l'échec

Ses inconvénients sont importants et doivent être toujours à l'esprit quand on a recours à cette méthode

Les règles d'utilisation du traitement minute sont

- ne peut être utilisé en cas de poly-infections
- ne peut être utilisé qu'après un diagnostic biologique précis
- est susceptible de provoquer une allergie si le produit est sensibilisant
- nécessite un contrôle biologique et clinique après prise .
- ne bénéficie pas de l'approbation de tous les médecins

CONCLUSION

VI. CONCLUSION

A l'hôpital GABRIEL TOURE de janvier a decembre 1994 288 patientes ont ete soumisees au fluconazole sur 6409 consultantess soit 4,49%. La candidose vulvo-vaginale constitue un probleme de sante publique. Elle atteint toutes les femmes en periode d'activite genitale de toute categorie professionnelle, et de par ses manifestations peut amoindrir la qualite de vie de celles qui en souffrent.

On constate une frequence elevee de candidose parmi les monogames avec un taux de 51% soit 147 cas par rapport aux celibataires 31% soit 90 cas.

Les menageres constituent le groupe le plus atteint soit 141 cas avec un taux 49%.

Le taux de guerison - amelioration sous fluconazole est de 88% apres controle.

Le taux d'echec est de 5,9% soit 17 cas.

15 patientes ont echappe au controle biologique apres traitement soit un taux de 5,2%.

Dans notre etude nous n'avons constate aucun effet secondaire avec le fluconazole diflucan 150^R.

QUELQUES RECOMMANDATIONS

Pour une guérison complète au fluconazole Diflucan 150^R il est important de respecter ces quelques recommandations

- porter de préférence des slips en coton qui absorbent la transpiration et en changer chaque jour
- éviter les sous vêtements trop serrés qui favorisent la macération
- utiliser une serviette de toilette personnelle
- ne pas utiliser des injections vaginales entraînant un déséquilibre de la flore normale vaginale
- reprendre le traitement deux mois après pour éviter, limiter les récurrences

Sa lutte doit passer par une information, une éducation et montrer aux femmes que leur souci de propreté peut être à l'origine de cette affection

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. AIDE VISUEL DU PRATICIEN

Vaginoses bactériennes

Revue d'information et de formation médicales

Rhône-Poulenc Santé-Doma-Jun 1990

1051A - P - 4

2. ASSOCIATION FRANÇAISE DES PROFESSEURS DE PARASITOLOGIE

Parasitologie Mycologique

Edition C et R 79, rue Faidherbe

59110 la madeleine

3. BITERIA R.

Le centre de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles à Dakar

Stratégie premier bilan perspectives de lutte

These Med Dakar 1981 N° - 118

4. BOURRE P.

Les mycoses

Pfizer International 1991 - P 35 - 50

5. BOYE B.

Contribution à l'étude de la prévalence des levures du genre candida isolées des prélèvements vaginaux au cours de la grossesse

These pharm - Dakar 1981 n° - 49

6. CATALYUD C.

Résultat d'une enquête parasitologique chez les patientes atteintes de leucorrhées

These Med Toulouse 1970 - n° - 176

7. CUILLERET P.

Le traitement minute de la blennorragie aigue par le 20 90 R P

Revue med de France Dec 1940 - N° - 6 - P 357 - 370

8. CHOVALOVA E.

Les maladies tropicales

Tome 2

Edition Mir 1984 - P 206

9. DIALLO R.

Prevalence de *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans* et *Gardnerella vaginalis* parmi les etiologies des infections genitales feminines a Bamako

These Pharm 1993 n°-1

10. DOUCOURE A.

Contribution a l'etude des vaginites parasitaires a propos de 200 frottis vaginaux

These Med Bko 1975 n°-10

11. DUPONT B. ; DROUHET E.

Antifongiques

Maladies infectieuses 8004 M¹⁰ 9 1990 15 p

Encyclopedie Medico-Chirurgicale Paris France

12. FARI A.

Vaginites et endocervicites

Gynecologie 379 A¹⁰ 3 1990 p 9

Encyclopedie Medico chirurgicale (Paris France)

13. FAYE K. ; KOUASSI Y H.

Prevalance de quatre agents des maladies transmises sexuellement au cours des leucorrhées a Abidjan

Bulletin de la societe de pathologie exotique 86 (4) 245-7, 1993

14. FLEURY F. J.

Adult Vaginites, clinical obstetries and gynecology

1981 24 407 - 438 London New-York

15. GENTILINI M. ; DUFFLO B.

Les maladies tropicales

Hannanion Medecine Science 4e edition 1986 France

16. GUINDO A.

Etude de la prevalence des principaux agents pathogenes responsables de MST SIDA dans une population de femmes en age de procreer dans le centre de sante de la commune II du district de Bamako

These Pharm 1994 n° 5

17. HAFEZ E. S.E

Histophysiologie du vagin et de la vulve

Gynecologie, 33 A¹⁰ P 4 - 7 - 12

Encyclopedie Medico-chirurgicale Paris

18. HURLEY R.

Recurrent candida infection clinics in obstetrics and gynecologic
1981, 8 - 202-214 London New-York

19. KEITA S. A.

Contribution a l'etude des maladies sexuellement transmissibles dans le district de Bamako
These Med Bamako 1981

20. KINGHOR G R.

La candidose vaginale
Themes et defis actuels
Pfizer 17 novembre 1990 Nice France P. 2

