

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

Université du MALI

**FACULTE DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE DU MALI**

Année universitaire : 2000-2001

N° _____ /

*EVALUATION DES ALGORITHMES DE
PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES
IST AU CENTRE DE SANTÉ DE
REFERENCE DE LA COMMUNE V
(BAMAKO - MALI)*

THESE

*Présentée et soutenue publiquement
le...../...../2001*

*Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie*

Par :

Lasseny DIARRA

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

JURY

Président

Professeur Flabou BOUGOUDOGO

Membres :

Docteur Mohamed SYLLA

Docteur Boureïma MAÏGA

Directeur de thèse :

Professeur Somita KEITA

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2000 - 2001

ADMINISTRATION

DOYEN : MOUSSA TRAORE - PROFESSEUR
1^{ER} ASSESSEUR : AROUNA KEITA - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
2^{ME} ASSESSEUR : ALHOUSSEYNI AG MOHAMED - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE PRINCIPAL YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
AGENT COMPTABLE : YEHIHA HIMINE MAIGA - CONTROLEUR DE TRESOR

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAGRE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kaillou OUAÏTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Aihousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Gangaïy DIALLO	Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

5. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie - Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme Konipo Fanta TOGOLA	ORL
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Mr Yéya T. TOURE	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie Chef de D.E.R.
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie - Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie - Virologie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr N'yenigue Simon KOITA	Chimie organique
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie - Virologie
Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Diankiné KAYENTAO	Pneumo-Phtisiologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Mamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
------------------------	------------

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA Matière Médicale
Mr Ousmane DOUMBIA Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA Législation
Mr Elimane MARIKO Pharmacologie, **Chef de D.E.R.**

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO Matières Médicales
Mr Alou KEITA Galénique
Mr Ababacar I. MAIGA Toxicologie
Mr Yaya KANE Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE Anthropologie
Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique
Mr Adama DIAWARA Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr Massambou SACKO Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Boubou DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Arouna COULIBALY	Mathématiques
Mr Mamadou Bocary DIARRA	Cardiologie
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie Médicale

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. A.E. YAPO	BIOCHIMIE
Pr. M.L. SOW	MED. LEGALE
Pr. Doudou BA	BROMATOLOGIE
Pr. M. BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr. Babacar FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr. Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Pr. Mounirou CISSE	HYDROLOGIE
Dr. G. FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DÉDICACES

A Allah le Tout Puissant, le Clément et Miséricordieux pour sa grâce.
Nous te demandons, par les secrets de Tes noms les plus exaltés, de nous inciter à faire le bien et de nous éloigner des choses illicites, de nous inculquer de la compassion envers ceux qui sont dans le besoin. Amen

Je dédie ce travail :

A feu mon Père

Votre souci premier était la réussite de vos enfants en leur apprenant le respect de la personne et à aimer le travail.
J'aurais tant aimé que tu savoures le couronnement de tous tes efforts. Tu a été vite arraché à mon affection.
Dors en paix.

A feu ma Mère

Tu m'as donné la vie, je ne te remercierai jamais assez pour les sacrifices. Mais la mort t'a si précocement arrachée à moi. Pour toute l'affection maternelle que tu m'a porté.
Que ton âme repose en paix. Amen.

A mes mères : Fatoumata SIBY, Fanta TOUNGARA

Ce travail est le fruit de vos efforts. Vous avez été des mères exemplaires ; aussi vous avez été pour moi un soutien moral et financier durant toutes mes études. En ce jour solennel, je vous dédie cette thèse en témoignage de ma reconnaissance.
Que Dieu vous garde longtemps parmi nous.

A toutes mes tantes et à tous mes oncles

Je vous dédie cette thèse pour toute l'assistance que vous m'avez toujours portée tout au long de mes études.

A ma sœur Oulématou DIARRA

Tu as été pour moi l'aînée modèle de la famille. Tout au long de mes études, tu as été pour moi comme un père et une mère. Que Dieu t'accorde, à toi ainsi qu'à ta famille une longue vie et tout le bonheur que vous êtes en droit d'attendre de cette vie.

A l'ensemble du personnel de la dermatologie de l'Institut MARCHOUX.

Enfin, à tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de ce travail.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont :

A notre Président du jury : Docteur Flabou BOUGOUDOGO

Professeur de bactériologie

Maître de conférence agrégé à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Chef du service de bactériologie à l'INRSP

C'est un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse.

Vous avez toujours fait preuve à notre égard d'une grande compréhension, un modèle de simplicité et de courtoisie.

Avec tout le respect que nous vous devons, veuillez trouver, cher Professeur, dans ce modeste travail l'espoir placé en vous.

A notre maître et juge : Docteur Mohamed SYLLA

Coordonnateur Volet-Mali Projet d'appui à la lutte contre le SIDA en Afrique de l'Ouest.

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en siégeant dans ce jury de thèse.

Nul besoin ici de rappeler vos innombrables remarques et suggestions. Avec vous j'ai appris une somme de connaissances, qui seront pour nous un acquis et qui serviront à jamais.

Soyez en remercié.

A notre maître et juge : Dr Bouraïma MAÏGA

Spécialiste en gynécologie obstétrique
Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V
Responsable de la filière sage-femme à l'Ecole Secondaire de la Santé
Diplôme de reconnaissance du Ministère de la promotion de la femme de
l'enfant et de la famille
Chevalier de l'Ordre National du Mali

Cher Maître,

C'est un immense privilège pour nous d'avoir travaillé sous votre direction, votre brillant esprit de recherche, votre doigté et votre endurance seront pour nous un bel exemple. Jamais trop jeune, jamais trop vieux, toujours cordial et toujours compatissant.

Veillez retrouver ici l'expression de ma reconnaissance et rassurez-vous de la sensibilité humaine qu'à votre contact j'ai développé.

A notre Directeur de thèse : Professeur Somita KEITA

Professeur agrégé en Dermato-lépro-vénérologie
Maître de conférence agrégé à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Votre rigueur dans la démarche scientifique, votre souci constant du travail bien fait et de la formation de vos élèves ont fait de vous un maître adorable.

Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et à votre savoir-faire.

C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité.

Soyez rassuré, cher maître, de nos sincères remerciements.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....	2
II. GENERALITES SUR LES IST ET L'INFECTION à VIH/SIDA.....	6
1. LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.....	6
1.1 Définition.....	6
1.2 Epidémiologie sur les IST.....	6
1.3 Les différents syndromes cliniques.....	7
1.3.1 Ecoulement urétral.....	7
1.3.2 Ecoulement vaginal.....	9
1.3.3 Douleur abdominale basse.....	10
1.3.4 Ulcération génitale.....	10
1.3.5 Tuméfaction scrotale.....	13
1.4 Infection à VIH/SIDA.....	13
2. LES ALGORITHMES THERAPEUTIQUES DES SYNDROMES D'IST.....	19
III. NOTRE ETUDE.....	27
1. Matériels et méthodes.....	28
2. Résultats.....	31
3. Commentaires et discussions.....	43
IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	49

Références bibliographiques

ABREVIATIONS

A Z T :	Azidothymidine
CNTS :	Centre national de transfusion sanguine
G :	Gramme
INRSP :	Institut National de Recherche en Santé Publique
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
Kg :	Kilogramme
MST :	Maladie Sexuellement Transmissible
Mg :	Milligramme
PVD :	Pays en Voie de Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONU :	Organisation des Nation Unies
SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
V.D.R.L.	Venereal Research Laboratoires
RPR	Réaction rapide de réagines sur plasma
TPI	Test d'immobilisation des tréponèmes
TPHA	Treponema Pallidum Hemagglutination Assay
FTA Abs	Test d'absorption des anticorps antitreponémiques Fluorescents

I. INTRODUCTION & OBJECTIFS

1. INTRODUCTION

Les infections sexuellement transmissibles demeurent un problème de santé publique majeur dans le monde, en particulier dans les pays en développement. On sait qu'il y a au moins une nouvelle consultation pour infection sexuellement transmissible pour 100 personnes par an dans les pays industrialisés. Dans de nombreux pays en développement, les infections sexuellement transmissibles se rangent parmi les cinq premiers motifs de consultation (1). L'OMS a estimé à 330.000.000 de nouveaux cas d'IST en 1998 dans le monde. En fait il s'agit essentiellement des affections suivantes selon le nombre de cas annuels :

- la syphilis : 12 000 000 cas par an
- la gonococcie : 62 000 000 cas par an
- la chlamydie : 89 000 000 cas par an
- la trichomonase : 170 000 000 cas par an (2)

Les IST sont largement répandues au Mali où les urétrites constituent la neuvième cause de consultation des adultes. Chez la femme enceinte, en 1999 la prévalence de la gonococcie a été estimée à 10,4% et à 25,9% pour la trichomonase vaginale 27,1% pour *Candida albicans* (3).

Les prévalences de certaines IST entraînant des complications maternelles et infantiles sont très élevées dans de nombreux pays en développement. Elles sont estimées entre 4 et 20% pour la chlamydie, entre 5 et 10% pour la gonococcie, entre 10 et 20% pour la syphilis (4, 5, 6).

La fréquence de l'infécondité du couple est estimée à 5% dans le monde, elle atteint 30% de la population générale dans plusieurs pays d'Afrique centrale (7). Au Mali le coût moyen du traitement de l'infécondité par patiente a été estimé à 61.273,89 F.CFA (8).

L'infection à VIH/SIDA est venue, au cours de la deuxième moitié du vingtième siècle, s'ajouter à celles dites classiques et se propage rapidement au sein des communautés.

En l'an 2000 le nombre de personne infectée par le VIH serait actuellement de l'ordre de 36,1 millions dont 25,3 millions en Afrique, soit 50% de plus que les prévisions faites par l'OMS en 1991.

Cette même année 5 millions de personnes auraient été contaminées par le virus.

La littérature rapporte qu'avec seulement 3% de la population mondiale (12 pays Africains) concentrent près de 55% des cas d'infection à VIH/SIDA dans le monde (9). Les I.S.T sont co-facteurs de l'infection à VIH/SIDA. En effet

qu'elles soient ulcératives ou inflammatoires, les IST facilitent la contagiosité et la réceptivité des malades à l'infection par le VIH.

En Afrique, au sud du Sahara, la prévalence du VIH dans la population générale se situe entre 0,5% (Mauritanie) et 38,5% (Botswana) (10).

Le Mali a notifié à la date du 31 Juin 1999 ; 5179 cas de SIDA cumulés. La séroprévalence de VIH est de 3% dans la population générale (3)

L'impact des IST et du VIH/SIDA résulte de l'augmentation de leur morbidité et mortalité dans la population. Les I.S.T et le VIH/SIDA touchent surtout la tranche d'âge 15-49 ans qui constituent la population en pleine activité de productivité. Ces affections ralentissent du coup le développement socio-économique des pays fortement endémiques. Le SIDA est la principale cause de décès chez les personnes âgées de 15 à 29 ans dans le monde entier (11)

A Abidjan en Côte d'Ivoire le SIDA est maintenant la première cause de mortalité chez les hommes adultes et la deuxième cause de mortalité chez la femme (12).

Une étude kenyane sur le poids économique du SIDA dans le secteur privé montra que celui-ci allait de 16,45 dollars par employé pour l'industrie lourde, à 237,8 dollars dans une compagnie sucrière (13).

Dans les pays en développement les I.S.T posent de sérieux problèmes de diagnostic biologique. A ceci s'ajoute la méconnaissance de la symptomatologie clinique par beaucoup de praticiens non formés. Ces faits nous imposent l'application de la prise en charge syndromique recommandée par l'OMS dans les pays en développement. Elle mérite d'être évaluée sur le plan de son efficacité. Cette stratégie a été adoptée par le Programme National de lutte contre le SIDA et les IST (PNLS) au Mali depuis 1997.

Au Mali, l'institut MARCHOUX centre de référence en dermatologie et I.S.T ne reçoit pas tous les cas d'IST. Les statistiques issues de ce service ne reflètent pas l'ampleur du problème. Ce sont surtout des I.S.T à manifestation dermatologique qui s'observent dans ce service. Les I.S.T à manifestation purement uro-génitale sont observées dans les services de santé de premier contact ou dans les centres de références à vocation gynéco-urologique. Ces services de premier contact ont l'avantage de leur accessibilité en termes de coût et de proximité pour les malades et ont un taux de fréquentation plus élevé.

Par ailleurs ces centres de premier contact ou de référence pratiquent très peu ou pas du tout le diagnostic étiologique. Ils sont donc des lieux appropriés pour tester et mettre en oeuvre la stratégie de prise en charge syndromique. Le centre de santé de référence du quartier MALI nous a donc paru un lieu de choix pour mener ce travail dont le but est de :

Permettre une meilleure connaissance épidémio-clinique des IST et du VIH/SIDA d'une part et d'autre part d'évaluer l'efficacité de la stratégie de prise en charge syndromique.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Nous nous sommes fixés les objectifs spécifiques suivants :

- Décrire les caractéristiques épidémiologiques des patients atteints d'IST et de l'infection à VIH/SIDA, observés au centre de santé de référence de la commune V.
- Décrire les différents syndromes cliniques observés.
- Evaluer la prise en charge syndromique des cas.
- Formuler des recommandations.

