

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE,
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE.

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE –UN BUT– UNE FOI

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2007 - 2008
Thèse n°...../2008

TITRE :
**ETUDE DE LA PRISE EN CHARGE DU SYNDROME
ECOULEMENT VAGINAL ET/OU DOULEUR
ABDOMINALE BASSE A LA MATERNITE DU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE I. BAMAKO-MALI**

Thèse présentée et soutenue le // 2008

Par **Mr Mahamadou Guédiouma KONE**
Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine**
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président :
Membre :
Co-directeur :
Directeur de thèse :

Professeur Amadou DOLO
Docteur Bah Aissatou Tinka
Docteur Adama DICKO
Professeur Somita KEITA

DEDICACES

Je dédie ce travail

À ALLAH le tout puissant, le Miséricordieux, le clément, pour m'avoir accordé la vie, la santé et permis la réalisation de cette étude.

Au Prophète Mohamed, que les bénédictions et la paix de DIEU soient sur lui.

A mon Oncle « père adoptif » : Mohamed tiéble Koné

Aussitôt perdu mon père dès l'âge de cinq ans, vous m'avez entièrement pris en charge et considéré comme votre premier fils, les mots me manquent pour vous remercier. Je vous resterai éternellement reconnaissant de m'avoir scolarisé et m'avoir inculqué vos qualités humaines. Le résultat auquel je suis parvenu aujourd'hui est le fruit de votre détermination à aider votre enfant à réussir. Trouve ici, cher père, l'expression de mon affection totale envers vous. Qu'ALLAH, notre Seigneur t'accorde longue vie et excellente santé ! Amen !

A mon père :

Que j'ai connu à peine car je l'ai perdu à l'âge de cinq ans je prie le bon Dieu de lui accorder sa grâce et son pardon !
Amen !

A mes mères : Mariam Koné, Hawa Diarra, Fily Diakité.

Vous avez guidé mes premiers pas dans la vie et travaillé durement afin que tous vos enfants aient une assise solide

pour affronter le dur combat de la vie. Vos sages conseils, vos bénédictions m'ont toujours aidé dans les instants les plus durs de la vie. Votre sens élevé de l'honneur, votre amour pour le prochain, votre courage, votre générosité, votre affection pour vos enfants, vos sacrifices consentis, ont été le secret de notre réussite.

Chères mères, trouvez ici, l'expression de ma très grande reconnaissance et profonde affection pour vous.

Puisse ALLAH, vous accorder meilleure santé et longue vie à nos côtés.

Amen.

A mes frères et Sœurs : Assétou, kadidiatou Koné , kadi koné , Matou,Ladji, Moussa koné, Moussa Traoré,

Djibril,PAPOU,Bob,Fatoumata,Batoma,Diya,Aïcha, Djénébou, le petit benjamin Dramane dit Bah, je vous dédie ce travail, qu'il puisse vous servir d'exemple à suivre.

A mes neveux et nièces : Pathé, Ara, Gâta, Prince, je vous aime beaucoup.

A la mémoire de mon oncle et de mon grand frère :

Karim et Zoumana Koné, tous deux arrachés à notre affection suite à des tragiques accidents de la circulation.

Vous nous avez beaucoup séduits par votre loyauté, combativité, générosité et votre sens élevé de l'humanisme.

Dormez en paix.

A mes tantes feu Aminata Koné et Aramata Diarra : Le monde est un perpétuel conflit entre la vie et la mort. En décidant de nous quitter de façon prématurée, vous nous sevez de vos grandes qualités humaines de réconciliatrice et de partage. Nous prions le bon Dieu de vous accorder sa grâce et son pardon.

A mes oncles et tantes :

Je n'ai pas cité de nom pour ne pas en oublier. Merci pour votre attention soutenue et votre affection depuis mon jeune âge. Je prie pour le repos de l'âme de ceux qui ne sont plus parmi nous.

A mon grand-frère : Aboudramane et sa femme (Fatim) :

La fraternité n'a pas de prix comme on le dit. J'espère qu'elle restera toujours un lien sacré pour nous. Trouvez tous, ici, l'expression de mon fraternel amour et merci infiniment pour votre soutien moral et matériel. Ce travail est tout à votre honneur.

REMERCIEMENTS

Aux familles :

Feu Dramane Tangara à Korofina

Feu Karim Koné à Niamakoro

Seydou Sidibé à Hippodrome

Nadjourou Safo Diarra à Ségou

Najim Mohamed à Sotuba

Souleymane Diarra en Espagne

Oumar Diarra dit Barou, Youssouf diakité, Seydou Ballo, youba Sangaré.

A vous pour la grande sympathie dont vous avez fait a mon égard.

DOCTEUR MODIBO D. SOUMARE

Spécialise en gynécologie et obstétrique.

Chef de service de gynéco-obstétrique du CS Réf CI, vous nous avez fait honneur en m'acceptant dans votre service, nous avons été témoins des qualités exceptionnelles d'un homme modeste, rigoureux, soucieux de notre bonne formation, du travail bien fait aussi en quête permanente de la perfection. Nous avons bénéficié de savoirs en gynéco-obstétrique surtout lors des staffs quotidiens et les études post-universitaires et nous sommes fiers de nous compter parmi vos élèves

Cher maître, trouver ici, l'expression de notre profonde reconnaissance et notre plus grand respect.

QU'ALLAH le tout puissant vous donne longue vie auprès de nous.

A Mr Ibrahima Tangara dit Police :

J'ai trouvé en vous un confident .Ce travail est le fruit de ta sagesse. Trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance.

ASSAN SIDIBE : Gérante à Asacoboul II je n'oublierai jamais tout ce que vous avez fait pour moi pour que ce travail, soit ce qu'il est aujourd'hui merci de ton soutien sans faille.

A tous les enseignants et camarades de mon parcours.

Au corps professoral de **la F.M.P.O.S** de Bamako pour la qualité des enseignements reçus tout au long de notre formation
Hommage respectueux.

A Tout le personnel du centre de santé de référence de la commune I, particulièrement AU MEDECIN CHEF Dr Sow Youssouf pour avoir accepté ce travail dans son centre.

A mes Ami(e)s :

Alassane Garango, Badra Ali Coulibaly, Doudou Ouologuem, Kassim Diallo, Dramane Coulibaly, Djéneba Diallo, je ne saurais vous remercier pour tout le soutien et la disponibilité dont vous faites preuve . J'espère un jour pouvoir vous le rendre au centuple. Que Dieu vous bénisse

A Sidy Bane, Ibrahima Keita dit Boia, aucun mot ne traduira pleinement ce que je ressens de vous. Ce travail est le fruit de votre sagesse, Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi pendant l'élaboration de cette thèse.

AUX DOCTEURS : Mahamadou Diassana, Samba Traoré, Bagayoko Seydou Dit Nanko, Sidy Yattara, merci. Vous êtes

infiniment à la fois les maîtres , les frères et les amis pour les internes, grâce a vous, nous sommes fiers de notre formation.

A mes aînés :

Aux Docteurs : Keita Mahamadou, Diaby Mohamed, Samoura Astan Bamba, Diassana Alima sidibé , Ouologuem Aly, Traoré Lamine, Bamba Harouna. Pour les utiles prodiges au cours de ce travail.

A mes collègues Internes : Boubacar S Camara dit Paul , Boubacar Konaté , Adama Alex Diarra , Badara A Coulibaly , Mme Diallo Aichata Maïga , Bouba Kiré , Seydou Tall , Issa Dogoni , Ibraïma Maïga , Kader Sidibé , Bourama Kellepilly , Sagaidou Maïga , Mohamed Dembélé Nous avons partagé tant de moment de dur labeur , de détente , de peine et de bonheur. Que Dieu fasse que chacun de nous soit heureux après ces moments pénibles .

A notre équipe de garde : Dogoni Issa, Dit Boua, Maiga Ibrahim, Bouba Fomba pour la très bonne collaboration lors de nos gardes.

AUX anesthésistes : Aly Sow, Mm Thérera Oumou, Diallo Younoussa, Samake pour la collaboration très fructueuse lors de nos gardes.

A toutes mes sœurs et mères sages femmes du CSRéf de la commune I Principalement a ma tante **Mm Coulibaly Saly Coulibaly** pour votre collaboration.

A Tout le personnel et à tous les internes qui assurent la garde au centre de santé communautaire de

Boukassoumbougou II merci pour votre collaboration.

A tous ceux qui de près ou de loin ont pris part à la réalisation de ce travail.

Encore merci.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

PROFESSEUR AMADOU DOLO

- ✓ Professeur titulaire de l'université en gynécologie et obstétrique
- ✓ Chef du département de la gynécologie et obstétrique de la F.M.P.O.S
- ✓ Chef de service de la gynécologie et obstétrique du centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré
- ✓ Père fondateur de la Société Malienne de Gynécologie et obstétrique (SO.MA.GO)
- ✓ Secrétaire Général de la Société Africaine de Gynécologie et obstétrique (S.A.G.
- ✓ Président de la Cellule Malienne du Réseau Africain de Prévention de la Mortalité Maternelle (R.P.M.M)
- ✓ Point focal de la Vision 2010 au Mali.

Cher Maître,

Nous sommes honorés que vous ayez, malgré vos occupations, accepté de présider ce jury. Votre esprit méthodique, vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité font de vous un maître respecté et admirable. Votre sagesse, votre accueil toujours courtois et affectif, votre humanisme et votre modestie forcent respect et incitent à l'admiration.

Veillez recevoir, cher maître, toute notre considération et profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE
DOCTEUR Bah Aïssata TINKA

- ✓ Spécialiste en Santé Publique
- ✓ Ancienne coordinatrice du volet Mali du projet d'appui à la lutte contre le SIDA en Afrique de l'ouest (projet SIDA III)
- ✓ Consultante internationale dans le domaine IST/VIH et en santé de la reproduction.

Honorable maître, avec indulgence et gentillesse, vous avez accepté de juger ce travail. Vous nous faites un grand honneur en acceptant de le juger.