21. KNÖR. K.

Lehrbuch
der Geburtshilfe und gynaekologie
Berlin Heidelberg New-York 1982 P 523-526

22 LABORATOIRE SQUIBB

Candidose vulvo vaginale Traiter le foyer digestif pour eviter les recidives
Revue d'information Le quotidien France

23 LARIVIERE M.

Parasitologie Médicale
Nov 1987 France P 218 1987 Paris France

24 LEIBOWISCH M. L.

Pathologie vulvaire
Laboratoire Janssen 1994 Paris France

25 LOROU GNON F.

Initiation aux schemas therapeutiques des des maladies sexuellement transmissible (M. S. T)
Bureau central de coordination
Revue du PNE S /MST Côte d'Ivoire Juillet 1994

26 NYOBE E.

Limite et interet des examens parasitologiques des selles dans le soinsde sante courants
These pharm 1983 n°61

27 OUHON G.

Etologie des vulvo vaginites a Abidjan
These Med Abidjan 1980

28 RICHARDSON R. G.

Fluconazole and its role in vaginal candidiasis
Royal society of medicine services London New York 1989 P. 11 - 15

29 RICHARDSON R. G.

La candidose vulvo vaginale et le developpement de son traitement oral
B H ch redacteur spectrum international 1994 France

30 SAMAKE F.

Contribution a l'approche epidemiologique des consultations gyneco- obstetricales dans le district de Bamako
These Med 1990 ENMP

31 SAIOLARINASY R. S.

Contribution a l'etude des vaginites infectieuses etude cytobacteriologique de 2117 prelevements effectues a l'institut pasteur de Madagascar
These med Universite Antananarive Madagascar 1991

32. SIBOULET A. J. M.

Maladies sexuellement transmissibles
Pfizer revue 2000

33. SOUMARE D.

Les infection genitales basses en consultation au service de gynco obstetrique de l'hopital National du P G Bamako (157 observations)
These 1988 n° 10

34. TALL M. M.

Projet d'intervention visant a freiner la propagation des MST/Sida dans un groupe a haut risque dans le district de Bamako
These Pharm 1982 n° 5

35. THIAM D.

Les maladies sexuellement transmissibles au senegal Probleme de sante publique
These Med Dakar 1975 n° 9

36. TRAORE S.

Contribution a l'etude des maladies sexuellement transmissibles dans le district de Bamako
These Pharm 1985 n° 8

37. ZEZE S. V.

Micro organismes rencontres a l'examen des prelevements vaginaux
Contribution a l'etude etiologique des vaginites infectieuses (a propos de 478 cas)
These Med Abidjan 1982 n° 348

ANNEXES

FICHE SIGNALITIQUE

Titre : La candidose Vulvo-Vaginale et son traitement par le fluconazole
à l'Hôpital Gabriel TOURE

Auteur : TOURE Kalil Joseph

Année de soutenance : 1995

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

Secteur d'intérêt : Vulvo - Vaginite

Résumé : La candidose vulvo-vaginale est une maladie dont les causes et les origines sont connues. Elle est répandue dans le monde près de 75% des femmes en âge de procréer connaissent cette maladie. A l'hôpital Gabriel TOURE de janvier à décembre nous avons recensé 288 patientes atteintes de cette affection sur 6409 consultant.

L'analyse de notre étude a permis de constater que toutes les couches socio-professionnelles sont concernées à des degrés divers et il n'est pas donc exagéré de dire que la vulvo-vaginite est un problème de santé publique dès l'instant où cette affection peut à certains moments, amoindrir la qualité de vie.

En ce qui concerne le traitement, notre étude s'est penchée sur l'utilisation du fluconazole (Diflucan 150^g) administré en prise unique à la dose de 150mg.

En matière de prévention, l'accent devra être mis sur la sensibilisation et l'information avant tout non seulement aux circonstances favorisant mais aussi aux conséquences du refus de traitement du partenaire, d'abandon du traitement et à l'observation des règles d'hygiène.

La vulvo-vaginite à candida albicans bien que répandue peut être jugulée et ramenée à des proportions raisonnables.

Mots clés : Vulvo-Vaginite, Fluconazole

PROTCOLE D'ETUDE

I- IDENTITE DE LA PATIENTE

- Date
- Nom de la patiente
- Adresse
- Profession
- Ethnie
- Situation matrimoniale
- Nom du mari
- Profession
- Age

II ANTECEDENTS MEDICAUX

Si oui lesquels ?

III ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Si oui lesquels ?

IV ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES

- Cycle
- Durée
- Trouble des menstrues
- Dysmenorrhée
- Dyspareunie
- Curetage
- Leucorrhée
- Prurit
- Contraception
- Fausse couche
- Enfants vivants
- I V G
- Transit

V ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

- Gestite
- Parite
- Grossesse eutocique
- Grossesse dystocique
- Grossesse gemellaire
- Intervention obstetricale

VI MOTIF DE LA CONSULTATION**VII EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

- BW
- Frottis vaginal
- LCBU
- NFS-VS
- Selles pok
- Glycemie
- Serologie clamydiae
- Serologie B 83
- HGS
- Colposcopie

VIII TRAITEMENT

- Traitement du ou des partenaire (s)

IX EFFETS SECONDAIRE RENCONTRES

- Si oui quels types

X HABITUDE DE VIE

- Tabac
- Alcool

SERMENT D'HIPPOCRATE:

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et mépris de mes confrères si j'y manque