Avant d'aborder notre étude proprement dite nous faisons un rappel sur les IST, y compris l'infection à VIH/SIDA, et sur leur prise en charge syndromique par les algorithmes appropriés.

II. GÉNÉRALITÉS

II. GENERALITES SUR LES IST ET L'INFECTION A VIH/SIDA

Les IST, y compris l'infection à VIH/SIDA, ont en commun les mêmes voies de transmission, la même population cible et les mêmes mesures de prévention.

1. LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1.1. Définition

Vénus, déesse de l'amour a donné son nom aux maladies transmises lors des rapports sexuels (dictionnaire Larousse) d'où leur appellation classique de maladies vénériennes.

Cette dénomination est abandonnée au profit de celles de maladies sexuellement transmissibles. En effet les maladies sexuellement transmissibles englobent celles appelées vénériennes (liées exclusivement à la copulation) mais aussi d'autres transmissibles non exclusivement par voie sexuelle (voies sanguine, transplacentaire). Il est maintenant convenu d'appeler ces maladies des infections sexuellement transmissibles (IST), car elles sont toutes de nature infectieuse et ne sont pas toujours symptomatiques.

1.2 Epidémiologie des IST

Tous les pays sont d'accord sur le caractère pandémique des infections sexuellement transmissibles. Elles représentent 1% des motifs de consultation dans les pays développés et se placent parmi les cinq premiers motifs de consultation dans les pays en voie de développement (1).

L'O.M.S rapporte plus de 330 millions de nouveaux cas d'I.S.T par an, soit environ 1 million d'infections chaque jour.

a) Agents pathogènes

On dénombre plus de vingt micro-organismes qui se transmettent principalement ou couramment lors des rapports sexuels et qui sont la cause de nombreux syndromes d'I.S.T., entre autres on peut citer : le *gonocoque*, le *Treponema pallidum*, le *Chlamydia trachomatis*, le *Candida albicans*, le *Papilloma virus*, l'*herpes simplex virus* et le *virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*.

b) Mode de transmission

La voie sexuelle : c'est la principale voie de contamination par les germes responsables d'IST.

La voie maternelle : deux voies de transmission verticale ; transplacentaire (syphilis congénitale, VIH), filiaire génitale (conjonctivite du nouveau-né).

La voie buccale : hépatite C et hépatite B.

La voie sanguine : hépatite B, VIH, hépatite C.

c) L'incubation : elle est fonction du micro-organisme en cause, par exemple :

- Pour le gonococque : l'incubation dure habituellement 3 à 4 jours chez l'homme, et 2 à 7 jours chez la femme.

- Pour le *Treponema pallidum* : la durée moyenne d'incubation est de 3 semaines environ.

- Pour le *Papilloma virus* : la durée d'incubation est comprise entre 1 et 3 mois après le rapport sexuel contaminant (14).

1.3 Les différents syndromes cliniques des IST

1.3.1 L'écoulement urétral : c'est l'émission d'un liquide pathologique à travers l'urètre antérieur.

L'écoulement est le motif le plus fréquent de consultation des hommes atteints d'IST. Les germes responsables sont le plus souvent *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma hominis*.

Les écoulements urétraux sont classiquement divisés en :

- Ecoulement urétral gonococcique

* Chez l'homme : l'incubation est plus courte (2 à 3 jours). Habituellement c'est un écoulement urétral purulent (jaune verdâtre), et accompagné d'une brûlure mictionnelle intense, d'où le nom de « chaude pisse ». L'écoulement est moins évident surtout si le patient vient d'uriner (15).

* Chez la femme : l'atteinte gonococcique est souvent cliniquement muette et sa découverte est fortuite au cours d'un examen gynécologique.

Le germe responsable, *Neisseria gonorrhoeae* est un diplocoque Gram négatif, en « grain de café ».

- **Ecoulement urétral non gonococcique** : avec une incubation plus longue de 1 à 3 semaines.

Ils sont le plus souvent causés par *Chlamydia trachomatis* ou par *Ureaplasma urealyticum* ou par *Trichomonas vaginalis*.

* Ecoulement dû à *Chlamydia trachomatis* : Il s'agit de l'affection la plus fréquente dans les pays industrialisés.

- Chez la femme : l'incubation est de 8 jours. Elle se manifeste par une vulvo-vaginite associant des leucorrhées plus ou moins abondantes, un prurit vulvaire. Les symptômes sont assez souvent discrets et l'évolution insidieuse peut aboutir à la stérilité.

- Chez l'homme : l'urétrite se manifeste par un léger suintement plus clair et visqueux que purulent à renforcement matinal. Les complications sont à types de prostatite ou d'épididymite le plus souvent unilatérale.

***Ecoulement dû au *Mycoplasme et Ureaplasma* (16)**

- Chez la femme : l'expression clinique est frustre avec une leucorrhée peu abondante, d'odeur fétide.

- Chez l'homme : l'urétrite est le plus souvent subaiguë avec des gouttes matinales ou une sensation de prurit au méat urétral.

Traitement : les antibiotiques suivants sont actifs sur les mycoplasmes : l'érythro-mycine 500 mg 4 fois/jour pendant 7 à 10 jours ou la spiramycine et la doxycycline 100 mg 2 fois/jour pendant 7 à 10 jours(17).

* **Ecoulement dû à *Trichomonas vaginalis* (5)**

- Chez l'homme : l'infection à *Trichomonas* chez l'homme est généralement asymptomatique. Elle peut cependant déterminer une urétrite subaiguë avec une brûlure urétrale à la miction.

Le diagnostic repose sur la mise en évidence des *Trichomonas* dans les sécrétions vaginales ou urétrales.

Traitement : le métronisazole 250 mg est administré à la dose de 2 comprimés par jour pendant 10 jours.

Le tinidazole, l'ornidazole auraient l'avantage d'être efficaces en prise unique (2 à 1g en un seul jour).

Chez la femme on associe un traitement local : 1 comprimé gynécologique chaque soir pendant 10 jours (5).

Le diagnostic clinique d'un écoulement urétral repose sur la présence de pus matinal au méat urétral. Pour voir l'écoulement chez l'homme, il peut être nécessaire de pratiquer, loin des mictions (3 heures après) le massage urétral ou prostatique.

Très souvent les germes sont associés, tels que le *chlamydia*, le *mycoplasme*, le *Trichomonas* ou le *Candida albicans*, d'où l'importance des examens de laboratoire.

Traitement des urétrites : le traitement exige l'abstinence sexuelle et de traiter simultanément tous les partenaires sexuels .

Traitement minute de la gonococcie : thiophénicol : 10 comprimés de 250 mg en une seule prise ou ampicilline (2,5 g) associé au probénicide (1g) en dose unique.

Traitement court de la gonococcie : amoxicilline 2g par jour pendant 8 jours ou la biclinocilline 3000000 UI par jour pendant 3 jours ou la doxycycline 100 mg 200 mg par jour pendant 5 jours.

1.3.2 L'écoulement vaginal :

Les écoulements vaginaux sont anormaux par leur couleur, leur odeur, et/ou leur abondance.

Ils sont directement dus au *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans*, *Gardenella vaginalis*. *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis* sont à l'origine d'une cervicite avec écoulement cervical (1).

- **Écoulement dû à *Candida albicans*** : il s'agit d'un écoulement épais, blanc-laiteux, adhérent à la paroi vaginale. Le vagin est rouge et sec avec une irritation vulvaire. Les rapports sexuels sont douloureux.

Le meilleur traitement contre la vaginite à candida est la nystatine à la posologie de 1 à 2 ovules intra vaginaux par jour pendant un mois (18).

- **Écoulement dû à *Trichomona vaginalis*** (18) : l'écoulement est trouble, moussant, jaunâtre ou blanchâtre et malodorant. La vaginite est parfois accompagnée de prurit insupportable.

Le traitement local se fait avec un savon acide et 1 à 2 ovules de métronidazole par jour pendant 10 jours. Le traitement minute par métronidazole 2g est aussi efficace.

- **Écoulement dû à *Neisseria gonorrhoeae* et à *Chlamydia trachomatis*** : il associe un écoulement plus ou moins abondant et une sécrétion cervicale mucopurulente.

1.3.3 Douleur abdominale basse (1, 15)

Elle sert à désigner des infections soupçonnées ou confirmées, qui diffusent par voie ascendante à partir du bas appareil génital vers les voies génitales hautes et sont une cause importante de stérilité, de grossesse extra-utérine, et de douleurs pelviennes chroniques.

Les principaux agents pathogènes sont le *Neisseria gonorrhoeae*, le *Chlamydia trachomatis* et peut-être *Mycoplasma hominis*.

Les symptômes cliniques observés sont le plus souvent :

- un écoulement vaginal
- une douleur pelvienne basse
- une sensibilité à la mobilisation du col utérin
- une température supérieure à 38° C avec une altération de l'état général.

1.3.4 Ulcération génitale

Les ulcérations génitales sont une cause fréquente de consultation dans les pays tropicaux.

Les principaux germes provoquant des ulcérations sont : *Treponema pallidum*, *Haemophilus Ducreyi*, *Calymmatobacterium granulomatis*, *Chlamydia trachomatis*, les *herpès virus* 1 et 2 .

- **Ulcération due à *Treponema pallidum* (syphilis)** : l'ulcération est habituellement unique, ronde, à base indurée propre et indolore. Elle est souvent accompagnée par des adénopathies satellites indolores et mobiles.

La classification en syphilis primaire, secondaire et tertiaire est toujours valable. Il s'agit d'une classification calquée sur l'histoire naturelle de la maladie (19).

La syphilis primaire : le chancre qui est la lésion primaire se développe au point d'inoculation.

Le siège est le plus souvent génital, chez l'homme, le gland, le sillon balano-préputial, le méat. Chez la femme elle siège à la vulve, au vagin ou au col utérin. Le chancre peut passer inaperçu s'il est vaginal, ou cervical. Une

polyadénopathie inguinale et/ou crurale est associée au chancre pour former le complexe primaire.

La syphilis secondaire : elle fait en général suite à une syphilis primaire non traitée.

Les signes généraux précèdent ou accompagnent le début des lésions cutanéomuqueuses : il s'agit de céphalées nocturnes, des douleurs musculo-articulaires (18). Le rush cutané est polymorphe et peut simuler plusieurs dermatoses. Chronologiquement apparaît tout d'abord la roséole suivi de l'éruption papuleuse.

En l'absence de traitement, l'évolution spontanée de ce rush se fait par poussées successives et s'atténue dans le temps, dépasse rarement un an.

La syphilis tertiaire : apparaissant au bout des décennies après la latence. Elle est exceptionnelle depuis l'avènement de la penicillinothérapie.

La syphilis congénitale : elle n'est pas une maladie héréditaire mais une maladie congénitale acquise in utero. Les lésions de la syphilis congénitale n'apparaissent qu'à partir du 4^{ème} mois de la gestation. A la naissance le nourrisson est chétif avec un placenta hypertrophié.

Le diagnostic de laboratoire de la syphilis (20)

L'examen au microscope à fond noir, permet de mettre en évidence le tréponème dans les lésions muqueuses ulcérées. Un seul examen ne suffit pas à éliminer le diagnostic de syphilis.

Tests sérologiques

- Le VDRL (réaction à antigène non tréponémique) c'est une réaction très sensible et peu spécifique; elle permet de déterminer le titre des réagines.
- FTA-ABS (test d'absorption des anticorps fluorescents) sont des tests très spécifiques. Ils devraient être systématique en cas de suspicion de syphilis récente, mais de pratique non courante.
- TPI (test d'immobilisation du *Treponema pallium*) est plus délicat et ne se fait que dans les laboratoires de recherche.
- RPR : est utilisé dans un but de dépistage des réagines.

- TPHA (test d'hémagglutination des tréponèmes) est le test spécifiques permettant de confirmer, en cas de positivité, le diagnostic de syphilis si le VDRL est positif.

Traitement de la syphilis : la penicilline G est le médicament de choix pour tous les stades de la syphilis.

Pour la syphilis récente, le traitement de choix est la benzathine-pénicilline 2,4 million en dose unique ou deux injections intramusculaire à une semaine d'intervalle. En cas d'allergie à la pénicilline on peut utiliser : érythromycine 2g par jour pendant 15 jours, tétracycline 2g par jour pendant 15 jours (20).

- **Ulcérations dues à *Herpes simplex virus*** : elles réalisent des lésions vésiculeuses rapidement érosives. Elles sont très douloureuses et récidivantes.

L'évolution spontanée peut-être longue : 2 à 6 semaines et davantage chez le sujet immunodéprimé. Les antiseptiques asséchants suffisent dans la majorité des cas. Le traitement au stade de primo-infection est l'aciclovir (cas graves).