Votre rigueur, votre disponibilité et votre dynamisme dans la tâche font de vous un maître admirable. Votre simplicité et votre accueil nous ont conquis. Veuillez accepter, l'expression de notre grande estime et de notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

DOCTEUR ADAMA DICKO

- ✓ Spécialiste en Dermatologie.
- ✓ Praticien hospitalier au C.N.A.M

Cher Maître, la rigueur scientifique, la simplicité, la disponibilité, l'esprit de tolérance et de la compréhension sont autant de qualité que vous incarnez et font de vous un encadreur d'une rareté étonnante.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de courtoisie et surtout de courage.

Puisse Dieu nous garder en sa sainte protection et vous soutenir dans vos projets futurs.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR
PROFESSEUR SOMITA KEITA

- ✓ Professeur titulaire de l'université en Dermato-Lèpro-vénérologie.
- ✓ Chef du département dermato-lèpro-vénérologie de la F.M.P.O.S
- ✓ Chevalier du mérite de la santé
- ✓ Chef de l'unité de dermato-vénérologie du C.N.A.M
- ✓ Président de la commission thématique spécialisée en I.S.T au Mali.

Cher Maître,

Vous nous avez fait honneur en acceptant de nous confier ce travail, qui ouvre une porte de sortie aux praticiens des I.S.T de notre Pays toujours en quête de solutions aux innombrables problèmes de la population.

Votre rigueur scientifique et pédagogique a gravé en nous la qualité de l'enseignement que vous nous avez dispensé.

Vous êtes toujours resté disponible et c'est le moment de vous rendre un hommage mérité. Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et à votre savoir-faire.

Puisse le seigneur vous rendre vos bienfaits et nous permettre de vous rendre hommage en ayant la force et le courage de suivre vos pas.

Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de ma grande sympathie et de mon profond respect.

Puisse Allah vous accorder longue vie.

ABREVIATIONS ET SIGLE

IST : Infection sexuellement transmissible

PED : pays en développement .

OMS : Organisation mondiale de la santé

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

CDC : Centre pour le Contrôle et la Prévalence de la Maladie, Atlanta
Etats-Unis

CNAM : Centre National d'appui à la Lutte Contre la Maladie

EV : Ecoulement Vaginal

DAB : Douleur Abdominale Basse

SIP : Syndrome Inflammatoire Pelvien

TV : Toucher Vaginal

PCB : Pomme de Terre, Carotte, Bile

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRef : Centre de Santé de Référence

MGG : May Gram Giemsa

CPN: Consultation Périnatale

CP_oN : Consultation postnatale

CSLS : Cellule de Coordination du Comité Sectoriel de Lutte contre le
SIDA

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

INRSP : Institut National pour la Recherche en Santé Publique

SOTRAMA : Société de Transport du Mali

ORTM : Office de Radio et Télévision du Mali

EDS III Mali : Etude démographique de Santé Mali

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

SOMMAIRE

I INTRODUCTION.....	1-3
II OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	4
1 Objectif général	
2 Objectifs spécifiques	
III GENERALITES.....	5-35
IV METHODOLOGIE.....	36-43
1 Cadre d'étude	
2 Type d'étude	
3 Durée d'étude	
4 Taille de l'échantillon : critère d'inclusion et critère d'exclusion	
5 Récolte des données	
6 Analyse des données	
7 Ethique et déontologie	
V RESULTATS.....	44-67
VI COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	68-75
VII CONCLUSION.....	76
VIII RECOMMANDATIONS.....	77-78
IX REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	79-83
ANNEXES	
Fiche d'enquête	
Fiche signalétique	
Serment d'Hippocrate	

I) INTRODUCTION

L'écoulement vaginal et ou la douleur abdominale basse sont des signes majeurs, d'infections sexuellement transmissibles (IST) constituant un problème de santé publique dans le monde, notamment dans les pays en développement (PVD). De nombreuses études ont démontré le rôle des IST comme facteurs biologiques favorisant l'infection par le VIH [1]. L'OMS estimait en 1998 à 330 millions de nouveaux cas d'IST dans le monde chaque année [2]. La gonococcie serait responsable de 62 millions de cas par an, la Chlamydia représentait 89 millions, le Trichomonas représentait 170 millions [3].

L'Afrique est le continent le plus touché et les IST figurent parmi les 5 types d'affections les plus courantes pour lesquelles les adultes cherchent à bénéficier de soins médicaux. En 1995 les taux d'incidences suivants ont été respectivement notés en Amérique du nord 2 à 3 %, en Asie centrale 3 à 8 %, en Amérique Latine 7 à 14 % et 11 à 35% en Afrique Subsaharienne. A travers le monde, l'Afrique paie ainsi le plus lourd tribut des IST.

Au Mali en 1999, la prévalence de la gonococcie chez les femmes enceintes était 10% ; 25% pour le Trichomonas vaginalis et 27,1% pour le candida albicans [4].

Selon EDS III en 2001 à Bamako 13,6 % des femmes ont présentés une IST dans leur vie ; 33,5 % ont eu un écoulement génital et 11,1 % ont eu une ulcération génitale [5].

En 2002, une étude faite par le centre pour le contrôle et la prévalence de la maladie, Atlanta Etats-Unis (CDC), au niveau de Bamako, Sikasso, Ségou et Mopti, a estimé à 1 % la prévalence de la gonococcie au cours des Leucorrhées [6].

Les facteurs favorisant les IST sont de nature démographique ; socio- économique, culturelle, biologique et comportementale. Tous ces facteurs pourraient avoir de nombreuses conséquences sur les plans obstétricaux, familiaux et même affectifs [10].

De nombreuses études ont mis en évidence une association hautement significative entre la présence d'IST inflammatoires ou ulcératives et un risque de séroconversion pour le VIH. La présence d'écoulement vaginal et ou de la douleur abdominale basse peuvent accroître la transmission du VIH pour deux grands types de raisons. Lorsqu'elles sont ulcératives, elles ouvrent une porte directe au virus du sida dans le système sanguin de la personne infectée. Dans tous les cas, elle augmente le

nombre de globules blancs, lesquels constituent à la fois une cible et un réservoir du VIH dans l'appareil génital féminin. Par ailleurs l'inflammation génitale peut causer des coupures microscopiques pouvant permettre au virus du sida de pénétrer dans le corps. Les maladies qui provoquent une inflammation sont beaucoup plus répandues que les maladies causant des ulcérations génitales.

A cet effet l'OMS préconise le contrôle syndromique des IST comme stratégie prioritaire de lutte contre l'épidémie à VIH. Pour assurer la prise en charge des IST, il existe globalement deux (2) approches : l'approche étiologique et l'approche syndromique.

A partir de 1990, l'OMS a recommandé aux Etats membres d'adopter l'approche syndromique pour la prise en charge des patients présentant des symptômes d'IST. Cette approche basée sur les arguments cliniques s'impose de plus en plus et est basée sur des arbres décisionnels (algorithmes).

Les experts maliens en collaboration avec leurs homologues de l'OMS et les partenaires technique ont mis en œuvre huit algorithmes adaptés au contexte malien.

En 2003, en collaboration avec le CDC, une étude de terrain a permis la révision des algorithmes. Cette étude a permis de réduire à six le nombre d'algorithme en vigueur au Mali.

Ces algorithmes ont été élaborés pour la prise en charge des IST dans toutes les structures sanitaires du pays notamment celle du premier contact avec les malades.

L'EV et / ou la DAB, auparavant considérés comme deux syndromes à part entière, ont été, au cours de la révision, associés en un seul syndrome.

Cette association a été motivée par la similitude des critères en faveur d'une cervicite.

Parmi les structures sanitaires du Mali, le service de dermatologie du centre National d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM), service de référence des dermatoses et des IST est peu consulté, sauf pour des cas d'IST graves ou celles à manifestation dermatologique.

Beaucoup de patients consultent les centres de santé communautaire ou les centres de santé périphérique. Ces centres de référence pratiquent peu de diagnostics étiologiques pour des raisons de coût ou de manque de laboratoires adaptés. Dans ces structures périphériques, l'approche de prise en charge syndromique semble être appliquée pour traiter les IST.

Le but de notre étude est d'évaluer l'application de la prise en charge du syndrome EV et/ où la DAB dans le centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, trois ans après l'adoption au Mali des six nouveaux algorithmes.

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Objectif général :

Etudier la prise en charge du syndrome écoulement vaginal (EV) et ou la douleur abdominale basse (DAB) à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune I du district de Bamako.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la prévalence du syndrome écoulement vaginal et / ou douleur abdominale basse chez les femmes consultants a la maternité du centre de santé de référence de la commune I.
- Déterminer la proportion et les résultats de l'utilisation de l'algorithme écoulement vaginal et/ ou douleur abdominale basse par les prescripteurs de cette maternité.
- Identifier les obstacles à l'application de la prise en charge syndromique des cas d'écoulement vaginal et/ ou douleur abdominale basse dans cette maternité.

III. GENERALITES

A. Epidémiologie :

L'EV et ou DAB et leurs complications sont considérées comme faisant partie des cinq pathologies les plus fréquentes dans les pays en développement. Le nombre annuel de cas pour l'ensemble de la planète a été estimé à 62 millions pour la gonococcie, 89 millions pour la chlamydie et 170 millions pour les infections dues à trichomonas vaginalis. Il existe une prédominance de ces affections dans les PED, avec plus de 20% en Afrique sub-saharienne. L'incidence et la prévalence de ces affections y sont remarquablement élevées. Ainsi, chez la femme adulte vivant en Afrique sub-saharienne, les prévalences sont de l'ordre de 3% pour les infections dues à Neisseria Gonorrhée, 7% pour les chlamydioses et 14% pour le trichomonas.

Les facteurs favorisant de ces IST sont classés en facteurs démographiques, socio-économiques, culturels, biologiques et comportementaux qui pourront avoir de nombreuses conséquences sur les plans obstétricaux, familiaux et même affectifs.

✚ Les facteurs démographiques : il s'agit de l'âge et du sexe.

- L'âge : les jeunes adultes sont tous exposés particulièrement au risque de contracter une IST, la sexualité précoce, de multi partenariat.

- Le sexe : les IST chez les femmes sont souvent asymptomatiques et traitées tardivement.