- **Ulcération due à *Haemophilis ducreyi*** (1, 21)

La lésion initiale est un chancre. C'est une lésion génitale non indurée. L'atteinte des ganglions est fréquente et très précoce. Ce sont des ganglions hypertrophiés (bubon) et douloureux avec une tendance au ramollissement et à la fistulisation .

- **Ulcération due à *Chlamdia trachomatis serotypes L1, L2, L3***

Elle est discrète, pouvant passer inaperçue et de guérison spontanée rapide laissant persister une adénopathie inguinale appelée bubon. Le tableau de lymphogranulomatose est ainsi réalisé. L'évolution de ce bubon se fait par ramollissement et fistulisation en plusieurs orifices (en pomme d'arrosoir). Sauf dans le cas de lymphogranulomatose vénérienne (LGV), il est rare qu'un bubon soit la seule manifestation d'une IST.

- **Ulcération due à *Calymmatobacterium granulomatis*** : il s'agit d'une lésion suppurative chronique de l'aine toujours indolore et végétante. L'évolution spontanée s'étale sur plusieurs années.

Le traitement fait appel à la tétracycline 2g par jour pendant au moins trois semaines

1.3.5 *Tuméfaction scrotale*

Le malade consulte pour une douleur au scrotum à début brutal, presque toujours unilatérale.

Les germes responsables le plus souvent sont *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*.

A l'examen clinique le scrotum apparaît rouge et oedématisé; la palpation est douloureuse. On retrouve souvent un antécédent d'écoulement urétral, mais cet écoulement peut-être découvert au cours de l'examen.

1.4 Infection à VIH/SIDA

Dans les années 1980, une nouvelle pandémie, le SIDA est apparu comme une menace pour la santé, et pour le développement et la survie des millions de personnes et de familles dans l'ensemble du monde. Depuis, le mal s'étend insidieusement à travers le monde, n'épargne ni âge, ni sexe, ni rang social.

1.4.1 *Epidémiologie de l'infection à VIH/SIDA*

a) Agent causal : le SIDA est causé par un rétrovirus appelé virus de l'immunodéficience humaine (VIH ou HIV). Il existe deux types de virus VIH : le VI.H1 et le VI H2.

b) Mode de transmission : il existe trois modes de transmission :

- La voie sexuelle : qui représente 80% des modes de contamination chez l'adulte hétéro ou homosexuel. Cette contamination est deux fois plus fréquente dans le sens homme-femme que dans le sens femme-homme (22).

- La voie sanguine : la contamination se fait au cours d'une transfusion de sang infecté, de piqûre accidentelle avec des instruments souillées. Selon l'OMS, la transfusion représente 10% des causes d'infection par le VIH dans le monde (23)

- De la mère à l'enfant : la mère peut contaminer son enfant pendant la grossesse, au cours de l'accouchement ou par le lait maternel (24).

c) Temps de séroconversion : c'est le temps qui sépare la pénétration du virus dans l'organisme et l'apparition des anticorps dans le sang.

d) Population cible : l'infection à VIH/SIDA, concerne surtout les sujets adultes et jeunes appelées populations cibles.

e) Population à risque : elle comporte les prostituées, les clients des prostituées, les personnes à partenaires sexuels multiples, les homosexuels, les voyageurs (24).

g) Quelques données statistiques sur le VIH/SIDA : depuis les premiers cas décelés en 1980, le SIDA est devenu une infection d'envergure mondiale (pandémie).

En 1986 déjà, l'O M S signalait 56.000 cas de SIDA déclarés.

En 1991, 900.000 enfants furent contaminés par le VIH. A la même année 54.000 individus sont morts de SIDA .

A la date du 31/12/1995; l'OMS déclarait 13.000.000 cas de séropositifs en Afrique avec environ 80% en Afrique sub-saharienne.

En 1998, l'OMS via l'ONU-SIDA estime à 33.400.000 de personnes infectées par le VIH. A la même période l'Afrique sub-saharienne comptait 22.500.000 d'individus vivants avec le VIH (26).

Plus de 5 millions de personnes auraient été contaminés par le VIH en l'an 2000.
Situation actuelle du SIDA au Mali

Le premier cas de SIDA a été identifié en 1985.

A la fin 1994, le nombre de cas déclaré était de 2594 cas dont 403 cas notifiés.

Le Mali a notifié à la date du 30 Juin 1999, 5.179 cas de SIDA cumulés.
La séroprévalence à 3% dans la population générale (3).

h) Evolution générale de l'infection à VIH/SIDA : (histoire naturelle de l'infection à VIH/SIDA)

- Phase de primo-infection : elle survient une à quatre semaines après le contact avec le virus . Cette phase est cliniquement muette. Elle est parfois symptomatique et se manifeste par la fièvre, une pharyngite, des adénopathies cervicales et une paralysie faciale. Un rush cutané morbiliforme ou scarlatiniforme précède ou accompagne ces symptômes. A ce stade la sérologie est négative.

- La phase d'immunodépression mineure : pendant cette phase le patient peut rester asymptomatique, ou la symptomatologie peut se réduire à un

syndrome lymphoadénopathique chronique. Le sujet infecté est alors séropositif. L'immunodépression peut apparaître, avec le temps (des mois ou des années), des symptômes de pré-SIDA ou AIDS related complex (ARC).

- Phase d'immunodépression : cette phase évolutive peut apparaître d'emblée sans passage clinique par l'immunodépression mineure. La durée d'incubation est évaluée à 10 ans ; elle est plus courte en Afrique subsaharienne. C'est à ce stade qu'apparaissent les infections opportunistes, les néoplasies, les atteintes neurologiques du SIDA patent.

Aspects cliniques

Il n'existe pas de manifestations cliniques spécifiques au VIH/SIDA. Elles sont, outre les manifestations de primo-infection de type scarlatiniforme le plus souvent dues aux infections opportunistes dont les plus fréquentes sont :

- La tuberculose pulmonaire pouvant atteindre d'autres organes.
- La maladie de Kaposi profuse : qui est évocateur de SIDA presque dans 100% des cas en zone sub-saharienne.
- Les viroses surtout chroniques : l'herpès, le zona .
- Les candidoses cutané-muqueuses.
- La toxoplasmose cérébrale : elle est systématiquement évoquée devant un syndrome tumoral.
- Divers infections : diarrhée chronique, amaigrissement chronique.

Diagnostic

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

La recherche d'anticorps anti-VIH sériques par la méthode immunoenzymatique en phase solide (ELISA) qui est la plus fréquemment utilisée très sensible et est destinée aux séries des serums (27). Néanmoins, il arrive parfois qu'on ait des résultats faussement positifs et faussement négatifs.

Les tests de confirmation sont le WESTERN-BLOT, le RIPA (radio immunoprecipitation assay) ou le test d'immuno-fluorescence indirecte.

Traitement

Les manifestations cliniques de cette affection posent d'énormes difficultés thérapeutiques. Le traitement peut-être dirigé contre l'infection à VIH elle-même, ou contre toute autre maladie opportuniste qui pourrait survenir . Par ailleurs, la mise au point d'un vaccin se heurte à de nombreux problèmes .

Il est universellement admis que le seul espoir pour freiner la pandémie du SIDA reste le changement de comportement :

- l'utilisation de préservatif.
- la fidélité.
- le port de gant, de lunette au cours des gestes médicaux .

Traitement par les antiviraux

Ils retardent la progression de l'infection à VIH vers le SIDA maladie (blocage de replication).

La Zidovudine ou Retrovir (AZT) est le plus utilisé actuellement. Les doses recommandées sont (25) :

* Chez l'adulte :

- personne symptomatique : 200 mg toutes les 4 heures ; cette dose peut-être réduite à 100mg par 4 heures après un mois de traitement.
- personne asymptomatique : 100 mg toutes les 4 heures pendant la journée

* Chez l'enfant : on traite l'enfant entre 3 mois et 12 ans à la dose de 120 mg à 180 mg par mètre carré de surface corporelle toutes les 6 heures.

Mais c'est un médicament toxique avec comme effet majeur l'anémie et la leucopénie. Il est aussi très coûteux : le traitement revient environ à 700 dollars US par mois (28).

On peut également utiliser les analogues de la Nucléoside; la didanosine, didéoxyinosine (ddl videx) didéoxycytidine (ddc HIV.D).

Trithérapie

La tendance actuelle est d'utiliser une trithérapie associant deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (IN) et un inhibiteur de protéase (IP) afin d'éviter les résistances et de diminuer la morbidité et la mortalité observée chez les patients traités.

Ces essais thérapeutiques et l'expérience clinique conduisent à recommander les associations suivantes (29) :

Association deux IN	Un IP
AZT : DDI	Indinavir
AZT + 3TC	Nedfinavir
D4T + DDI	Ritonavir
D4T + 3TC	

L'une des 4 molécules IN + une des trois molécules IP.

AZT = Azidothymidine (Retrovir®)

DDI = Diadanosinec (Videx®)

3TC = Laminudine (Epivir®)

D4T = Stavudine (Zerit®)

Exemple de l'association et de posologie : AZT + 3TC + Indinavir
600 mg/j + 300g/j + 2,4g/j

Traitement des infections opportunistes

- Pneumocystose : le traitement de première intention est le cotrimoxazole fort à la posologie de 6 comprimé par jour ou par voie intraveineuse pendant 21 jours. L'alternative est la pentamidine (pentacarinat) en aérosols à la posologie de 300 mg par jour pendant 21 jours.

Traitement préventif : le traitement préventif est de 1 cp de cotrimoxazole fort/jour.

- Mycobacteriose : traitement anti-tuberculeux classique.

- Zona et infection par *herpès virus* : acyclovir doit-être utilisé par voie veineuse à la posologie de 30 mg par kg par jour pendant 10 jours quand il s'agit du zona grave. L'acyclovir est presque constamment efficace sur l'affection herpétique à la posologie de 1 g par jour pendant 5 jours.

- La maladie Kaposi : les résultats thérapeutiques sont si décevant que l'abstention peut se justifier. Des chimiothérapies par la bléomycine, l'adriamycine ou l'interféron alpha entraînent souvent des rémissions partielles. Il en est de même que l'interferon X. Mais les rechutes à l'arrêt du traitement sont habituelles (19).

- Amibiase, giardiase : on peut utiliser le métronidazole à la posologie de 3g par jour pendant 21 jours.

- Salmonellose : amoxicilline ou l'ampicilline sont utilisés à la posologie de 4 g par jour pendant 7 jours.

- Les mycoses systémiques

* Cryptococcose : la cryptococcose pulmonaire peut coexister avec des infections du système nerveux central et sous une forme disséminée. L'infection pulmonaire peut évoluer sans être détectée car elle est souvent, au début, indécélable et asymptomatique.

Les manifestations cliniques comprennent : fièvre, toux, dyspnée et thoraciques. On a également rapporté des épanchements pleuraux.

Des lésions cutanées non douloureuses peuvent apparaître sous forme de macules, papules, pustules, tumeurs sous-cutanées ou ulcères cutanés superficiels (25).

Le traitement de choix est l'amphotéricine B administrée par voie intraveineuse pendant 6 à 8 semaines à la posologie de 0,5 mg/kg/jour (18).

* Histoplasmosse : les manifestations cliniques les plus fréquemment rencontrées sont : fièvre, perte de poids, hépatomégalie, splénomégalie. On trouve également des manifestations moins fréquentes : diarrhées, inflammation cérébrale, lésions buccales et cutanées et lésions de muqueuses gastro-intestinales provoquant des hémorragies (18).

Dans la mesure où le traitement initial ne guérit pas l'histoplasmosse chez les personnes atteintes du SIDA, il est indiqué de poursuivre le traitement à vie avec amphotéricine B (18).

2. LES ALGORITHMES THERAPEUTIQUES DES SYNDROMES D'IST

Dans les pays en développement, les infections sexuellement transmissibles et l'infection à VIH sont des problèmes de santé de première importance.

Les taux de prévalence élevés des infections sexuellement transmissibles, leur diagnostic difficile, la gravité des conséquences, y compris sur la transmission du VIH, justifient la mise en place d'une politique de dépistage et de prise en charge précoce spécifique de ces infections sexuellement transmissibles.

Le personnel qualifié et les laboratoires opérationnels faisaient souvent défaut dans les pays en développement, une solution a été proposée par l'OMS. Elle repose sur une approche syndromique qui, à partir des signes et de symptômes, permet une démarche diagnostique et thérapeutique (1).

C'est pourquoi, le Ministère de la Santé du Mali, à l'instar de l'OMS, recommande la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles.

Ainsi une étude faite à l'INRSP au MALI sur les prélèvements urétraux a permis d'obtenir par ordre d'importance les germes responsables d'IST : *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonase vaginalis*, et l'association *Neissaria-Trichomonas*. Par ailleurs des prélèvements vaginaux ont permis d'identifier les germes responsables de vulvo-vaginite par ordre d'importance : *Candida albicans*, *Gardenella vaginalis*, *Trichomonase vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, le streptocoque B, *Escherichia coli* (30).