✚ Les facteurs socio-économiques : ce sont la pauvreté, les guerres, les déplacements des populations (routiers etc.), les professionnelles du sexe

✚ Les facteurs culturels : le mariage précoce

✚ Les facteurs biologiques : la résistance des germes des IST aux antibiotiques, l'automédication.

✚ Les facteurs comportementaux : les relations sexuelles non protégées avec partenaires sexuels multiples.

La transmission de EV et/ ou DAB :

L'EV et/ ou DAB sont des IST se transmettant principalement par des relations sexuelles :

- ♦ Avec pénétration (vaginale ou anale) non protégée ;
- ♦ La transmission de la mère à l'enfant : pendant la grossesse, à l'accouchement ;
- ♦ Contacts avec le sang ou des produits sanguins infectés.

Les comportements qui influencent la transmission de L'EV et/ ou DAB:

- ❖ Un changement récent de partenaire
- ❖ Multipartenaire sexuel
- ❖ Avoir des rapports sexuels non protégés avec des partenaires "Occasionnels" ou des rapports avec des professionnelles du sexe
- ❖ Continuer d'avoir des relations sexuelles non protégées alors qu'on présente les symptômes d'une IST.
- ❖ Dans le cas où on souffre d'une IST, ne pas informer son ou ses partenaires et leur dire qu'ils doivent se faire soigner. Le fait de ne pas se servir d'un préservatif dans l'une ou l'autre de ces situations expose les deux partenaires à un risque d'infection très élevé.
- ❖ Ne pas suivre correctement les traitements prescrits.
- ❖ Ne pas faire soigner le ou les partenaires sexuels.

B. VAGINITE :

1. **Définition** : c'est une inflammation de la muqueuse vaginale, elle se manifeste toujours par des leucorrhées.

Leucorrhée : c'est un écoulement non sanglant provenant des voies génitales féminines, les leucorrhées sont le plus souvent physiologiques, mais pouvant être parfois le symptôme d'une infection cervicovaginale voire utéro-annexielle.

Leucorrhées physiologiques : Elles ont une double origine :

- **Cervicale** : glaire filante et limpide, très abondante secrétée par l'endocol en période péri ovulaire.

- **Vaginale** : Perte laiteuse, opalescente, peu abondante, par desquamation des cellules superficielles

* **Caractères fondamentaux** : Pas de prurit, ni de douleur et sans odeur. Dans les leucorrhées physiologiques aucun traitement n'est justifié.

Leucorrhées pathologiques :

-Les moyens de défense de la filière génitale sont altérés : Le bas appareil génital est normalement colonisé par une flore abondante (10^6 à 10^8 éléments /ml), Saprophyte banale et surtout le bacille de Döderlin. Celle-ci entretient l'acidité vaginale en transformant le glycogène sécrété par les cellules vaginales en acide lactique.

Cette acidité (PH < 5,5) est le principal facteur de défense anti-infectieuse à l'exception de candida qui se développe en milieu acide. Tout déséquilibre de la flore est donc un point d'appel à l'infection.

- Facteurs favorisants :

* Hormonaux : l'hyper œstrogénique favorise l'hyperacidité les mycoses, de même que la grossesse. La carence œstrogénique (Ménopause, petite fille) favorise la multiplication des autres germes

* Iatrogènes : Antibiothérapie (pénicillines), contraceptifs oraux, corticoïde, savons acides.

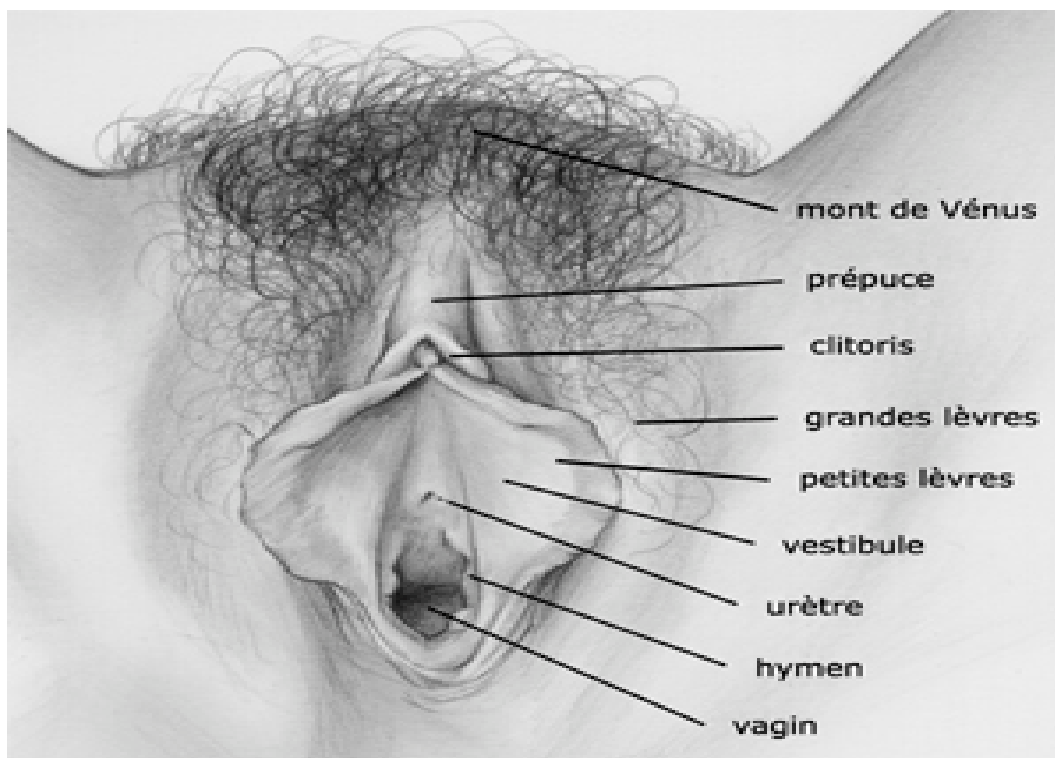
* Hygiéniques : Linge serré ou en nylon, tampons vaginaux, toilettes trop fréquentes

* Terrain : Diabète, grossesse, Immunodépression, mal formation uro-génitale.

2. Rappel anatomique du vagin :

Figure I

Appareil génital
Féminin externe



Source : Anatomie gynécologique et obstétricale. P. KAMINA.

Le vagin est un organe féminin musculo-membraneux. Il se présente sous la forme d'un conduit s'étendant de la vulve jusqu'à l'utérus et plus précisément l'entrée du col de l'utérus. Le sommet du vagin entoure le col de l'utérus d'un manchon, le cul-de-sac vaginal. Son extrémité inférieure se termine chez la femme vierge par une membrane, l'hymen. Celle-ci se déchire lors du premier rapport sexuel puis, après le premier accouchement, elle est remplacée par les caroncules myrtiformes. Les caroncules myrtiformes sont des excroissances de chair. L'intérieur de la paroi vaginale est recouvert par un épithélium fait de replis longitudinaux et transversaux, très sensibles lors des rapports sexuels, dont le rôle est également de permettre le passage de l'enfant pendant l'accouchement.

A ce niveau, la glaire cervicale sécrétée par les cellules du vagin permet une constante humidité et de lubrification.

Cette glaire présente une consistance somptueuse et une coloration blanchâtre. Le mucus, fabriqué par le col de l'utérus, fabrique la glaire cervicale jouant un rôle important pour la pénétration des spermatozoïdes vers l'utérus.

3. Classification étiologique de la Vaginite :

- Vaginite due à *Gardnerella vaginalis* : c'est une infection qui représente environ 50% à 60% de toutes les infections vaginales.
- Vaginite due au *Candida* : Elle représente environ 70% des femmes représente une infection à *Candida* durant leur vie. L'infection à *Candida* se retrouve chez 40% des femmes [8]
- Vaginite à *Trichomonas* : il constitue 10 % des infections vaginales et est transmise sexuellement le plus souvent.

4. Manifestation clinique de la Vaginite :

Elle se manifeste toujours par des leucorrhées, un prurit vulvaire, une dyspareunie, des brûlures mictionnelles, une dysurie, un érythème vulvo-vaginal, et des macules érythémateuses au niveau du périnée.

L'aspect des leucorrhées oriente vers une étiologie [36]

Leucorrhées	Agents pathogènes
Blanchâtre, grumeleuses, avec prurit, dyspareunie, érythème, œdème	Candida Albican
Verdâtre, fétide avec prurit, dyspareunie dysurie	Trichomonas vaginalis
Grisâtre mousseuse, malodorante	Vaginose = anaérobie Gardenella Vaginalis
Jaunâtre, purulente, indolore	Gonocoque
Sanguinolente	Chlamydia Trachomatis

5. Evolution et complication de la Vaginite :

La Vaginite présente peu de complications, sauf s'il est associé à d'autres germes comme les chlamydias et les Gonococques. Les complications possibles à cette association sont les salpingites, la grossesse extra-utérine, l'accouchement prématuré etc.

6. Traitement de la Vaginite :

Selon l'algorithme, le traitement de la Vaginite comprend le traitement pour le trichomonas, la candidose et la vaginose bactérienne.

+ Pour traiter efficacement à la fois le trichomonas et la vaginose bactérienne, prescrit : **Métronidazole** comprimé dosé à 250 mg, 2 comprimés matin, 2 comprimés le soir pendant les repas durant 7 jours ou chez la femme enceinte **Métronidazole** ovule pendant 10 jours. Déconseiller la prise de l'alcool pendant la prise du **Métronidazole**.

+ Pour traiter efficacement la candidose vaginale, prescrivez : **100 000 Unité de Nystatine** (un pessaire), inséré dans le vagin une fois par jour pendant 14 jours **ou clotrimazole comprimé gynécologique 200 mg** à placer dans le vagin une fois par jour pendant 3 jours **ou clotrimazole 500 mg ovule** à placer en

dose unique **ou clotrimazole crème** : une application vaginale le soir au coucher pendant 7 jours.

Recommandez à la patiente de prendre tous les comprimés que vous avez prescrits et expliquez-lui le mode de transmission des IST et leurs complications potentielles. Il est nécessaire de traiter le (s) partenaire (s) de la patiente lorsque la femme revient avec les mêmes symptômes. Donner des conseils.

C. Cervicite :

1. Définition de la cervicite : c'est une inflammation du col d'utérus qui est due aux IST en général.

2. Rappel anatomique du col de l'utérus :

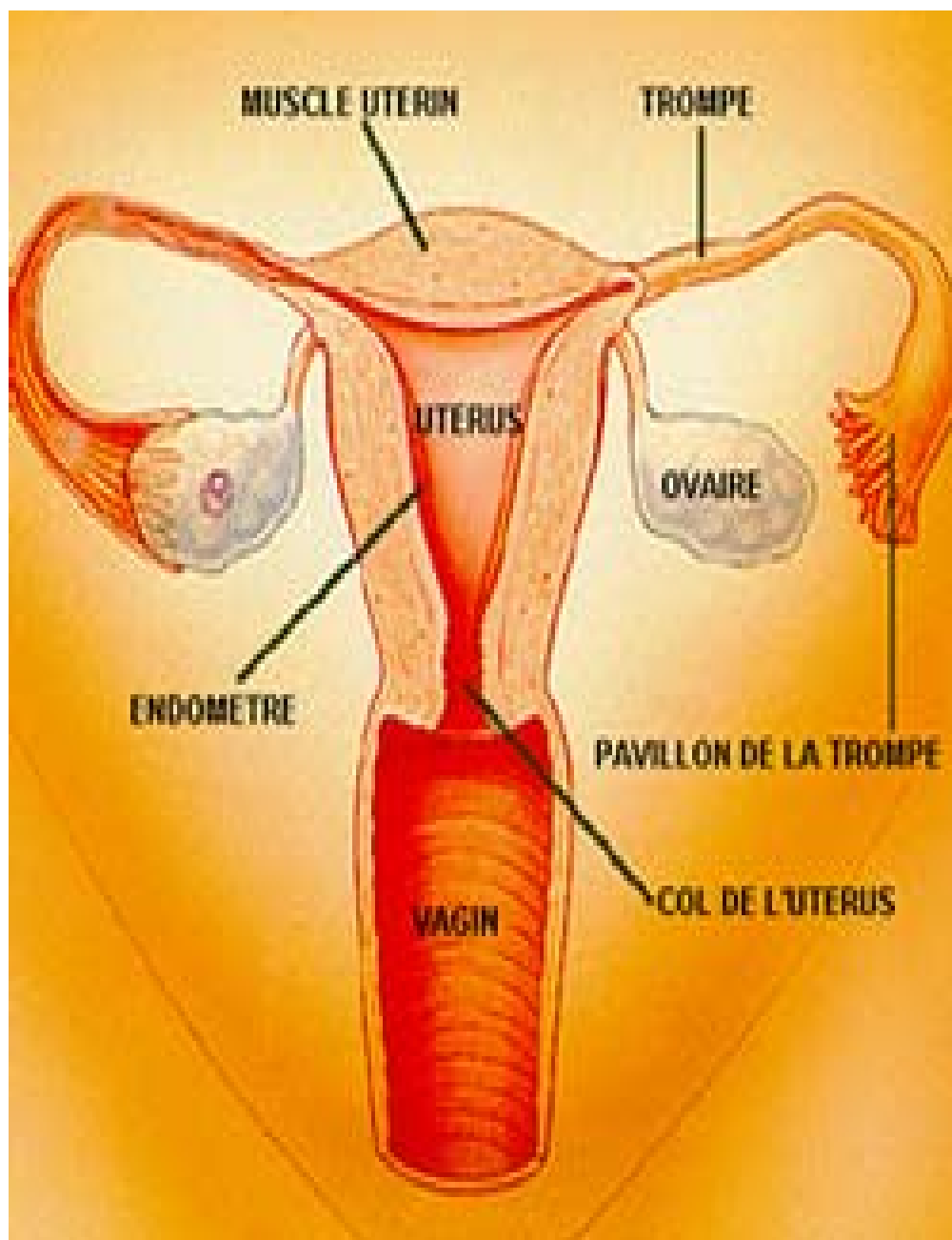


Figure 2

SOURCE : Anatomie de l'appareil génital féminin-site internet du CHU de Toulouse-htm.

Le col utérin est la partie visible de l'utérus, divisé en deux parties endocol et exocol, il se trouve au fond du vagin en avant du cul de sac postérieur. On peut le sentir sous

forme d'une masse arrondie, de taille variant de 2 à 4 centimètre munie d'un orifice central.

L'examen au spéculum montre un col formé de deux lèvres, antérieur et postérieur, avec un orifice central qui s'ouvre sur le canal endocervical de 3 à 4 centimètres se terminant par l'isthme puis par l'endomètre.

3. Manifestation clinique de la cervicite :

Elle se manifeste par :

- Douleur abdominale ;
- Dyspareunie surtout de fond ;
- Leucorrhée ;
- Saignement pot coïtal ;
- Fièvre ou frisson ;
- **Examen au spéculum** : Retrouve un col inflammatoire, purulent ou hémorragique.

4. Complication et Evolution de la cervicite :

Elle présente parfois des complications très graves comme :

- Grossesse extra-utérine ;
- Infertilité ;
- Accouchement prématuré ;
- Avortement ;
- Infection congénitale ;
- Salpingite ;
- Endométrite ;
- Pyosalpynx ;
- Abscess du douglas ;
- Périhépatite.

5. Traitement de la cervicite : Selon l'algorithme appliqué à la prise en charge de L'EV ET OU DAB. [7]

Le traitement de la cervicite consiste à traiter la gonorrhée et la chlamydiae. Pour traiter la gonorrhée on donne : **CIPROFLOXACINE 500mg** un comprimé en une prise ou Chez la femme enceinte, allaitante ou l'adolescente on

donne la **CEFIXIME 400mg un comprimé en une prise** OU **CEFTRIAXONE 250 mg** injectable en une seule injection intramusculaire. Pour la chlamydie on donne :

La **DOXYCYCLINE 100mg**, 1 comprimé 2 fois par jour **pendant 14 jours** à la cour des repas, chez la femme enceinte ou allaitante **ERYTHROMYCINE 500 mg 4** fois par jour pendant 7 jours.

D. Syndrome Inflammatoire Pelvien (SIP) :

1. Définition : C'est une inflammation de l'utérus, des trompes, des ovaires et ou des tissus avoisinants.

Le terme de syndrome inflammatoire pelvien (ou atteinte inflammatoire pelvienne) fait référence aux infections du tractus génital supérieur de la femme. Le SIP résulte de l'ascension de l'infection à partir du col de l'utérus, des trompes, des ovaires, causée généralement par le gonocoque et la chlamydia.

Le SIP couvre l'endométrite, la salpingite, la pelvipéritonite ; il peut également conduire à l'abcès salpingo-ovarien, et la péritonite généralisée potentiellement mortelle.

2. Rappels anatomiques : (voir figure 2)

a) Utérus : C'est un muscle creux, mais petit à l'état normal. Il est situé dans le petit bassin, Entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Il a la forme d'une figue fraîche dont il a aussi à peu près la taille, 5 à 7 centimètres de haut, et pèse 50 grammes. Il augmente donc progressivement en volume et en poids. Son pouvoir d'extension est grand puisqu'il atteint à terme 32 centimètres de haut et 1500 grammes.

Il comporte deux parties :

- **Une partie supérieure large appelée « corps »** sur le fond duquel s'implantent les trompes,
- **Une partie inférieure cylindrique, appelée « col »**, qui s'engage vers le bas dans le vagin, conduit plissé communiquant à l'extérieur par la vulve, organe externe qui s'ouvre par les grandes et les petites lèvres. Il est tapissé intérieurement d'une muqueuse, l'endomètre riche en vaisseaux sanguins permettant la nidation de l'œuf. L'utérus devient alors, grâce à ses parois épaisses, l'organe protecteur de l'œuf, de l'embryon, du fœtus. Il contiendra aussi le placenta, organe nourricier formé lors de la grossesse.

Au moment de la naissance, le rôle de l'utérus est d'expulser le fœtus grâce à ses contractions qui augmente en durée et en intensité. Après la naissance De l'enfant, l'utérus expulse le placenta et les membranes protectrices. Libéré de tout son contenu, il revient très vite à son volume normal.

b) Les trompes utérines (voir figure 2): Les trompes utérines ou trompes de Fallope sont deux conduits musculo-membraneux qui prolongent en dehors les cornes utérines, qui s'étendent jusqu'à l'ovaire. Chaque trompe mesure environ 10 à 12 centimètres et présente quatre parties :

- ✚ **Le segment interstitiel** qui traverse l'épaisseur du muscle utérin et dont le diamètre varie de 2 à 5 millimètres. Ce segment aboutit dans la cavité utérine par un orifice appelé ostium utérinum.
- ✚ **L'isthme** qui fait suite au segment interstitiel à un diamètre de 2 à 4 millimètres et une longueur de 3 à 4 centimètres.
- ✚ **L'ampoule** : c'est la zone la plus large et la plus longue 7 à 8 centimètres.
- ✚ **Le pavillon** : C'est la zone la plus mobile de la trompe en forme d'entonnoir qui présente des franges. le pavillon s'ouvre dans la cavité abdominale par un orifice appelé ostium abdominale.

Les ovaires (voir figure 2) :ceux sont les glandes génitales de la femme, au nombre de deux. Ils sont situés de chaque côté de utérus, fixés à lui et reliés aux trompes par les ligaments.

Ils ont la forme d'une amande de 3 à 4 centimètres de longueur et de 2 centimètres de largeur. Les ovaires comprennent une zone centrale médullaire, riche en vaisseaux sanguins et une zone superficielle ou corticale contenant des ovules lesquels sont insérés dans les vésicules, les follicules de DEGraaf

Les ovaires ont une double sécrétion :

- ❖ Une sécrétion externe ou exocrine : production de l'ovule,
- ❖ Une sécrétion interne ou endocrine : production d'hormones.

3. Manifestation clinique du SIP :

Signe fonctionnel : Douleur abdominale pelvienne plus ou moins intense avec parfois irradiation lombaire ou anoperinéale.

Signes généraux : il s'agit d'une fièvre ou frissons.