Au cours de cette étude a été testée également la sensibilité de ces germes aux différents antibiotiques :

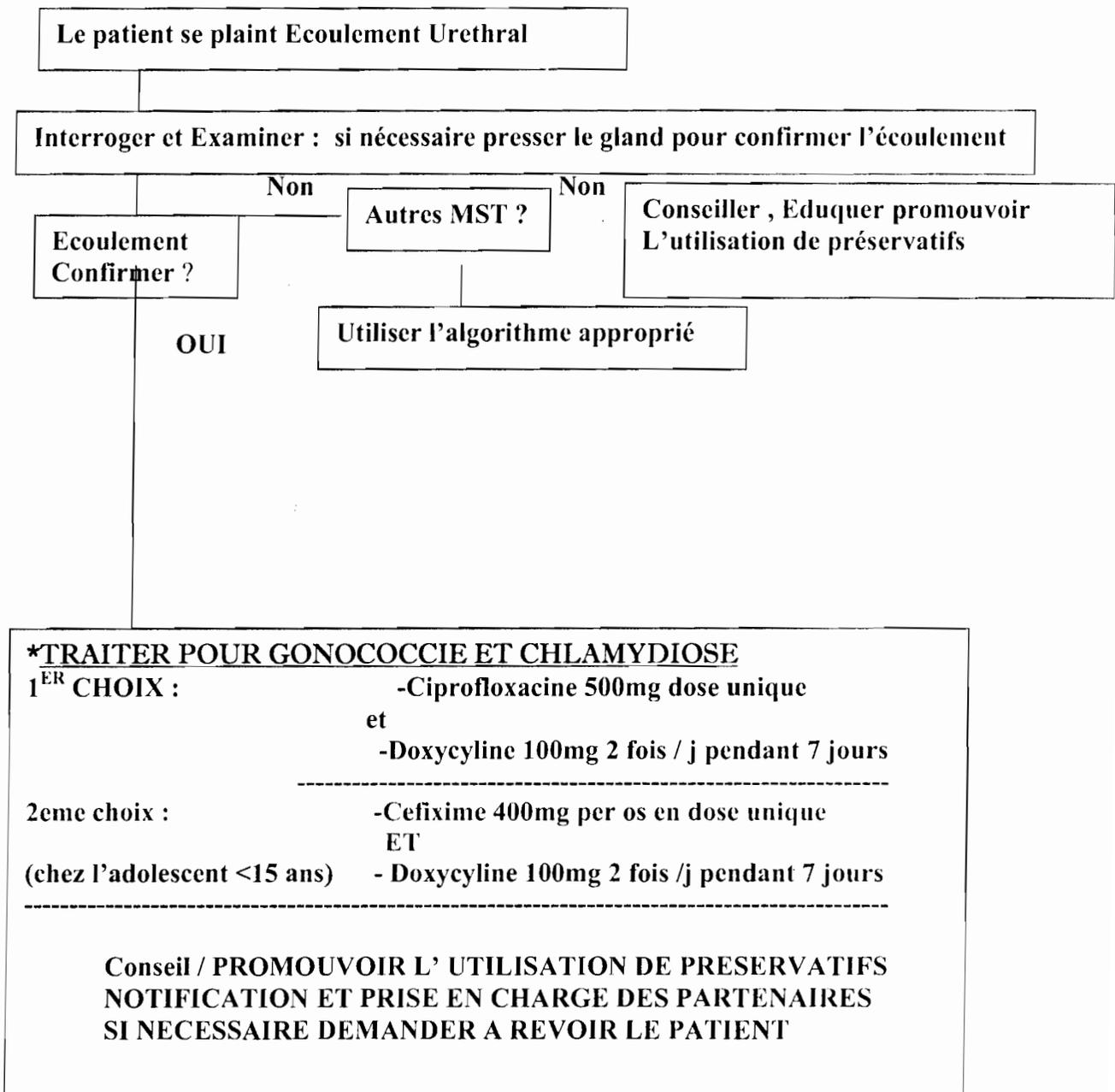
Les antibiotiques les plus efficaces sur *Neisseria gonorrhoeae* ont été : les fluoroquinilones (ofloxacin, ciprofloxacine) ; les céphalosporines de troisième génération (céfotaxime, cefixime, ceftriaxone) et les cyclines de deuxième génération (doxycycline, minocycline).

Le mycoplasme est sensible à la doxycycline et à la josamycine. Quant à *Candida albicans*, il est sensible au kétoconazole et l'éconazole est actif sur 78% des souches, la nystatine est active sur 73% des souches de *Candida albicans*.

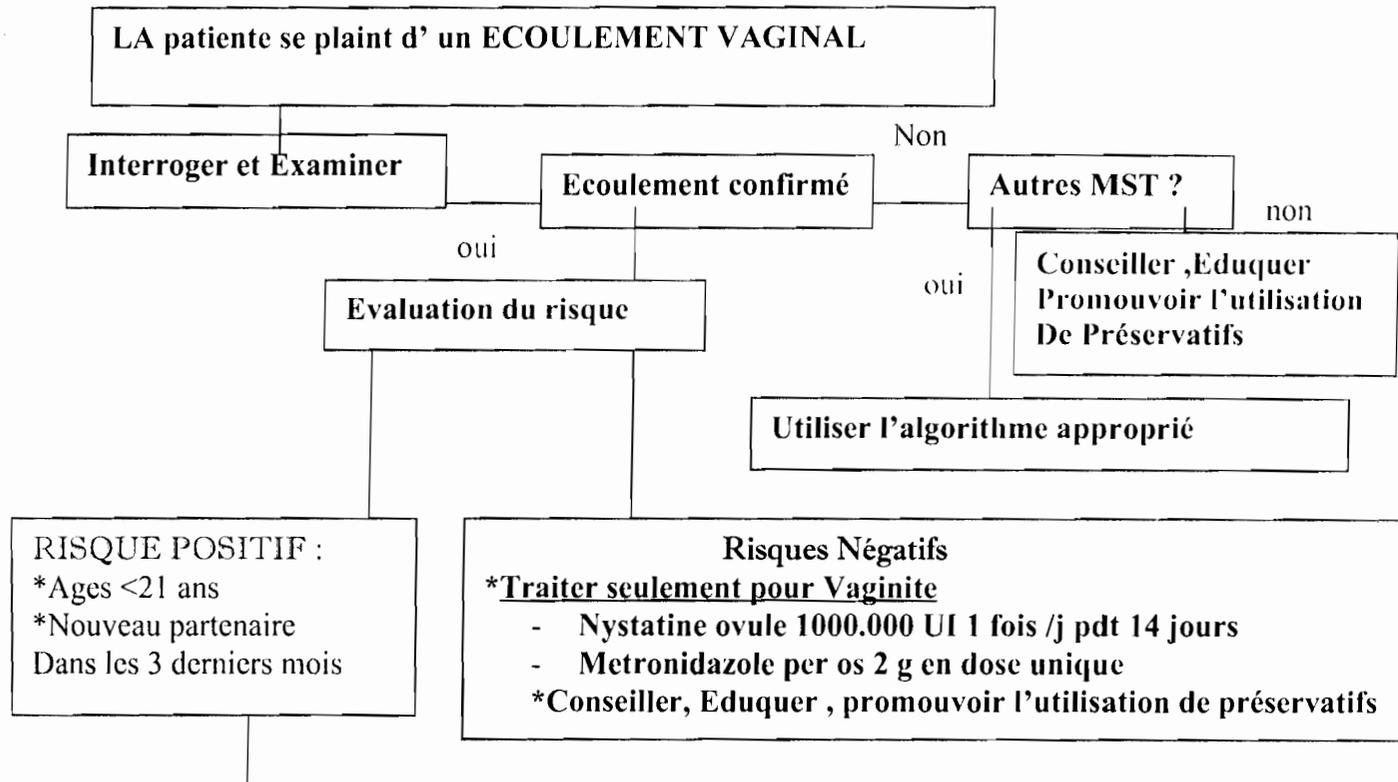
Le *Treponema pallidum* est sensible à la benzathine pénicilline et à l'érythromycine (30).

C'est à partir de cette étude qu'a été élaboré des algorithmes conséquents pour la prise en charge syndromique des IST au Mali.

ÉCOULEMENT URETHRAL



ECOULEMENT VAGINAL



TRAITER POUR CERVICITE ET VAGINITE

1^{ER} CHOIX

- Ciprofloxacine 500mg dose unique
et
- Doxycycline 100mg 2 fois / j pendant 14 jours
et
- Metronidazole per os 2g en dose unique

2eme choix (chez l'adolescente < 15 ans)

- cefixime 400mg per os dose unique
et
- Doxycycline 100mg 2 fois /j pendant 14 jours
et
- Metronidazole per os 2g en dose unique

3eme choix : (chez les femmes enceintes)

- cefixime 400mg en dose unique
Et
- Erythromycine500mg 2fois /j pendant 14 jours
Et
- Metronidazole ovule 2fois /j pendant 10 jours

***CONSEILS /PROMOUVOIR L'UTILISATION DE PRESERVATIFS**

***NOTIFICATION ET PRISE ENCHARGE DES PARTENAIRES**

***SI NECESSAIRE DEMANDER A REVOIR LE PATIENT**

***NE PAS METONIDAZOLE PER OS A LA FEMME ENCEINTE**

DOULEURS PELVIENNES

LA Patiente se plaint de douleurs Abdominales Basses

Interroger et examiner

* retard des règles
* accouchement ou avortement récent
* masse pelvienne
* défense abdominale
* saignement génital

oui

Referer

* Fièvre
* Ecoulement vaginal
* Douleur à l'examen gynécologique

non

* rassurer
* visite de contrôle si besoin

***TRAITER POUR CERVICITE Et VAGINITE**

1^{ER} Choix :

-ciprofloxacine 500mg dose unique
et
-doxycycline 100mg 2 fois /j pendant 14 jours
et
-Metronidazole ovule 2fois /j pendant 14jours

2eme choix :
(chez l'adolescent <15 ans)

-cefixime 400mg per os en dose unique
et
-doxyciline 100mg 2 fois/j pendant 14 jours
et
-Metronidazole ovule 2 fois /j pendant 14 jours

3eme choix
(chez les femmes enceintes)

-cefixime 400mg per os en dose unique
et
-Erythromycine 500mg per os 4 fois /j pendant 14 jours
et
-Metronidazole ovule 2 fois /j pendant 14 jours

***CONSEIL / PROMOUVOIR L'UTILISATION DE PRESERVATIFS**

***NOTIFICATION ET PERISE EN CHARGE DES PARTENAIRES**

***RENDEZ VOUS AU BOUT DE 3JOURS**

Referer

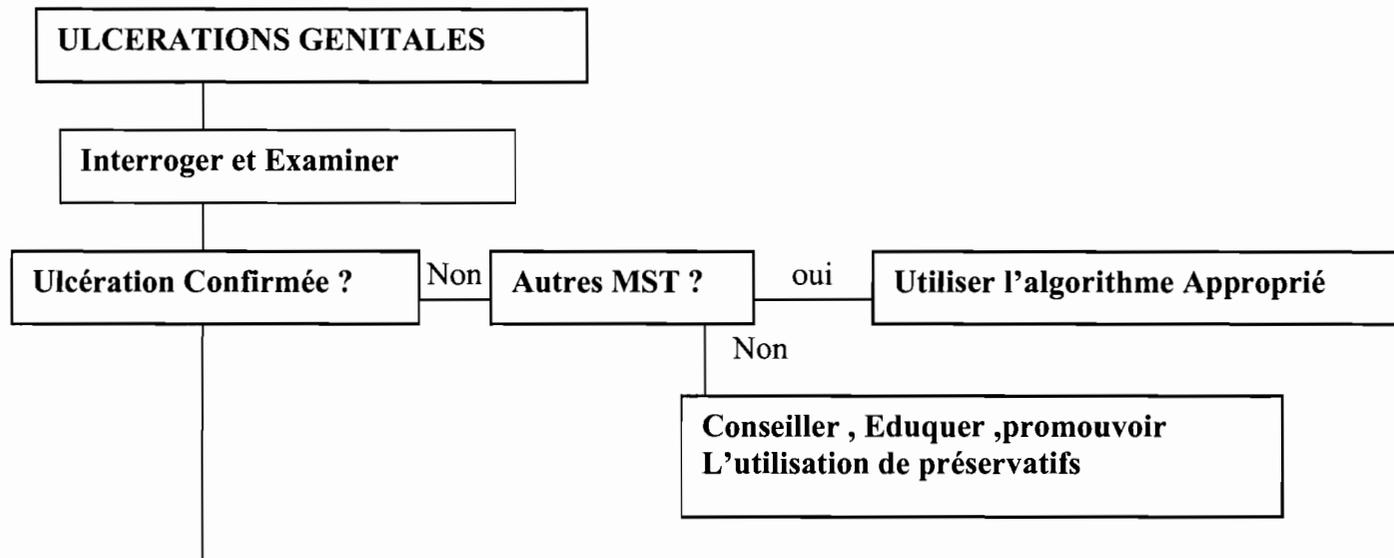
NON

AMELIORATION

oui

*Continuer traitement
*Rassurer
*Conseil

ULCERATIONS GENITALES



TRAITER POUR SYPHILIS ET CHANCRE MOU

1^{ER} Choix :