A la palpation : abdomino-pelvienne est douloureuse mais sans défense nette, le siège de la douleur est essentiellement pelvien.

L'examen au spéculum : retrouve un vagin rouge et inflammatoire érythémateux, un écoulement purulent provenant de la cavité utérine.

Au TV : On retrouve un utérus de taille normal douloureux à la mobilisation, un empatement du cul de sac latéro-utérin droit ou gauche, des annexes parfois difficile à examinés à cause de la douleur.

En résumé le diagnostic du SIP est posé devant un écoulement jaunâtre et ou la présence du mucus au col constaté à l'examen au spéculum plus une température supérieure ou égale à 38^{°c} et ou une douleur à la mobilisation du col.

4. Complication et Evolution du SIP : En absence du traitement il évolue vers des complications redoutables comme :

- ✓ Grossesse extra-utérine
- ✓ Infertilité
- ✓ Péritonite
- ✓ Pyosalpinx
- ✓ Abscès du douglas
- ✓ Septicémie

Ces complications peuvent entraîner le décès de la malade.

5. Le traitement du SIP : Selon algorithme appliqué à L'EV et ou à la DAB le traitement est ciblé sur la gonorrhée, la chlamydie et les germes anaérobies. A cet effet les molécules suivantes sont utilisées :

- Prescrivez : **500mg de CIPROFLOXACINE** par voie orale, en une seule prise OU
- Chez l'adolescente ou la femme allaitante : **400 mg de CEFIXIME** par voie orale, en une seule prise ou **CEFTRIAXONE injectable 250 mg en injection unique ET 100 mg de Doxycycline** 1 comprimé 2fois par jour voie orale pendant **quatorze jours au cours des repas ET METRONIDAZOLE 250 mg** 2 Comprimés 2fois par jour pendant **14 jours** au cours des repas. [10]

E. Etude analytique des différentes étiologiques du syndrome EV et ou DAB:

Dans le cadre de notre étude on s'intéressera aux germes suivants :

- Trichomonas vaginalis
- Candida albicans
- Neisseria gonorrhoeae
- Gardnerella vaginalis
- Chlamydiae Trachomatis

1. Trichomonas vaginalis :

a) Définition :

Trichomonas vaginalis est un micro-organisme flagellé eucaryote <<Présence d'une membrane nucléaire>> appartenant aux Trichomonadidés de l'ordre des protozoaires.

b) Historique :

La première description a été faite par Alfred DONNE lors de la séance du 19 septembre 1836 à l'Académie des sciences : <<A propos d'animalcules observés dans les matières purulentes et le produit de sécrétion des organes génitaux de l'homme et de la femme>>.

Une année plus tard, à ces animalcules d'un genre nouveau, DUJARDIN donnera le nom Trichomonas vaginalis : <<élément se rapprochant des organes génitaux de l'homme et de la femme>>.

Depuis, les publications ont été nombreuses qui font état de l'existence de ce parasite chez l'homme sans pour autant lui attribuer le moindre rôle pathogène.

En 1884, KUNSTLER à Bordeaux observe une très grande abondance de flagellé chez presque toutes les femmes examinées en clinique gynécologique.

En 1913, BRUMPT et SABATE à Paris le découvrent chez les femmes saines qui consultent en clinique d'accouchement.

Au Honduras et Costa Rica, HOENER le trouve chez la moitié des 32 femmes examinées.

Ce n'est qu'en 1916 que les travaux de NOENER, dans un ouvrage intitulé <<le Trichomonas vaginalis, agent pathogène d'une vaginite purulente et fréquente>> confirment avec ceux de RODECUR sur le rôle pathogène de ce flagellé.

Quant à la possibilité d'une éventuelle transmission vénérienne, la question a été soulevée depuis 1855 par KOLLIKES et SCANZONI, devant l'extrême fréquence du trichomonas uro-génital : 50% des femmes examinées.

En 1894 de nombreux auteurs d'horizons divers comme MRCHAND à Marburg, MIURA à Tokyo et DOCK d'Ann Arbor décrivent la présence de Trichomonas vaginalis dans les voies uro-génitales.

En 1924, KATSUMA le découvre dans l'urine de l'homme et en 1927 CAPEK décrit pour la première fois l'urétrite aiguë à Trichomonas vaginalis dans le sexe masculin.

En 1923, JIROVEC et coll. A Praques, découvrent le parasite chez 32% des femmes ayant des troubles génitaux divers seulement chez 14,3% des femmes apparemment saines et n'en trouvent pas chez 55 filles vierges.

En 1915, les premières cultures sont obtenues par LINCH. En 1929, ANDREWS, puis DAVIS et COLWELLE parviennent à cultiver le parasite ; il en est de même pour CORNELL, GOODMAN et de MARTHES en 1931.

En 1935, utilisant un milieu pauvre en albumine, WESTPHAL réussit à conserver une culture vivante pendant 7 mois et demi.

Les travaux français sur la trichomonase uro-génitale n'ont réellement démarré qu'en 1924 avec la thèse de MICHON ADJUBEL ; dès lors, les publications se sont multipliées, concrétisées par 3 symposiums :

- Monaco (1954)
- Rennes (1957)
- Montréal (1959).

Lors du symposium de Monaco, Bauer a eu le mérite d'établir le premier une statistique mondiale prouvant que la fréquence de la trichomonase masculine approche actuellement celle de la trichomonase féminine.

De leur côté, HARKNESS, DUREL et SIBOULET arrivent à la conception du trichomonas uro-génitale en tant que maladie vénérienne.

En 1955, CHAPAZ peut affirmer devant l'Académie de Médecine que la trichomonase est actuellement la maladie vénérienne la plus répandue.

En 1957, la société française de gynécologie réunissait à Reims dans un symposium international non seulement des Gynécologues, des Urologues, des Vénérologues, mais aussi des Epizootistes, des Gastro-entérologues, ces spécialités des

disciplines différentes ont confirmé l'importance sociale des infections à trichomonas, la nécessité de rechercher et de traiter les partenaires et d'étudier cette infestation en tant que maladie vénérienne.

C) Morphologie :

Connu seulement sous forme végétatif comme le *Trichomonas intestinalis*, il est plus grand que lui 7 à 23 microns de large ovale ou arrondi, avec un axostyle dépassant plus nettement l'arrière, il porte 3 à 4 flagelles antérieurs et un flagelle récurrent soulevant une membrane ondulante, courte.

d) Habitat :

Cosmopolite, également répandu sous tous les climats, il peut persister jusqu'à 50% des femmes et détermine souvent des troubles importants. C'est presque toujours une affection vénérienne.

Sur les trois espèces retrouvées chez l'homme, seul le *Trichomonas vaginalis* de DONNE est pathogène, les deux autres :

- *Trichomonas Toenax* (*elongata*, *buccalis*) est fréquent au niveau de la cavité buccale et les cryptes amygdaliennes ne semblent présenter aucun rôle pathogène.
- *Pen trichomonas hominis* (intestinales) est un hôte habituel de l'intestin.

A signaler que les trichomonas sont retrouvés chez les insectes, les oiseaux, les reptiles, les animaux domestiques et même chez les poissons. La plupart sont saprophytes, quelques uns sont pathogènes, tel que le

Trichomonas foetus qui est responsable d'avortement, de salpingite chez la vache et aussi de balanite.

e) Pouvoir pathogène :

Le *Trichomonas vaginalis* est responsable de la trichomonase féminine qui se traduit par une vulvo-vaginite subaiguë et de la trichomonase masculine qui se traduit par une urétrite.

f) Mode de contamination :

La contamination du parasite se fait essentiellement lors des contacts aux rapports sexuels.

Il existe aussi des possibilités de contaminations par le linge, les objets de toilette et surtout les sièges et l'eau des W. C., l'emploi commun de linge intime ou de serviette de

toilette. Cependant, il faut noter que ce mode de contamination n'est pas très fréquent vu que le trichomonas résiste peu, se conserve difficilement dans les conditions défavorables.

La résistance du trichomonas a été examinée sur la toile, la soie, la gaze, le nylon, l'ouate de cellulose, le papier de toilette, le siège des W.C.

g) Fréquence :

On estime à 180 millions le nombre de cas dans le monde d'après l'O.M.S.

Dans beaucoup de pays industrialisés, une femme sur quatre en âge d'activité génitale a été, est ou sera atteinte [9].

- En France : 7-12% des femmes consultantes
- Danemark : 40%
- Aux USA, la fréquence varie de 10% chez les femmes en <<bonne santé>> à plus de 30% chez les femmes consultantes
- En Afrique : 20-25%
- Au Sénégal : 21,7%
- Au Kenya : 34%
- Au Mali :
 - Kéita A, a trouvé 28,57% dans son étude sur les vulvo-vaginites en 1981 [12]
 - Traoré S a trouvé 44% en 1994 [13].

h) Caractères cultureux :

La culture du trichomonas vaginalis est relativement facile et la plupart des milieux conviennent à sa multiplication mais limitent la survie à quelques repiquages.

Trichomonas vaginalis anaérobie préférentiel, se multiplie en 24 heures à 48 heures en faisant un sédiment blanc contenant les parasites. Il survit de 5-7jours à 37°C.

i) clinique :

La Trichomonase est une maladie uro-génitale, cosmopolite, fréquente, à transmission vénérienne due à trichomonas vaginalis se traduisant généralement chez la femme par une vulvo-vaginite subaiguë.

i. 1 Période d'incubation :

Demeure souvent impossible à préciser où l'on pense que le trichomonas vaginalis a pu rester latent pendant une période. Elle est généralement comprise entre 4 jours et 4 semaines dans 60% des cas.

i.2 Après la période d'incubation :

La patiente consulte pour :

- Leucorrhées abondantes verdâtres avec de fines bulles mousseuses nauséabondes
- Brûlures vaginales, vulvaires
- Dyspareunie
- Troubles urinaires à type de brûlure à la miction, de pollakiurie, de cystalgie.

Dans certains cas, on a noté des modifications de l'état général, nausées troubles digestifs, fatigue anormale, amaigrissement déséquilibre psychique.