- Benzathine- pénicilline G 2,4 MU : 1 inj / IM
et
- Ciprofloxacine 500mg dose unique

2eme choix

- Benzathine - pénicilline G 2,4 MU : 1 inj / IM
et
- Cotrimoxazole 160/800mg : 2 cp/j x7 jours

(chez l'adolescent <15 ans)

3eme choix :

(chez les femmes enceintes et/ ou allergique à la pénicilline)

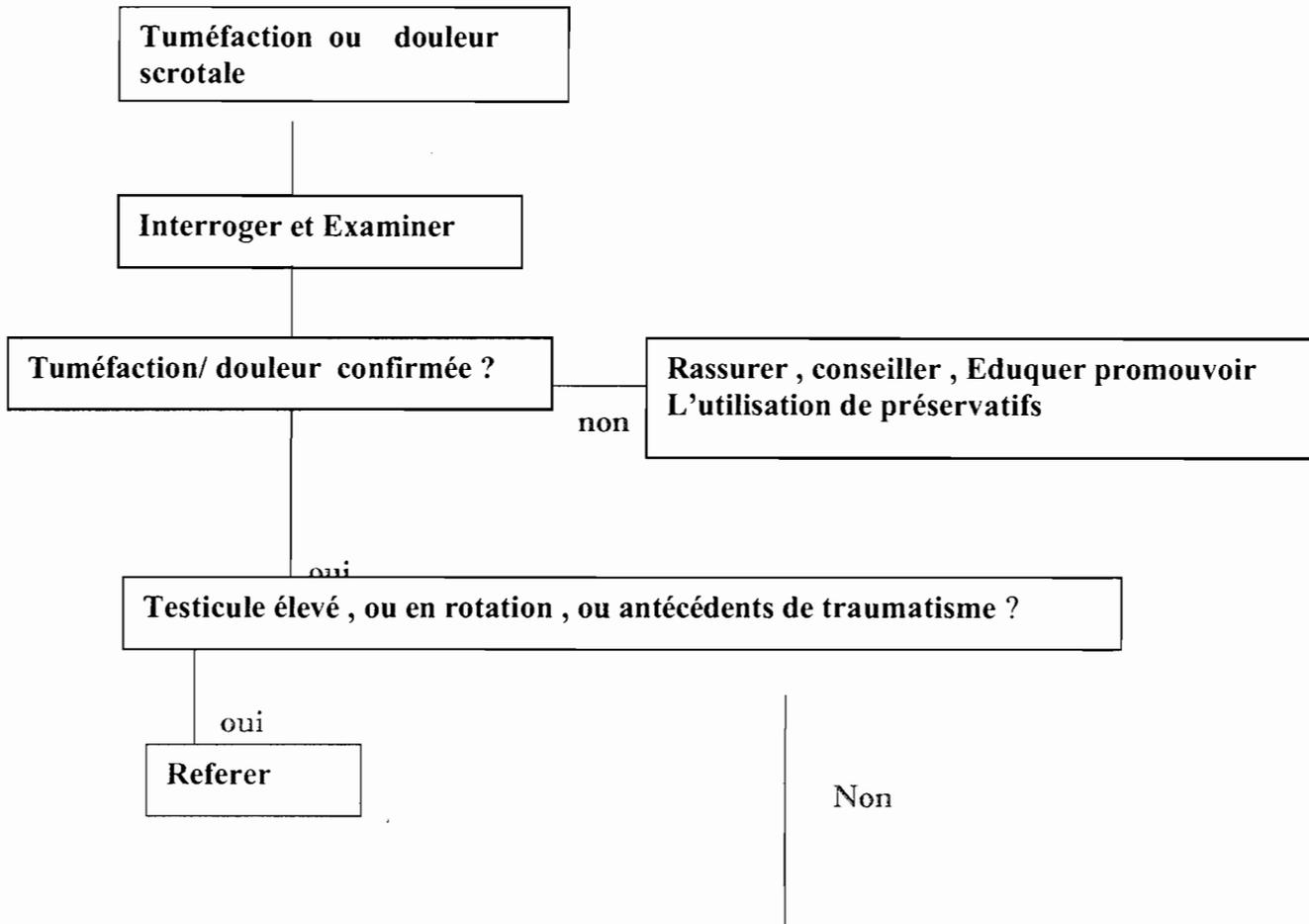
- Erythromycine 500mg per os 4fois /j pendant 14
jours
- Mesure d'hygiène

***CONSEILS/ PROMOUVOIR L'UTILISATION DE PRESERVATIFS**

***NOTIFICATION ET PRISE EN CHARGE DES PARTENAIRES**

***DONNER RENDEZ VOUS POUR CONTRÔLE**

TUMEFACTION DU SCROTUM



TRAITER POUR GONOCOCCIE ET CHLAMYDIOSE

1er choix

- Ciprofloxacine 500mg dose unique
et
-Doxycycline 100mg 2/j pendant 7jours

2 eme choix :
(chez l'adolescent < 15ans)

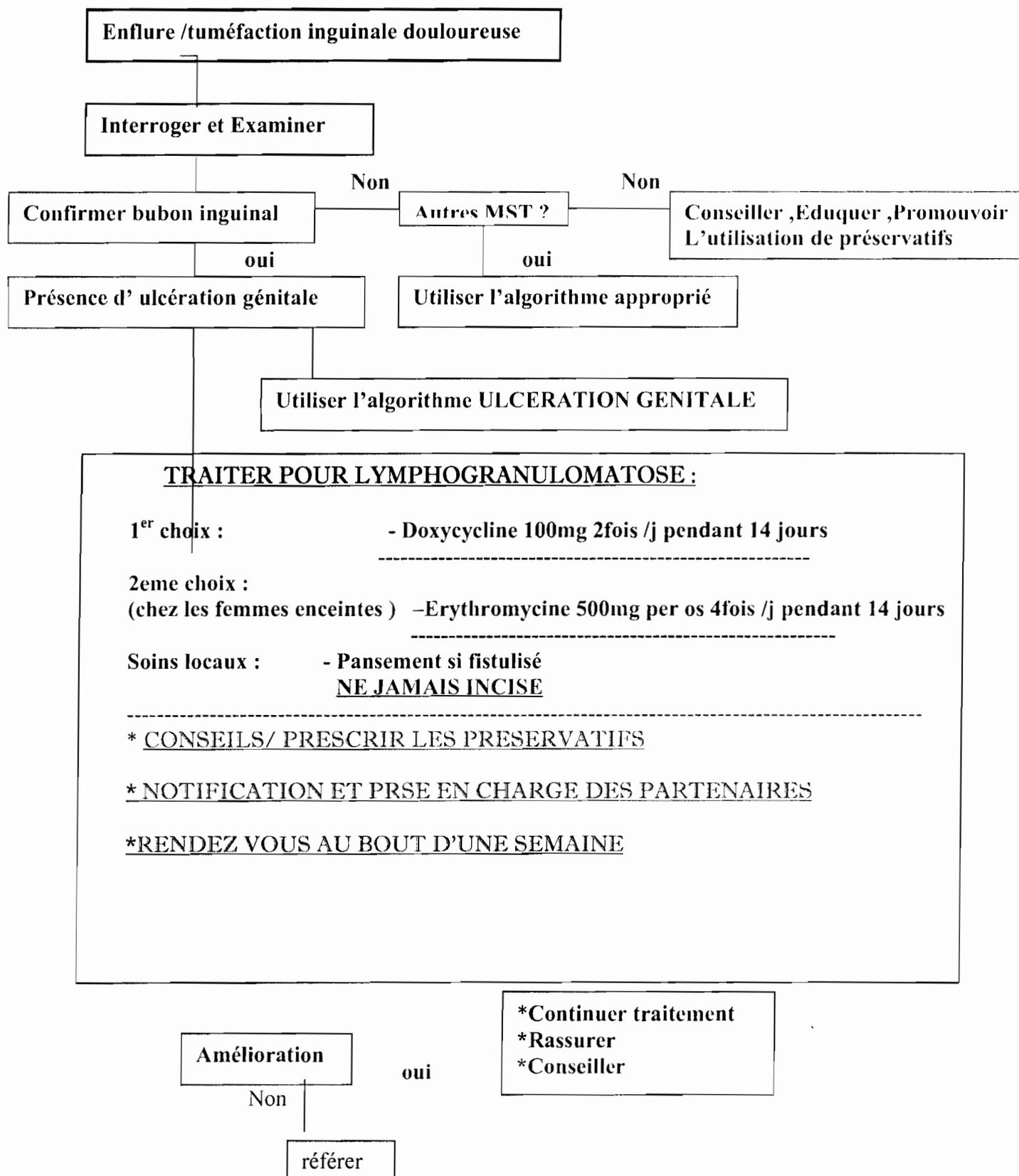
- Cefixime 400mg pr os dose unique
et
-Doxycycline 100mg 2fois / j pendant 7 jours

*conseils / promouvoir l'UTILISATION DE PRESERVATIFS

*NOTIFICATION ET PRISE EN CHARGE DES PARTENAIRES

*SI NESSECAIRE DEMANDER A REVOIR LE PATIENT

BUBON INGINAL



CONJONCTIVITE DU NOUVEAU – NE

Le Nouveau – né présente un écoulement oculaire

Interroger et Examiner

Enflure des paupières bilatérale ou unilatérale (rougeâtre) accompagnée d'un écoulement purulent ?

Non

*Rassurer la mère
* lui demander de revoir si l'état de l'enfant ne s'améliore pas

oui

TRAITER LE BEBE POUR GONORRHEE

1ere intention :

- ceftriaxone 50mg /kg en IM une prise unique et
-Laver les yeux du bébé(eau saine –eau saline)
-Aureomyciline pommade 1%
-Rendez -vous au bout de 3 jours

*TRAITER LA MERE ET SON PARTENAIRE (S)POUR GONORRHEE ET CHLAMYDIOSE

Mère
(comme femme enceinte)

-Cefixime 400mg dose unique et
-Erythromycine 500mg per os 4fois /j pendant 14 jours

Partenaire (s)

- ciprofloxacine 500mg dose unique
Et
-Doxycycline 100mg 2fois /j pendant 7 jours

**Conseils /Promouvoir l'utilisation des préservatifs*

Amélioration ?

OUI

-R assurer la mère
-Conselling

*TRAITER LE BEBE POUR CHLAMYDIOSE

2EME intention – Erythromycine 50mg /kg /j4/jx/14 jours
ou
–Cotrimoxazole 40mg /200mg sp : 2x/j x7 jours

*Rendez-vous au bout de 7 Jours

NON

OUI

Referer au spécialiste : pediatre ou ophthalmo

Amélioration

-Rassurer la mère
- Conseling

III. NOTRE ÉTUDE

1. MATERIELS ET METHODES

1.1 Durée et lieu de l'étude

L'étude a été menée au centre de santé de référence de la commune V pendant une période de 12 mois (Août 1998 Août 1999).

Type d'étude et population cible

Nous avons mené une étude descriptive prospective chez les patients consultant au centre de santé de référence de la commune V.

1.2 Echantillonnage

Critères d'inclusion : a été inclus dans l'étude tout patient non traité ayant présenté l'un des syndromes suivants :

écoulement urétral

écoulement vaginal

écoulement génital

tuméfaction scrotale

douleur abdominale basse

bubon inguinal

et tous les patients présentant des signes cliniques à forte suspicion d'infection à VIH/SIDA (y compris les patients qui ont une sérologie VIH positive de découverte fortuite)

Critères de non inclusion

Tout patient non conforme aux critères d'inclusion ci-dessus cités, patient perdu de vue et patient déjà traité avec un algorithme approprié.

Le suivi clinique et thérapeutique des malades était assuré selon la durée de traitement prévue pour chaque syndrome. L'évaluation thérapeutique a été faite selon une cotation de 1 à 3.

1 = La guérison clinique : est considéré comme guéri quand est observée chez le malade traité la sédation de tous les symptômes cliniques.

2 = L'amélioration clinique : atténuation de quelques uns des symptômes observés.

3 = L'inefficacité du traitement, qui était appréciée devant la persistance des symptômes cliniques observés au début de la prise en charge.

1.3 Recueil des données

Tout patient inclus a été soumis à un interrogatoire portant sur l'âge, le sexe, la profession, l'ethnie, la résidence, le statut matrimonial, le séjour à l'étranger, un examen clinique permettant d'individualiser les syndromes cliniques cités ci-dessus.

Les différents syndromes ont fait l'objet de traitement par les algorithmes appropriés. Les différents syndromes ont fait l'objet de traitement par les algorithmes appropriés. Le traitement durait le temps prévu par l'algorithme appliqué. Nous avons procédé aussi à des prélèvements sanguins pour le test sérologique du VIH chez les patients suspects. Les patients VIH positifs ont bénéficié de différents schémas thérapeutiques en fonction du tableau clinique présenté et les résultats du bilan paraclinique. Ils seront soumis notamment au traitement des infections opportunistes (infections des voies bucco-digestives, pulmonaire, dermatologique). La prise en charge des infections principales opportunistes a été faite comme suit :

- Infection pulmonaire non tuberculeuse : deux schémas thérapeutiques sont adoptés, soient :

- amoxicilline injectable 1g = 3g/jour
- gentamicine 80 mg = 160 mg/jour pendant 7 jours
- cotrimoxazole 160/800 mg = 1 comprimé matin, midi et soir pendant 7j.