A l'examen :

- La vulve est rouge, piquetée, c'est la vulvite
- Le vagin vu au spéculum présente un aspect inflammatoire de type catarrhale avec une muqueuse rouge vive, des plis épaissis et qui présentent un aspect framboisé bien particulier.
- Le col au spéculum est rouge vif parsemé de points rouge très fins.

Les leucorrhées sont caractéristiques odorantes, purulentes, parfois jaunâtres ou verdâtres, spumeuses ou mousseuses.

L'étude colposcopique après application du Lugol met en évidence cette col pite : sur le fond brun apparaissent des petits points blancs (aspect <<en ciel étoilé>>) parfois des tâches de grand diamètre, arrondies à contours flous correspondant à des ilotes lymphoïdes.

Cet aspect colposcopique est pour certains pathognomonique de la Trichomonase (MAGENDIE) mais n'est pas constant.

i.3 Méthodes de diagnostic :

➤ Le prélèvement :

• Conditions de prélèvement:

Dans les 48 heures qui précèdent l'examen, la malade ne devra effectuer aucune toilette intime et n'avoir aucune relation sexuelle. La patiente en position gynécologique les prélèvements seront pratiqués à différents niveaux: culs-de-sac, glandes de Skene, de Bartholin, l'endocol sous contrôle à la vue en utilisant un spéculum.

Ne pas utiliser de lubrifiant pour introduire le spéculum.

- **Examen à l'état frais :**

- **Dilution des prélèvements:**

Elle devra être suffisante pour que la densité des leucorrhées ne ralentisse pas trop les mouvements du parasite flagellé. Le prélèvement sera examiné entre lame et lamelle à un grossissement microscopique moyen ou fort (microscope ordinaire à contraste de phase).

- **Aspect des Trichomonas:**

Le trichomonas se présente comme une cellule ronde ou ovoïde repérable par sa mobilité (déplacement ou mouvement sur place en tourniquet). Cet élément est terminée par une sorte d'éperon (prolongement de l'axostyle) et longé par une membrane ondulante à mouvements plus nets, qui ralentissent quand le Trichomonas meurt.

IL est précédé de 4 flagelles dont les mouvements alternatifs permettent d'évoquer les « doigts d'un flûtiste ».

- **Culture :**

- **Les milieux utilisés:**

Milieu de COURTIER et coll. mélanger à chaud une partie de gélose nutritive (Institut Pasteur) à 10 parties de bouillon glucosé, ajuster le pH à 6,

Répartir en tubes (5ml par tube) et conserver à +40°C, ajouter au moment de l'emploi 2ml de sérum de cheval, 1000 unités de pénicilline et 1000 micro grammes de streptomycine par ml de milieu.

- **Ensemencement :**

Le tube sera chauffé pendant 15 minutes à 37°C et sera directement ensemencé au moyen de la spatule de bois qui permet de laisser une partie de l'exsudat vaginal dans le milieu où, en laissant le tube de l'écouvillon monté sur bois. Le tube sera déposé dans l'étuve à 37°C.

Après 48 heures d'étuve, prélever une goutte du milieu et l'examiner entre lame lamelle, si ce premier examen est négatif, le renouveler 3 jours plus tard.

B) Candida albicans

a) Définition :

Le candida albicans est une levure (champignons aval aires se reproduisant par division binaire et par bourgeonnement). Le genre candida rassemble près de 100 espèces mais

seulement une douzaine est observée en pathologie humaine. Le candida albicans est le plus fréquemment rencontré dans les affections uro-génitales.

b) Historique :

Les vaginites mycosiques deviennent actuellement les principales causes de vaginite en général (25% selon LEROY). Il est assez fréquent de mettre en évidence dans les sécrétions vaginales des filaments mycéliens divers.

- En 1840, WILKSON établit une corrélation entre une vulvo-vaginite et la présence de candida albicans
- En 1875, HAUSSMANN prouve la pathogénicité de candida albicans pour les voies génitales féminines en provoquant, par inoculation des pertes de malades porteuses de champignons, une vulvo-vaginite chez les témoins sains.
- En 1909, de nombreux auteurs décrivent des cas d'affections urogénitales aiguës ou chroniques en rapport avec la présence de candida albicans.
- En 1938, JONES MARTIN et DURANT identifiaient les espèces suivantes
 - ◆ Candida albicans 44%
 - ◆ Candida stelloïde 43,7%
 - ◆ Candida tropicalis 1,3%
 - ◆ Candida parakruessii 1%

Depuis cette date, de nombreuses publications sont faites dans ce domaine notamment par:

- FEO et DELLETTE (1953)
- HALDE et DRAGON (1956)
- DROUHET (1965)
- En 1939, le nom de candida a été donné sur décision du congrès international de microbiologie à New York.

c) Morphologie :

Dans les prélèvements pathologiques, les candidas albicans se présentent toujours comme de petites levures rondes ou ovalaires de 2 à 4 microns, bourgeonnantes souvent accompagnées de filaments ou pseudomycéliens. Les levuriformes se regroupent en grande colonie crémeuse.

d) Habitat:

Répandu dans tout le monde habité, les candidas sont normalement des commensaux parfaitement tolérés de l'homme sain qui dans 5% des cas au moins en abrite dans l'oropharynx et dans son estomac. C'est une levure saprophyte stricte du tube digestif et des organes génitaux, le candida dans toute autre localisation doit être considéré comme pathogène.

e) Pouvoir pathogène :

Le candida albicans est l'espèce le 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. Il est responsable de la candidose vulvo-vaginite qui est souvent une affection spectaculaire très mal acceptée par les malades.

f) Mode de contamination :

La contamination peut être:

- endogène à partir des réservoirs digestifs et cutaneo-muqueuses
- due au contagio vénérien.

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

- Exogène à partir des objets et des mains souillées.

Ce qui montre que la mycose vulvo-vaginale doit être considérée comme une maladie sexuellement transmissible tout en insistant que la candidose vaginale ne soit pas exclusivement une maladie vénérienne.

g) Circonstances favorisantes:

- **Thérapeutiques favorisantes:**

- Corticoïdes: par voies générale par leur action inhibitrice sur les défenses de l'organisme en favorisant la surinfection microbienne ou candidosique en perturbant le métabolisme glucidique.
- Certains antibiotiques surtout à large spectre (ampicilline, tétracycline etc.) sont considérés comme favorisant la pullulation des candidas sur les muqueuses et responsables de la fréquence et de 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.
- Les trichomonades imidazolés
- Les hormones sexuelles particulièrement les oestrogènes
- Les traitements par immunodépresseur, antimétabolites et la radiothérapie.

- **Terrains prédisposant:**

Grossesse: la candidose est essentiellement vaginale ou vulvo-vaginale. Elle est provoquée par le déséquilibre hormonal intervenant durant cette période qui entraîne les modifications de l'épithélium vaginal et facilite l'implantation des levures d'origine digestive, le pH vaginal baisse. Une femme sur trois présenterait une candidose vaginale lors de la première moitié de la grossesse, une femme sur deux au moment de l'accouchement.

- Diabète : favorise le développement des infections à candida par un triple rôle :
 - * l'hyperglycémie favorisant la prolifération du candida
 - * l'hyperhydratation créant un milieu de macération propice au développement des levures
 - * la perturbation de l'activité phagocytaire.

- **Autres facteurs**

- Microtraumatisme
- Conditions d'hygiène précaires
- Abus des injections vaginales
- Les coïts répétés
- Utilisation prolongée des savons acides.
- Insuffisances thyroïdiennes
- Immunodépression acquise: lymphosarcome, maladie de Hodgking, SIDA.

h) Fréquence:

La fréquence des vaginites à candida albicans ne cesse de croître. TAUBERT et SMITH dans les statistiques de 1976 montrent que l'on trouve les candidoses vulvo-vaginales chez 15,8% des femmes non enceintes et chez 33,7% des femmes

enceintes en Grande Bretagne [12]. FLEURY sur une série continue de 20.000 cas a trouvé 20,5% de candida albicans [18]. 75% des femmes présentant 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 vaginales sont porteuses de candida albicans [20]. C'est dire la très grande fréquence des vaginites à candida albicans.

i) Caractères cultureux et biochimiques:

La culture sur milieu de Sabouraud entraîne 24 à 48 heures la formation de colonies blanches crémeuses.

Sur milieu P.C.B. (pomme de terre, carotte, bile), on obtient pour le candida albicans des chlamydo-spores.

Sur sérum à 37°C pendant 3 heures, on obtient des filamentations.

On note la fermentation des sucres (auxanogramme) et l'assimilation des substances azotées (zymogramme)

j) Etude clinique :

La candidose génitale se traduit par une vulvo-vaginite mycosique qui ne provient pas forcément de contamination vénérienne, car le candida se trouve normalement sur la peau et sur les muqueuses où une modification du terrain est favorable à la pullulation des champignons.

Il s'agit d'une vulvo-vaginite qui associe:

- Un prurit vulvaire intense et permanent
- Les brûlures vaginales provoquant une dyspareunie
- Des leucorrhées abondantes, blanchâtres, crémeuses
- La dysurie est fréquente.

A l'examen:

- La vulve est rouge violacée, oedémateuse présentant parfois des petites lésions aphtoides ou en crevasses des aspects papuloerosif syphiloïdes et même des indurations nodulaires ont été décrit
- Souvent la muqueuse vaginale présente un aspect de muquet (granulations blanchâtre), parfois la muqueuse est simplement irritée inflammatoire
- Le col est rarement le siège de lésions: exo ou endocervicite.

A travers la rougeur vulvaire ou vaginale, la leucorrhée est caillobotée ou purulente desquamative en papiers mâchés.

k) Méthodes de diagnostic:

Le diagnostic se fait de deux manières

- Diagnostic direct ou bactériologique:
 - Examen direct: l'examen direct des sécrétions vaginales est spécifique mais peu sensible. On observe entre lame et lamelle des levures bourgeonnant.
 - Culture: recherche par culture, facile à effectuer, reste la méthode de référence sur milieu PCB (pomme de terre, carotte, bile), on obtient des chlamydozoïtes. La détermination de la souche de levure isolée au mycogramme, 'antibiogramme se révèle utile dans le cas des candidoses vaginales rebelles ou récidivantes.
 - Diagnostic indirect: par la recherche d'anticorps n'a pas d'intérêt pour les mycoses superficielles.