A cela s'ajoutaient des traitements adjuvants à base de paracétamol 500 mg (1 comprimé 3 fois par jour), de la carbocystéine sirop (1 cuillère à soupe 3 fois par jour).

- Infections bucco-digestives étaient plus souvent associées à une goutte épaisse positive. Les malades étaient traités par du sérum glucose à 5%, sérum salé à 9%, quinine injectable ou du Ringer lactate (si déshydratation prononcée). On associait à ces traitements :

- la Nystatine comprimé : 1 comprimé matin, midi et soir pendant 21 jours. ,
- le cotrimoxazole 160/800 mg : 1 comprimé matin, midi et soir pendant 7 j
- le métronidazole 250 mg : 2 comprimés matin, midi et soir pendant 7j.

- La tuberculose : les suspicions de tuberculose par la radiographie thoracique, l'intradermoréaction et les crachats et ensuite les cas étaient référés au dispensaire antituberculeux ou au Pt G dans le service de pneumo-physiologie.

1.4 Analyse des données

Les données recueillies ont été enregistrées sur une fiche d'enquête (voir annexe), et analysées avec le logiciel Epi-info 6.

2. RESULTATS

2.1 Les caractéristiques épidémiologiques

Au total 186 patients atteints d'IST et/ou VIH/SIDA ont été inclus dans l'échantillon comportait

166 patients de sexe féminin (94,24%), 20 patients de sexe masculin (5,76%).

Le sexe ratio était de 8,3 en faveur des femmes.

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon selon l'âge et le sexe

Tranche d'âge (ans)	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
16-25	2	1,07%	67	36,02%	69	37,1%
26-35	9	4,83%	65	34,94%	74	39,8%
36-45	5	2,69%	26	13,97%	31	16,66%
46 ans et +	4	2,15%	8	4,30%	12	6,44%
Total	20	10,75%	166	89,25%	186	100%

La moyenne d'âge était de 29 ans (16-74 ans) et 93,56% des patients avaient un âge compris entre 16 et 45 ans.

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon selon les ethnies

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	65	34,90%
Peulh	28	15,10%
Sarakollé	24	12,9%
Malinké	22	11,80%
Sonrhäi	12	6,40%
Bobo	7	3,8%
Sénoufo	7	3,8%
Minianka	4	2,10%
Dogon	3	1,60%
Ouolof	2	1,10%
Dioula	2	1,10%
Ashanti	2	1,10%
Autres*	8	4,30%
Total	186	100%

*Autres : somono, mossi, kassonké, bozo, dafing, arabe, éwé (Togo), maure

Tableau 3 : Répartition de l'échantillon selon l'occupation principale

Occupation principale	Effectif	Pourcentage
Ménagère	110	59,10%
Commerçant-vendeur	24	12,9%
Etudiant	14	7,50%
Couturier	9	4,80%
Cultivateur	4	2,20%
Agents de santé	4	2,20%
Animatrice	2	1,10%
Coiffeur	2	1,10%
Comptable	2	1,10%
Secrétaire	2	1,10%
Transitaire	2	1,10%
Autres*	11	5,80%
Total	186	100%

*Autres : agent d'assainissement, bijoutier, contrôleur des impôts, exploitant sable, ingénieur, menuisier, ouvrier, serveuse, vidéothécaire, enseignant.

Plus de 80% des sujets étaient ménagères, commerçants-vendeurs, étudiants-élèves, couturiers.

Tableau 4 : Répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié monogame	108	58,02%
Marié polygame	50	26,88%
Célibataire	16	8,6%
Divorcé	7	3,8%
Veuf (ve)	5	2,7%
Total	186	100%

84,90% des sujets (tableau 4) étaient mariés, les célibataires représentaient 8,6%. Par ailleurs nous avons noté : 3,8% de patients divorcés et 2,7% de veufs.

Tableau 5 : Répartition de l'échantillon selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Urbaine	166	89,2%
Non urbaine	20	10,8%
Total	186	100%

89,2% des sujets vivaient en milieu urbain (Bamako et grandes villes du Mali), contre 10,8% qui vivaient en milieu rural.

Tableau 6 : répartition de l'échantillon selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Primaire	65	34,90%
Secondaire	20	10,80%
Supérieur	8	4,30%
Aucun	76	40,90%
Autres*	17	9,10%
Total	186	100%

*Autres : medersa, école coranique, alphabétisés en langue nationale.

50% des sujets avaient fréquenté l'école moderne tout niveau confondu; 40,9% n'avaient aucun niveau d'alphabétisation.

Tableau 7 : Répartition de l'échantillon selon le séjour à l'étranger

Séjour à l'étranger	Effectif	Pourcentage
Oui	72	38,60%
Non	114	61,4%
Total	186	100%

38,60% des sujets avaient séjourné à l'étranger contre 61,40% qui n'avaient pas séjourné à l'étranger.

Principaux pays de séjour par ordre décroissant : la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso, la Guinée-Conakry, le Sénégal, la Mauritanie.

Tableau 8 : répartition de l'échantillon selon l'âge au premier rapport sexuel

Age début rapports sexuels	Effectif absolu	Pourcentage
13 ans	13	7,00%
14 ans	21	11,30%
15 ans	51	27,40%
16 ans	29	15,60%
17 ans	17	9,10%
18 ans	20	10,80%
19 ans et plus	35	18,80%
Total	186	100%

Plus de 80% des sujets répondaient avoir contracté leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans.

L'âge moyen au premier rapport sexuel = 19 ans.

Tableau 9 : Répartition de l'échantillon selon le nombre de partenaire sexuel

Nombre de partenaire sexuel	Effectif absolus	Pourcentage
Un partenaire sexuel	173	93,00%
Plusieurs partenaires sexuels	10	5,40%
Sans aucun partenaire sexuel	3	1,60%
Total	186	100%

93,00% des sujets répondaient avoir un seul partenaire sexuel contre 5,40% des sujets répondaient avoir plusieurs partenaires sexuels ; 1,60% sans partenaire sexuel étaient veufs.

Tableau 10 : Répartition de l'échantillon en fonction du port de Préservatif lors des rapports sexuels occasionnels

Port de préservatif	Effectif	Pourcentage
Oui	8	4,30%
Non	178	95,70%
Total	186	100%

Seulement 4,30% des sujets répondaient avoir utilisé le préservatif contre 95,70% qui répondaient ne pas l'avoir utilisé.

2.2 Caractères cliniques

Au total 139 cas d'IST et 47 cas de VIH ont été inclus.

Tableau 11 : Répartition de l'échantillon selon les motifs de consultation (plainte)

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Prurit vulvaire	70	37,63%
Prurit vulvaire + dyspareunie	40	21,50%
Toux-fièvre	15	8,06%
Dyspareunie	14	7,52%
Fièvre	13	6,97%
Dysurie	9	4,83%
Pollakurie	5	2,68%
Asthénie	2	1,10%
Fièvre + anorexie	2	1,10%
Fièvre + céphalée	2	1,10%
Absence de plainte	6	3,21%
Autres*	8	4,30%
Total	186	100%

*Autres : vertiges, douleur de l'œil (kératite virale chez un séropositif), toux, douleur costale, fièvre, fièvre-asthénie.

Tableau 12 : Répartition des IST selon la durée des plaintes

Durée des plaintes	Effectif	Pourcentage
< 1 mois	8	5,76
De 1 mois à 6 mois	62	44,60
> 6 mois	69	49,64
Total	139	100

Tableau 13 Répartition des patients selon la fréquence des différents types de syndromes d'IST rencontrées

Types d'IST	Effectif	Pourcentage
Écoulement vaginal	93	50
Écoulement vaginal + cervicite	28	15,05
Écoulement urétral	6	3,22
Écoulement vaginal + DAB	4	2,15
DAB	3	1,6
Condylome	2	1,07
Ulcération génitale + écoulement urétral	2	1,07
Écoulement vaginal + condylome	1	0,53
Infection à VIH	47	25,3
Total	186	100

Tableau 14 : Répartition de l'échantillon en fonction des antécédents d'IST

Antécédent d'IST	Effectif	Pourcentage
Oui	95	51,08%
Non	91	48,92%
Total	186	100%

51,08% des sujets avaient un antécédent d'I.S.T contre 48,92% qui étaient sans antécédent. 3,22% des sujets étaient sans antécédent.

Tableau 15 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'état général

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon	142	76,30%
Altéré	44	23,70%
Total	186	100%

Ainsi que l'indique le tableau 13, 76,30% des patients avaient un bon état général. Les patients qui avaient un état général altéré 23,70% étaient surtout des cas de suspicion d'infection à VIH.

Tableau 16 : Répartition de l'échantillon selon la notion de contage

Notion de contage	Effectif	Pourcentage
Oui	80	43,02%
Non	106	56,98%
Total	186	100 %

On ne retrouve pas de notion de contage chez 57,99% des sujets, tandis que 42,01% des sujets avaient une notion de contage (contact avec partenaire infecté).

Tableau 17 : Répartition de l'échantillon selon le mode évolutif

Mode évolutif	Effectif	pourcentage
Aigu	28	15,10%
Chronique	155	83,40%
Indéterminé (ne sais pas)	3	1,60%
Total	186	100%

83,40% des patients avaient un mode évolutif chronique; 15,10% avaient un mode évolutif aigu. Par ailleurs 1,60 % des sujets ne connaissaient pas leur mode évolutif.

Tableau 18 : Répartition de l'échantillon selon la circonstance d'apparition

Circonstance d'apparition	Effectif	Pourcentage
Spontanée	129	69,40%
Rapport sexuel	20	10,80%
Autres*	37	19,90%
Total	186	100%

*Autres : grossesse, diarrhée, après accouchement, après menstruation.

Ainsi l'indique le tableau 16, 69,40% des sujets avaient une circonstance d'apparition spontanée contre 10,80% qui avaient constaté les symptômes après un rapport sexuel.

Tableau 19 : Répartition des patients suspects de SIDA en fonction des plaintes

Signes fonctionnels	Effectif	pourcentage
Toux +fièvre	30	63,83%
Fièvre +anorexie	7	14,89%
Fièvre +vomissements	3	6,39%
Autres*	7	14,89%
Total	47	100%

* 3 patients ne présentaient aucune plainte.

Tableau 20 : Répartition des patients suspects d'infection à VIH selon la durée des plaintes

Durée de la plainte	Effectif	Pourcentage
1 à 12 mois	26	55,32%
13 à 24 mois	14	29,79%
Plus de 24 mois	7	14,89%
Total	47	100%

Tableau 21 : Répartition des patients suspects d'infection à VIH selon le statut sérologique

Statut sérologique	Effectif	Pourcentage
Sérologie VIH (+)	40	85,10%
Sérologie VIH (-)	7	14,90%
Total	47	100 %

Tableau 22 : Répartition des cas de VIH + en fonction du types de VIH

Type de VIH	Effectif	Pourcentage
V I H1	29	72,50%
V I H2	1	2,50%
V I H1+V I H2	2	5,00%
Non déterminé	8	20,00%
Total	40	100%.

2.3.Résultats thérapeutiques

Tableau 23 : Résultats du traitement syndromique des IST

Résultats thérapeutiques	Ecouent urétral		Ecoulement vaginal		Ulcération génitale		Condylome	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1	6	100%	66	70,21%	2	100%	2	100
2	-	-	28	29,79%	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	6	100%	93	100%	2	100%	2	100%

Tableau 24 : les résultats du traitement syndromique des IST (suite)

Résultats thérapeutiques	Douleur abdominale basse		Ecouement vaginal + douleur abdominale basse		Ecouement vaginal + cervicite	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1	3	100%	4	100%	17	60,71%
2	-	-	-	-	11	39,29%
3	-	-	-	-	-	-
Total	3	100%	4	100%	28	100%

Selon le résultat du traitement, 71,22%% des cas d'écouement vaginal étaient guéris ; 60,71% de taux de guérison parmi les cas d'écouement vaginal + cervicite.

Les différents traitements des patients séropositifs (VIH/SIDA)

Il a été un traitement antipalustre pour 16/40 de nos patients VIH positifs, 14/40 patients ont été traités pour une affection bucco-digestive, 2/40 patientes enceintes ont bénéficié d'un traitement à l'AZT jusqu'à leur accouchement. Les 4/40 autres ont été traités pour une affection dermatologique (un zona évolutif, un prurigo) 3/40 pour une tuberculose pulmonaire ou pour une affection ophtalmologique.

Tableau 25 : Répartition des patients VIH/SIDA positifs en fonction des résultats du traitement

Résultats du traitement	Effectif	Pourcentage
Amélioration clinique	28	70,00%
Persistance des symptômes	3	7,5%
Décédés	9	22,5%
Total	40	100%

70,00% avaient un état satisfaisant ; 22,50% des patients étaient décédés.

COMMENTAIRES & DISCUSSION

DISCUSSION METHODOLOGIQUE

Le choix de notre lieu d'étude est susceptible d'influer sur les résultats en matière de représentativité des patients des deux sexes. Ainsi l'interprétation des résultats épidémiologique et cliniques doit se faire avec réserve.

DISCUSSION EPIDEMIOLOGIQUE

1. Profils socio-démographiques

1.1 Sexe : les sujets de sexe féminin (94,24%) étaient les plus représentés par rapport aux sujets de sexe masculin (5,76%).Cela s'explique par l'importance de l'activité gynéco-obstétricale de ce centre de référence par rapport aux autres activités, d'où sa grande fréquentation par les femmes.

Cette prédominance féminine des IST a été rapportée par MAÏGA Y (32) qui rapporte 36,1% d'hommes contre 69,90% de femmes. Par ailleurs GOÏTA S (33) a noté dans son échantillon que le sexe féminin étaient relativement plus représenté que le sexe masculin.

1.2 L'âge : les patients d'âge compris entre 26-35ans étaient les plus atteints par les IST. Il s'agit de la tranche d'âge la plus active sexuellement. Plusieurs auteurs ont rapporté des résultats différents : MAÏGA Y (32) selon lequel la tranche d'âge 17-27 ans était la plus représentée. Pour TRAORE M (34) et DIALLO R (35) c'est la tranche 25-29 ans.

TRAORE Y.A (34) trouvait que la presque totalité des patients étaient dans la tranche d'âge 13-34 ans. DIARRA B.D (37) trouvait que la tranche d'âge 15-40ans était la plus représentée. Dans sa thèse KEÏTA T (38) a rapporté que la tranches 20- 40 ans était la plus représentée.

1.3 Le statut matrimonial : 84,90% de nos patients étaient mariés dont 58,02% en régime monogame ; 26,88% en régime polygame et 9,35% de célibataires. Ceci dénote que le statut de marié ne semble pas prémunir contre les IST et pourrait être considéré comme un statut à risque notamment pour les patients monogames .Ce constat a été rapporté par d'autres auteurs notamment: GUINDO A (39) qui a rapporté que 85,70% des patients étaient mariés dont 57,7% de couples monogames.

MAÏGA Y (32) a trouvé 52,10% de couples monogames. TRAORE Y.A (36); 50% de couples monogames et 14,28% de couples polygames.

1.4 Résidence : dans notre étude plus de 80% de nos patients résidaient à Bamako et ou les autres grandes villes du MALI. Ce fait pourrait s'expliquer par le lieu de recrutement des malades qui est Bamako.

Dans sa thèse KANOUTE F (40) trouvait que la majorité de ces malades résidaient à Bamako 51% et ou originaires des grandes villes du Mali.

1.5 Profession : les professions : ménagère, commerçant, étudiant-élève dominaient dans notre échantillon et les autres professions étaient faiblement représentées. D'autres études réalisées au Mali avaient trouvé des résultats similaires : GUINDO A. (39), GOÏTA S (33), TRAORE S (39), DIALLO R (35)

1.6 Séjour à l'étranger : son influence sur la fréquence des IST est diversement appréciée. Dans notre étude 38,60% des patients avaient séjourné à l'étranger contre 66,90% qui n'avaient pas séjourné à l'étranger. Ceci dénote la prédominance de cas autochtones. SAMAKE A. (42) trouvait que la fréquence des I S T chez les migrants étaient de 20%.. Des proportions plus importantes ont été notées par plusieurs auteurs parmi les populations ayant effectué des séjours à l'étranger.

KEÏTA T (38) a rapporté que plus de 75% des patients consultants pour MST/VIH avaient une notion de séjour à l'étranger.

Au Ghana, PAINTER (43) rapportait que 75% des femmes venues en consultation pour IST étaient de retour de la Côte d'Ivoire.

Au Niger ANAFI (44) rapportait que les migrants sont des sujets exposés a des réseaux sexuels traditionnels.

MAÏGA Y (32) a rapporté que 84,84% des séropositifs avaient une notion de séjour à l'étranger.

Au Niger 99% des cas de SIDA affirmaient avoir une histoire de migration en Côte d'Ivoire (45).

Une enquête dans la principale structure d'hospitalisation des malades du SIDA au Sénégal montre que 70% de ceux-ci avaient un antécédent de migration en Afrique de l'ouest et du centre (46).

1.7 Niveau d'étude : 40,90% de nos patients n'avaient aucun niveau d'étude, 34,90% avaient un niveau primaire, 10,80% avaient un niveau secondaire 4,30% avaient un niveau supérieur. Cela signifierait que, plus un patient est instruit moins il encoure le risque d'une IST.

L'analphabétisme semble être un facteur associé à la recrudescence des IST.

SAMAKE A (42) trouvait que la fréquence des IST est plus élevée chez les non-scolarisés que chez les scolarisés.

2. Comportement sexuel des patients

2.1 L'âge au premier rapport sexuel : dans notre étude plus de 80% des patients avaient contracté leur premier rapport sexuel avant 18 ans. L'âge moyen était de 19 ans.

Selon CAMARA M (47) l'âge moyen au premier rapport sexuel était de 15ans. Pour TRAORE I.MAYA (48) l'âge moyen au premier rapport sexuel chez la fille était de 13,53 (+ ou -) 1,49 ans.

Selon CISSE A (49) l'âge au premier rapport sexuel était de 16,60 ans (+ ou - 2,6 ans) et selon GEORGES AIM (50) biologiste, l'âge moyen au premier rapport sexuel était de 16 ans.

L'âge moyen du 1^{er} rapport sexuel estimé à 19 ans dans notre échantillon s'explique par la fréquentation du centre de santé par des femmes en âge de procréer.

2.2 Utilisation du préservatif : Une étude faite à Bamako (51) montrait que 64,29% des prostituées utilisaient le préservatif.

En Tanzanie l'usage du préservatif était de 50% chez les chauffeurs, leurs assistants et partenaires (52).

Au Nigeria le taux d'usage du préservatif de était de 12,5% chez les prostituées (53).

Bien que les cibles soient différents nous avons trouvé que seulement 4,30% de l'effectif de notre échantillon utilisaient le préservatif.

3. Discussion clinique

3.1 Symptômes des IST : dans notre étude 66,90% des patients présentaient un écoulement vaginal (perte vaginale) 20,14% de cervicite (col saignant ou suppurant) et 4,32% d'écoulement urétral.

D'autres études avaient trouvé les résultats suivants :

Au Gabon, une étude réalisée sur l'élaboration de l'algorithme de dépistage des maladies sexuellement transmissibles chez la femme enceinte à Libreville a trouvé 63% de perte vaginale, 54,7% de cervicite (54). Dans sa thèse, TRAORE AY (36) a trouvé 58% de pertes vaginales.

3.2 Antécédent d'IST : 51,08% des patients qui avaient une IST déclaraient avoir un antécédent d'IST dans le passé; contre 45,70% qui n'avaient d'antécédent d'IST.

TRAORE AY (36) trouvait que 47,7% des patients avaient un antécédent d'infection génitale. Et aussi 9,42% de ces patients séropositifs avaient un antécédent de IST.

3.3 Différents types d'IST selon la symptomatologie

Parmi les différentes IST 66,90% étaient un écoulement vaginal ; écoulement urétral 4,32% .

Pour SAMAKE A (40) l'écoulement vaginal a été également le plus fréquemment observé.

3.4 Séropositivité VIH : 85,1% des patients suspectés d'infection à VIH/SIDA se sont révélés séropositifs contre 14,90% de séronégatifs.

MAÏGA Y (32), a rapporté que 77,19% des malades hospitalisés ou référés pour suspicion VIH avaient une sérologie positive contre 22,81% qui étaient séronégatifs.

Parmi les différents types de VIH identifiés, il a été remarqué une plus grande fréquence du VIH1 (72,5%) ; seuls 2,5% des patients se sont révélés positifs au VIH2. Et le double portage avait été trouvé chez 5% de nos patients. Chez 8 patients (20%) le type de VIH (1 ou 2) n'avaient pas été précisé par le laboratoire (INRSP ou CNTS).

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

TRAORE A Y (34) ; 85,72% de VIH1, KONE M (55), a rapporté que des patients séropositifs 68% étaient infectés par le VIH1 ; pour KIMBA H (56) 79,03% des donneurs séropositifs étaient VIH1 ; KEÏTA T (38) ; B DESIRE (57) DIALLO M O et al (58) ont rapportés des résultats similaires (VIH1 prédominant). VIH1 était prédominant dans l'étude de la séroprévalence de

l'infection à VIH dans les sept régions économiques du Mali (58), enquête effectuée en 1992.

3.5 Signes de suspicion de l'infection à VIH/SIDA : l'amaigrissement (altération de l'état général) était le symptôme qui a été le plus observé chez presque tous les patients enquêtés pour VIH. Mais les patients présentaient tous ou presque une double symptomatologie à type d'altération de l'état général associé à une diarrhée (27,66%), altération de l'état général associée à la fièvre (25,53%), altération de l'état général associée à la candidose buccale (6,38%).

Dans sa thèse KANOUTE F (40) trouvait l'amaigrissement chez 98% des patients, la fièvre (78%), la diarrhée (77%).

4. Discussion thérapeutique

4.1 Résultat du traitement syndromique des IST : nous avons obtenu globalement 71,22% de guérison clinique pour les différents types d'IST observés. En outre 67,76% de guérison clinique étaient obtenus chez les patients porteurs d'une cervico-vaginite.

Les algorithmes les plus forts ont été appliqués à l'écoulement urétral (100% de taux de guérison), à la douleur abdominale basse (100% de taux de guérison), à l'écoulement vaginal + douleur abdominale basse (100% de guérison).

On avait un résultat moyen avec l'algorithme appliqué à l'écoulement vaginal seul (69,90%) et un résultat faible quand il s'agit d'écoulement vaginal + cervicite (60,71% de taux de guérison).

Une étude faite au Sénégal en 1991 en zone rurale (60) trouvait 58% de guérison clinique pour cervico-vaginite.

4.2 Résultat du traitement des patients vivant avec le VIH : les patients VIH positifs présentaient des tableaux cliniques variés le plus souvent une diarrhée, une fièvre ou une toux, une candidose buccale, un zona. Et ils étaient traités en conséquence par les molécules citées plus haut (protocole d'étude). Il faut noter que deux femmes enceintes VIH positifs ont bénéficiés d'un traitement à l'AZT au CSAC. Nous avons constaté une amélioration clinique chez 70,00% de nos patients VIH positifs. Plus de 22% des patients séropositifs sont décédés par suite d'altération de l'état général dans un contexte fébrile, de tuberculose, de coma fébrile, de diarrhée fébrile.

KANOUTE F (40) a rapporté 24% étaient décédés ; 76% d'amélioration clinique.

CONCLUSION - RECOMMENDATIONS

CONCLUSION

Notre étude prospective descriptive menée au centre de santé de référence de la commune V (entre Août 1998 et Août 1999) a porté sur les IST et l'infection à VIH/SIDA. Le but était de permettre une meilleure connaissance épidémioclinique des IST et de l'infection à VIH/SIDA d'une part ; d'autre part d'évaluer l'application de la stratégie de prise en charge syndromique des IST.

Cette étude a inclus 186 patients, dont 139 cas d'IST et 47 cas de suspicion d'infection à VIH/SIDA (40 cas de séropositifs, 7 cas de séronégatifs).

Les résultats ont été les suivants : le choix du lieu d'étude (prédominance de l'activité gynéco-obstétricale) nous appelle à faire des réserves dans l'interprétation des résultats.

Sur le plan épidémiologique, le sex ratio était de 8,3 en faveur du sexe féminin. La majorité des patients était mariée. L'utilisation du préservatif était très limitée : inférieure à 10%. Les patients consultaient très tardivement (délai de consultation supérieure à 6 mois dans la plupart des cas). Ce qui rendait difficile la prise en charge des patients.

Dans notre étude les deux types de VIH étaient retrouvés avec une prédominance nette du VIH1. Et presque tous les séropositifs étaient déjà sidéens.

Sur le plan de la prise en charge syndromique, les algorithmes qui ont été les plus efficaces (100% de guérison) sont ceux appliqués à l'écoulement urétral (616), à la douleur abdominale basse (313), à l'écoulement vaginal + douleur abdominale basse (414). Quant à l'écoulement vaginal, l'écoulement urétral + cervical, le taux de guérison était inférieur à 75%.

Les résultats de notre étude non représentatifs de la population générale au Mali pourraient être améliorés en menant d'autres études couvrant une plus grande majorité de population (études multicentriques).

RECOMMANDATIONS

- * Renforcer les activités de prévention primaire (éviction de comportement sexuel à risque, utilisation du préservatif) des IST et de l'infection à VIH. Ces activités doivent être ciblées principalement sur les populations de la tranche d'âge de 15 à 49 ans et sur les voyageurs.