3 Neisseria gonorrhoeae :

a) Définition

Les gonocoques sont des cocci à gram négatif aérobies stricts souvent réniformes ou en paire.

b) Historique:

Le mot gonorrhée est d'origine grecque, il est de Galien (121-210 avant J.C.) et signifie un «écoulement de semence». Le mot blennorragie apparaît dans les écrits de SWEDIAUR (1784). Lest formé de mucus et de couler. C'est Neisser qui, en 1879, identifia le gonocoque dans le pus blennorragique BLUN par ses expériences sur la réalité de la transmission de la maladie à des sujets sains par inoculation de pus contenant des germes et par la réussite de leur culture en 1884 sur sérum humain coagulé, confirmant la découverte de Neisser.

C) Caractères bactériologiques:

C1) Habitat:

Le gonocoque est un pathogène obligatoire uniquement rencontré chez l'homme. Il est retrouvé au niveau des muqueuses et des sous- muqueuses. Le principal site du gonocoque chez la femme est l'endocol. Il ne résiste pas dans la nature car il est très fragile et sensible aux variations de température

et de pH.

C2) Morphologie:

Les gonocoques se présentent sous l'aspect de diplocoque en grain de café dont chaque élément mesure environ 0,7 micron à 1 micron. Il existe une encoche au niveau du milieu de la face aplatie (encoche d'Eschbaum). Les germes sont immobiles, sans spores. Dans l'écoulement aiguë, les germes sont à la fois extracellulaires et intracellulaires.

C3) Caractères cultureux et biologiques:

Les cultures sont assez délicates nécessitant des milieux enrichis en atmosphère humide à 10% de gaz carbonique, à la température optimum de 37°C ; avec un pH optimum de 7.

Différents critères biochimiques permettent le diagnostic de l'espèce à l'intérieur du germe. Le gonocoque est oxydase(+), glucose(+), maltose(-), catabase(+)

C4) Pouvoir pathogène :

Le gonocoque a son pouvoir pathogène dominé par son affinité pour les muqueuses à partir desquelles il peut dans certains cas passer dans le sang et donner lieu à des localisations diverses: articulaires, oculaires, ano-rectales, cutané-muqueuses. Il est responsable de blennorragie masculine et féminine.

C5) Pouvoir de contamination :

Hôte strict et pathogène obligatoire de l'homme, c'est nécessairement par contact direct à l'occasion des rapports sexuels que se fait la contamination. La gonococcie est la plus vieille maladie vénérienne.

C6) Fréquence :

D'après SIBOULET et COULAUD J.P. [11]:

- Aux USA, en 1982 et 1987 le nombre de cas déclaré était environ 400 cas pour 100.000 habitants alors que le taux réel était 3 fois supérieur à ce chiffre.
- En France, on estime qu'il existe environ 400.000 cas de gonococcies par an alors que 17.000 cas en moyenne sont déclarés depuis quelques années.
- Des études portant sur la prévalence de la gonococcie chez la femme enceinte dans les pays développés ont montré que celle-ci se situerait entre 3,4 et 15%. Dans les pays en voie de développement, l'estimation du nombre de cas de gonococcie est très approximative. En 1986, d'après l'OMS, dans certains pays d'Afrique, l'incidence de la

gonococcie pouvait se situer entre 3.000 et 10 .000 nouveaux cas pour 100.000 habitants.

- Chez les prostitués, cette prévalence se situerait entre 4 et 31% en Amérique latine ; 8,5% en Asie, 20-51% en Afrique [9].

- Au Kenya, 7% [14].

- Au Mali, TALL a trouvé en 1988: 32,86% [15]; KOUMARE B en 1990: 34,28%[16].

d) Etude clinique :

La gonococcie est la reine des maladies à transmission vénérienne. Spectre des amours juvéniles et militaires, la maladie faisait des ravages tant au niveau des urètres masculins (rétrécissement urétral) qu'au niveau des trompes féminines (salpingites). C'est une maladie redoutable par ses

Séquelles et ses complications chez l'homme que chez la femme. L'incubation, chez l'homme est moyenne de 3 jours, chez la femme beaucoup plus difficile à préciser tant sont discrets en général les symptômes du début. Elle se situerait entre 2 à 7 jours. La période d'incubation est contagieuse ce qui est important lors de l'enquête épidémiologie.

Le début des symptômes étant discret passant souvent inaperçu, la femme vient Consulter parce que son mari ou son partenaire a fait une urétrite aiguë.

Exceptionnellement, l'infection prend un caractère aigu, flambée classique des jeunes mariés avec pollakiurie, dyspareunie, douleurs pelviennes basses bilatérales, une congestion vulvaire, des leucorrhées abondantes banales mais existantes. L'examen gynécologique précise l'existence d'une vulvo-vaginite, parfois d'une bartholinite, d'une uréthro-skenite. La vaginite est caractérisée par un aspect framboisé de la muqueuse vaginale qui saigne facilement au contact. Les leucorrhées sont jaunes verdâtres, grisâtre ou purulentes.

En général, le début est sournois. La gonococcie se manifeste :

- Par une urétrite discrète, se traduisant par la dysurie, une sensation de chaleur ou des brûlures à la miction, le méat est en général normal.

Cette atteinte urétrale est extrêmement fréquente et l'on a souvent la surprise au cours de l'examen gynécologique systématique de ramener une goutte de pus blanc verdâtre lors de l'expression de l'urètre sur la symphyse pubienne.

L'infection peut se traduire par quelques kystes translucides enchâssés dans la muqueuse au pourtour de l'orifice cervical : les oeufs de Naboth.

- Par une annexite:

Les salpingites gonococciques représentent environ 20% des cas. Dans un tiers ou un quart des cas, on trouve une association avec les chlamydiae.

L'infection peut se propager sous deux modes : par ascension cervicovaginale le plus souvent ou rarement par voie hématogène.

Classiquement, les salpingites gonococciques évoluant selon un mode aiguë. Les symptômes cliniques d'infection pelvienne apparaissent en général après le premier ou le deuxième flux menstruel suivant la contamination. La

malade a une fièvre (38-38°5) et troubles du transit (vomissements, constipation).

L'interrogatoire révèle la présence de leucorrhées les jours précédents. A la palpation abdominale, on note une défense voire une contracture. La mobilisation du col au toucher vaginal réveille une douleur de même la palpation du cul-de-sac de Douglas.

Les épreuves biologiques montrent une hyper leucocytose à polynucléaires neutrophiles, une accélération de la vitesse de sédimentation, des signes inflammatoires non spécifiques.

Il existe des formes atypiques faites de douleur abdominale de faible intensité, de métrorragies fréquentes sans notion de fièvre pouvant faire égarer le diagnostic si l'examen gynécologique n'est pas rigoureusement pratiqué.

Les formes d'inflammations pelviennes chroniques: formes silencieuses où les femmes consultent pour stérilité confirmée à la coelioscopie par une obstruction tubaire.

e) Méthode de diagnostic:

- Prélèvement: doit être effectué sur les points de contact génital au niveau de l'urètre, des orifices glandulaires de Bartholin ou de skène l'endocol chez la femme. Chez l'homme, prélevé les sécrétions uretro-prostatiques, le pus urétral, le sperme dans les atteintes hautes en vue de la recherche à l'état frais du germe. Les prélèvements amygdaliens ou rectaux (sous endoscopie) seront pratiqués en cas de signes cliniques ou de comptage possible, car leur positivité entraîne un traitement particulier.

- Examen microscopique: après coloration (bleu de méthylène, gram, immunofluorescence directe) montrera des diplocoques à gram négatif intra leucocytaires mais aussi extra leucocytaires.

- Culture: elle est délicate et nécessite son ensemencement immédiat ou l'emploi des milieux de transport. Le milieu recommandé actuellement est le milieu de Thoyer et Martin en 1964. C'est un milieu opaque à base d'hémoglobine qui permet la culture des gonocoques sous certaines conditions de gaz carbonique avec une humidité de 95% et une pression de 10% de CO₂. L'identification biochimique : réaction d'oxygène positive, fermentation du glucose et non le maltose, le saccharose et le lévulose.

4. Gardnerella vaginalis :

a) Définition :

Le Gardnerella vaginalis est un coccobacille à Gram négatif, parfois polymorphe, mobile, non capsulé.

b) Historique :

Isolé par Léopard en 1959 au niveau du col des femmes ayant une vaginite et de la sécrétion urétrale d'hommes atteints de prostatite avec ou sans urétrite.

Cet auteur le classe dans les HAEMOPHILUS.

GARDNER et DUDES en 1954 le retrouvent dans les cas de vaginites:

LUTS et WURCH en 1954 observent le même bacille dans certaines vaginites,

en 1956 l'appellent «Hoemophilus vaginalis, hemolyticus»

ZIMMERMANN et TURNER en 1963 recommandent de le classer comme

«corynebacterium vaginale». Ce nom devrait être changé en 1980 pour celui de Gardnerella vaginalis.

c) Fréquence :

Les vaginoses bactériennes constituent un groupe d'infections vaginales caractérisées du point de vue biologique par la disparition de la flore lactique vaginale (bacille de Doderlein) et la prolifération isolée ou associée d'agents infectieux très divers Gardnerella vaginalis, germes anaérobies, vibrions, mycoplasmes), l'absence de polynucléaires, l'absence d'infection «spécifique» (Trichomonas, Candida, Gonocoque, Chlamydiae) en plus de la similitude des signes cliniques.

Elles représentent actuellement plus de 50% de toutes les infections vaginales et sont asymptomatiques chez plus de la moitié des patients. Les infections à Gardnerella vaginalis constituent 10-15% de l'ensemble des vaginoses bactériennes [17].

d) Etude clinique :

Les vaginites non spécifiques à *Gardnerella vaginalis* tiennent une place de plus en plus importante dans les affections des voies génitales basses. Le *Gardnerella vaginalis* serait la cause la plus fréquente des vaginites non spécifique. L'infection qu'il détermine n'est pas nécessairement consécutive à

Un contact sexuel bien qu'on lui reconnaisse un caractère sexuellement transmissible. Après une période d'incubation moyenne de 5-7 jours, l'infection se traduit par des leucorrhées plus ou moins abondantes non prurigineuses ayant surtout une odeur désagréable appelée par les Anglo-saxons «mal odeur vaginal» qui se manifeste en permanence ou ponctuellement après les rapports sexuels, durant les règles, ou en période ovulatoire.