- * Formation continue des agents de santé sur les IST en vue d'un diagnostic et d'un traitement précoces.

- * Poursuivre la recherche de schémas thérapeutiques efficaces pour la prise en charge des patients atteints d'IST et ou vivant avec le VIH.

- * Rendre disponibles les molécules des schémas thérapeutiques adoptés.

- * Promouvoir le counselling des patients atteints d'IST et ou vivant avec le VIH afin de faciliter leur suivi.

- * Informer, éduquer et conseiller les patients en ce qui concerne la prévention et le traitement réussi des IST, et expliquer les liens entre IST et l'infection à VIH/SIDA.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS Genève ; 1991.
Prise en charge des patients atteints de maladies sexuellement transmissibles.
2. Médecine digest, N°3, Vol XXIV, 1998.
ONU SIDA Dec. 1997
3. KATTRA N.
Etude de la prévalence des MST/VIH à des facteurs de risque de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes dans les régions de Koulikoro, Sikasso, Mopti en république du Mali.
Thèse Pharm 1999
4. GOEMAN I, MEHEUS A, PIOT P.
L'épidémiologie des MST dans les pays en développement à l'ère du SIDA.
Ann. Doc. Belg. Med. Trop. 1991,71 :81-113.
5. DIETRICH M, HOOSEN AA, MOODLEY J, MOODLEY S.
Urogenital tract infection in pregnacu at king Edward XIII hospital, Durban, South Africa.
Genitourinary med 1992,68 : 39-41
6. VUYL Steck B.
Infections génitales à *Neisseria gonorrhoe* et *Chlamydia trachomatis* chez les femmes : un diagnostic simple bon marché est il possible ?
Mémoire présenté pour l'obtention du grade Master of science en sciences biomédicales tropicales, Anvers 1991.
7. Marc GENTILLINI.
Les maladies sexuellement transmissibles.
Médecine tropicale 5^{ème} éd. 1993 : 626
8. KOKAÏNA C.
Infécondité conjugale au service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. A propos de 518 cas.
Thèse Médecine Bamako, 1998.

9. Communiqué OMS/89
Maladies sexuellement transmissibles et SIDA en Afrique.
Xème conférence internationale sur les MST et le SIDA en Afrique du 6 au 10 déc 1997 à Abidjan.
10. UNAIDS Global on AIDS, Déc 1998
11. World bank confronting AIDS
Oxford University press, 1997
12. OMS PNL SIDA RCI
The current global of the HIV–AIDS pandemic, juillet 1995
13. Sida Alerte n°60
Les systèmes économiques en Afrique et le SIDA : que faut-il faire ?
A white side ; economies reseach unit, Natal university, Afrique du sud.
IX° conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique,
Kampala, Février 1996 pg 13.
14. André S , JP COULAUD et col.
Abrégé des maladies sexuellement transmissibles. 2^{ème} éd P-20-107-225
15. Anonyme
Famille et développement
Spéciale sexualité éd 1984 : 82-84
16. CBS Schofiels MDFRCP.
MST : traduit par I. Arnaud-Bettandier I. Egassa Broca : 164-178
17. KERNBAUMS.
Elément de pathologie infectieuse.
4^{éd} .SIMEP.SA /SPECIA 1982-1988 : 266-297

18. AUBERT F, GUITARD P.
Des infections sexuellement transmissibles :
Essentiel médical de poche ; Université francophone : éd
marketing /ELLIPSES 1990 : 119-124
19. Dermatologie tropicale.
Université francophone éd 1993 de Bruxelles/AUPELF : 249-250
20. TR HARRISSON
Principe de médecine interne 3ème éd.
Traduit de la 9^{ème} éd Américaine, 1982
21. CRONBERGS, BEYTOUT J, REY M.
Maladies infectieuses.
Abrégés Masson, 1988 : 327
22. Anonyme
Sida : une crise de santé publique.
Population report série L, N°6, Mars 1997
23. Anonyme.
La sécurité sanguine
Action contre le Sida 1997, 34 : 1-3
24. MEYOHAS MC.
Histoire naturelle de l'infection par le VIH et sphère digestive
Cahier Houdé gastro-entérol. 1996, 4 : 5-11
25. JACQUELYN HF, Peter I UNGVARSKI.
HIV/SIDA : le guide de l'équipe soignante. Traduit de l'américain par
Antoinette LAMBERT.

26. OMS/ONUSIDA
Rapport sur le point de l'épidémie du Sida, Genève 1998
27. DEVILLE Charbrolle A, AGUT H.
Diagnostic biologique de l'infection à VIH.
ROSENHEIM M, I. TOUA
28. VIH/SIDA
Documentation pour les personnels de santé.
OMS, Avril 1991
29. Pr J.F.
Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH.
Recommandations du groupe d'experts, rapport 1999
30. Rapport séminaire
Atelier sur l'identification des germes responsables des MST et leur sensibilité selon les données de l'INRSP et du laboratoire du point G, du 5 au 6 septembre 1996
31. La prise en charge syndromique des MST
Manuel d'appui ; Direction Nationale de la Santé Publique PNLS : 1997
32. MAÏGA Y.
Problématique de la migration des MST dans la région de Sikasso.
Thèse Médecine 1999
33. GOÏTA S.
Etude épidémiologique-clinique des MST dans la région de Mopti 1996-97
Thèse Médecine 1998
34. TRAORE M.
Contribution à l'étude de la prévalence de la sérologie de la syphilis chez la population fréquentant les structures de santé de Bamako.
Thèse Pharmacie 1989

35. DIALLO R.
Prévalence de *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans* et *Gardenella vaginalis* parmi les infections génitales féminines à Bamako.
Thèse Pharmacie 1993
36. TRAORE YA.
Etude de la prévalence des MST/VIH et facteurs de risque de l'infection par le VIH dans les six communes de Bamako.
Thèse Pharmacie 1999
37. DIARRA BD.
contribution à l'étude de la séroprévalence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine au Mali : à propos de 3500 sérums.
Thèse Médecine 1989
38. KEÏTA T.
Aspects épidémiologiques, cliniques et la prise en charge des dermatoses, lèpre et MST/VIH à la polyclinique El HELAL de Djicoroni-para (Bamako, commune IV)
Thèse Médecine 2000.
39. GUINDO A.
Etude de la prévalence des principaux agents pathogènes responsables de MST/SIDA dans une population en âge de procréer dans les centres de santé de la commune II du district de Bamako.
Thèse Médecine 1993
40. KANOUTE F.
Aspects cliniques et paracliniques du Sida à Bamako.
Thèse Médecine 1992
41. TRAORE S.
Etude épidémiologique-clinique des MST dans la région de Mopti de 1996-97
Thèse Médecine 1998
42. SAMAKE A.
Facteurs de risque des MST/SIDA à la mobilité de la population en commune VI du district de Bamako.
Thèse Médecine 1999

43. PAINTER T.
Les stratégies de vie mobile : un déficit aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique.
Société d'Afrique et Sida, 1995.10 : 5-6.
44. ANAFI IK.
Sexuality, migration and AIDS.
Healthtraus, 1995 : 3-45-47
45. Ousseini et al.
Le sida en république en du Niger
La presse médicale, 1989 ; 18 : 1298
46. SOW P et al.
Aspects épidémiologiques de l'infection à VIH à partir d'une population de Dakar.
VIII Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique ;
Marrakech 1993 ; MOP54
47. CAMARA M.
Jeunes scolaires face à la sexualité.
Thèse Médecine 1999
48. TRAORE I Maya.
Etude du développement pubertaire et du comportement sexuel des filles en milieu scolaire de Bamako.
Thèse Médecine 1998.
49. CISSE A.
Connaissance et comportement sexuels des jeunes de 15-29 ans sur les MST et Sida à Bamako
Faculté des études supérieures universitaires Laval, 1993
50. Georges AIM.
Adolescents et adolescents devant les MST gyn-obs :
la médecine et la femme, Juin 1990, n°235 : 2-3
51. KOUMARE B.
Projet d'intervention visant à freiner la propagation des MST/SIDA dans un groupe à haut risque dans le district de Bamako 1988-89 : 43-56

52. MWUZAMBI M, BLASTUS K.
Education concernant le Sida et promotion des préservatifs auprès des chauffeurs de camions, de leurs assistants et leurs partenaires sexuels en Tanzanie.
Programme mondial de lutte contre le SIDA Genève, Mai 1992, 8 : 28-29
53. EKA E, William.
Programme mondial
Prévention du Sida chez les prostituées et leurs clients.
Genève 28-29Mai 1992
54. ANKE B, Daniel H, Germaine D, Noël Ndong M, Martine P, COULAUD JP, Lievef, Eric D.
Elaboration et évaluation d'algorithme de dépistage des MST chez la femme enceinte Libreville Gabon.
Cahier de santé 1996, 6 : 21-115
55. KONE MM.
Etude de la pathologie cutané-muqueuse des sidéens suivis dans les services d'hospitalisation de Bamako (HGT , HN du point G, Institut Marchoux).
Thèse de Pharmacie 1994
56. KIMBA H.
Enquête séro-épidémiologique sur l'infection à VIH chez les donneurs de sang à Bamako.
Thèse de Pharmacie 1999
57. Désiré B.
Association MST et le niveau d'immuno-dépression (diminution CD4 et diminution du ratio CD4-CD8) chez les consultants du dispensaire antivénérien de l'institut national d'hygiène publique de Treichville.
Thèse Médecine 1997.
58. DIALLO MO et al.
Sexually transmitted diseases and HIV1/H IV2 infections among pregnant women attending an antenatal clinic in Abidjan, Côte d'Ivoire conference VII^o international conference on AIDS in Africa, Yaoundé Déc 1992.

59. MAÏGA YI, SISSOKO Z , MAÏGA MA.
Etude de la séroprévalence de l'infection à VIH dans les sept régions économiques du Mali.
VIIIème conférence internationale sur les MST et le SIDA en Afrique, livre résumé ; 2-16 Déc 1993 Marrakech, P18

60. LEMARDELEY P et col.
Evaluation des signes de M S T/ V I H en zone rurale sénégalaise en 1991.
Cahiers d'étude et de recherche francophones : Santé vol 5, Janvier-Février 1995.

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 s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

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

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

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

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

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

« Une chose est certaine c'est qu'il n'appartient pas, au médecin de revêtir la robe noire et, assumant les fonctions de juge, de priver un malade d'espoir.... cet espoir qui est donné à tous »

William OSLER

ANNEXES

III. ASPECTS THERAPEUTIQUES

1) Traitement syndromique

2). Autre traitement

IV. RESULTAT DU TRAITEMENT ET EVOLUTION

Nom : DIARRA

Prénom : Lassény

Titre de la thèse : Profils épidémiolo-cliniques des IST et évaluation des algorithmes de prise en charge syndromique au centre de santé de la commune V (Bamako – MALI)

Année : 2000 – 2001

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Santé publique

Résumé

Cette étude sur les IST et l'infection à VIH/SIDA au centre de santé de référence de la commune V a été effectuée entre Août 1998 et Août 1999 soit une année.

Le but de l'étude était de permettre à une meilleure connaissance épidémiolo-clinique des IST et de l'infection à VIH/SIDA d'une part, d'autre part évaluer l'application de la stratégie de prise en charge syndromique.

Nous avons effectué une étude descriptive prospective chez des patients fréquentant le centre de santé de référence de la commune V.

Nous avons obtenu les résultats suivants : l'échantillon comportait 139 IST et 47 cas de suspicion d'infections à VIH/SIDA .Le sexe ratio est de 8,3 en en faveur du sexe féminin. La tranche d'âge 26-35 ans est la plus touchée. Ces affections se rencontrent dès l'âge de 16 ans. Et le plus jeune âge au premier rapport sexuel est de 13 ans.

Les patients mariés sont les plus représentés. On a pas noté de patient homosexuel.

Au plan clinique les signes cliniques les rencontrés ont été : le prurit vulvaire, le prurit vulvaire associé à une dyspareunie, la dyspareunie seule, ou une dysurie en cas d'IST. La fièvre , la toux associée à la fièvre, une fièvre associée à une anorexie ont été observés chez les patients suspects d'infection à VIH/SIDA.

La prise en charge des IST a nécessité l'application des algorithmes appropriés pour chaque type d'IST rencontrée. Les algorithmes thérapeutiques les plus efficaces étaient ceux appliqués à l'écoulement urétral, à la douleur abdominale basse, à l'écoulement vaginal + douleur abdominale basse.

Les patients séropositifs ont bénéficiés de traitement dirigés contre les infections opportunistes. Deux femmes enceintes ont été traitées avec de l'AZT jusqu'à leur accouchement.

Ailleurs 72,5% de nos patients séropositifs étaient infectés par le VIH1, 2,5% par le VIH2 et le double portage a été retrouvés chez 5% des patients séropositifs.

Globalement une guérison clinique a été observée chez plus de 70% de nos patients présentant une IST. Malheureusement au cours de l'étude 8/40 patients séropositifs sont décédés.

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