L'examen au spéculum montre, les leucorrhées filantes, glaireuses, adhérents aux parois vaginales tapissant uniformément la muqueuse vaginale non érodée d'une pellicule grisâtre avec un pH= 5, le test olfactif détecte la mauvaise odeur (le sniff test consiste à mélanger une goutte de sécrétion vaginale à une goutte de potasse KOH concentré à 10%) en cas d'association du *Gardnerella vaginalis* avec la flore anaérobie.

e) Diagnostic :

L'aspect microscopique des pertes est très évocateur. On observe à l'état frais et après coloration de gram des «clue-cells» cellules épithéliales vaginales souvent en amas, dont la surface est recouverte de très nombreuses bactéries coccoïdes. Ce tapis homogène est l'élément décisif dans l'orientation du diagnostic. Il n'a pas ou peu de polynucléaires. L'association du *Gardnerella vaginalis* avec une flore anaérobie peut être démontrée par le test à la potasse, une goutte de sécrétion vaginale mélangée à une goutte d'une solution de potasse à 10% dégage aussitôt une odeur caractéristique de «poisson pourri» due à la libération par la potasse d'amines aromatiques volatiles élaborées par les germes anaérobies.

5. Infections génitales à Chlamydia Trachomatis :

Les chlamydias sont de minuscules bactéries de forme généralement coccoïde mesurant 0,3 à 0,4 un mm de diamètre. Il est adapté à un parasitisme intracellulaire obligatoire. EN 1982 une étude faite en Afrique tropicale a montré que la prévalence de l'infection à chlamydia était de 5,6%, chez les femmes en grossesse au Kenya. Une étude plus récente effectuée à Bamako sur 210 femmes en âge de procréer en 1994 a montré une prévalence de 42,8% [18]. Les infections

Provoquées par Chlamydia Trachomatis entraînent des complications redoutables.

a) Infections génitales chez la femme :

On sait que dans les pays développés, 60 à 80% des femmes atteintes de stérilité tubaire ont une sérologie chlamydienne positive contre 5% chez les femmes à trompe normale [19].

Ces infections sont le plus souvent pauci-symptomatiques, évoluant à bas bruit vers des complications telles que

- Urétrite: se traduisant par un symptôme urétral caractérisé par une dysurie et une pollakiurie.
- Cervicites résistantes au traitement habituel.
- Salpingite : qui peut être à l'origine d'obturation entraînant une stérilité définitive lorsqu'elle est bilatérale.
- Périhepatites et péritonites.

b) Conjonctivite à chlamydia :

La chlamydie oculaire survient entre le 5^{em} et le 14^{em} jour après la naissance.

L'enfant se contamine au passage de la filière génitale. Elle débute par un écoulement oculaire et un oedème palpébral inférieur. L'atteinte est souvent unilatérale au début, puis devient bilatérale.

c) La Lymphogranulomatose vénérienne (ou maladie de Nicolas Favre) :

L'agent causal est Chlamydia Trachomatis serotype (L1, L2, L3)

Elle s'observe dans les pays subtropicaux. L'ulcération siège au niveau des organes génitaux et des zones péri-anales.

L'adénopathie inguinale est la manifestation la plus générale. C'est une adénopathie inflammatoire douloureuse et à tendance à la pistulisation formant le bubon [25].

Les atteintes anales s'accompagnent de rectorragie avec rectites et des ulcérations pouvant conduire à des atteintes péri-anales.

C.1 Diagnostic:

c.1-1) Diagnostic direct:

Comme toutes les affections d'origine bactérienne, le diagnostic repose sur les frottis réalisés à partir de grattages conjonctivaux, urétraux et anorectaux. Il faut apporter un soin tout à fait particulier à la confection des frottis car les cellules doivent

être suffisamment étalées et séparées les unes des autres. Plusieurs techniques de coloration ont été rapportées dans la littérature; nous en retiendrons 3, les plus fréquentes:

- Coloration à l'iode:

L'iode colore le glycogène dans l'inclusion, décide ainsi l'accumulation de cette substance à un moment du cycle de la multiplication de Chlamydia Trachomatis. Cependant cette étape métabolique est fortement dépendante de la viabilité de la cellule hôte et manque souvent pour certaines souches.

- Coloration au Giemsa:

Elle révèle facilement des inclusions typiques, véritables micros colonies intra cytoplasmiques refoulant le noyau. La lecture nécessite l'utilisation d'un objet à immersion. Elle est souvent longue et laborieuse.

- Méthode d'immunofluorescence:

C'est la méthode de choix pour la recherche de Chlamydia Trachomatis, l'utilisation d'anticorps monoclonaux confère à l'examen direct une grande fiabilité. Le principe est basé sur la fixation sélective des anticorps monoclonaux couplés à l'isothiocyanate de fluorescéine sur la cellule chlamydiennne. Celle-ci est repérée au microscope à UV par sa fluorescence verte caractéristique.

c1-2) Diagnostic indirect :

- **Réaction de fixation du complément :**

C'est une technique peu spécifique et qui n'est employée que dans le diagnostic de la lymphogranulomatose vénérienne et de l'ornithose psittacose.

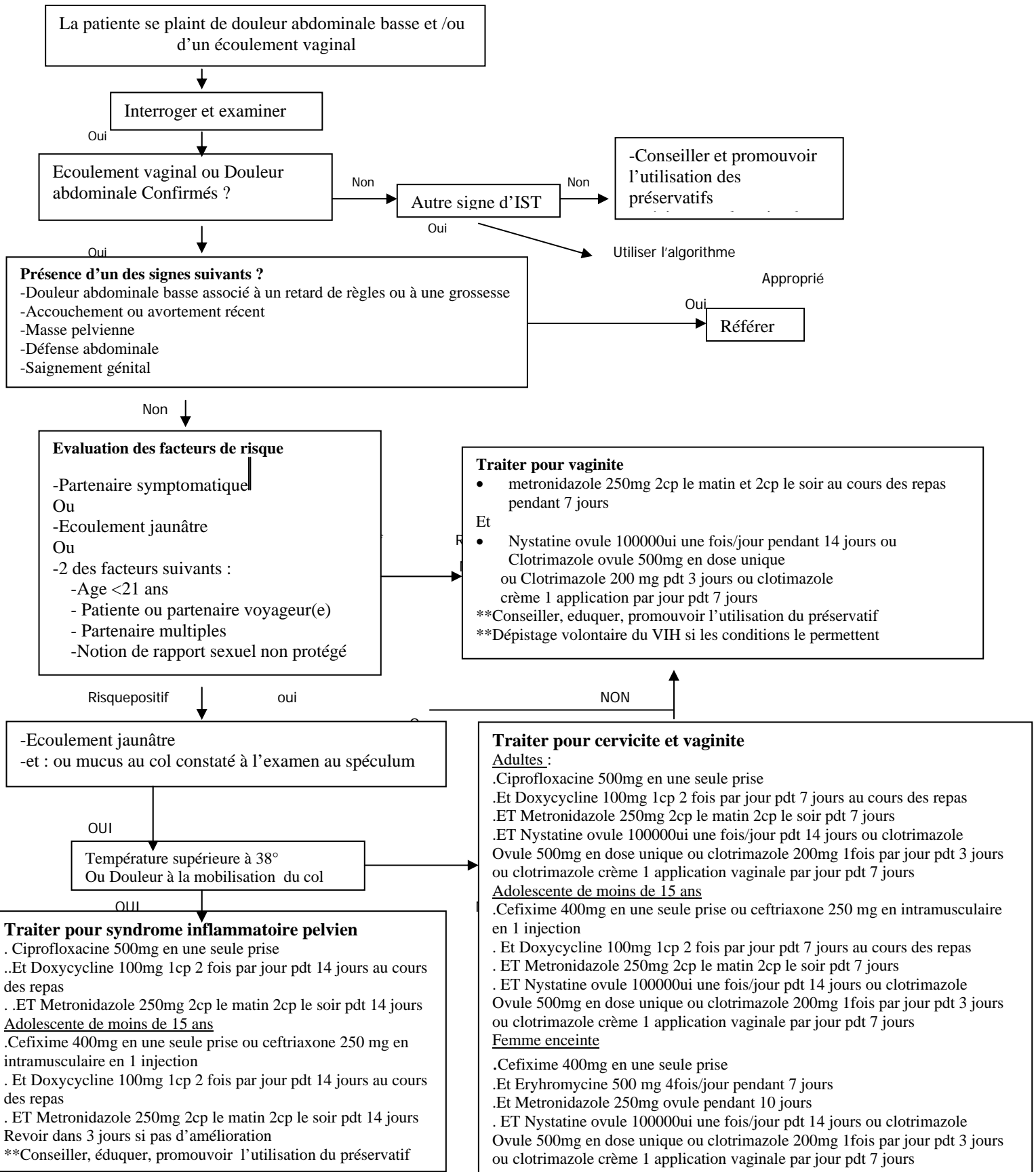
- **Immuno-enzymologie: L'ELISA :**

C'est une technique sensible et spécifique. Elle est utilisée pour la détection des anticorps anti-chlamydiennne IgG sérique.

La sensibilité, la spécificité et la reproductivité de cette technique permettent de l'utiliser en dépistage de routine.

- **Le western Blot :**

C'est une méthode actuellement en expérimentation. Elle permet de mettre en évidence les différents anticorps dirigés contre différentes substances antigéniques de Chlamydia Trachomatis afin de mieux dater le début de l'infection.

L'ÉCOULEMENT VAGINAL ET/OU DOULEUR ABDOMINALE

IV. Méthodologie

1. cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée en commune I du district de Bamako.

L'ordonnance n° 78_32/CMLN du 18Août 1978 fixe le statut du district de Bamako à la fois une circonscription administrative de l'état située au même niveau hiérarchique que la région et une collectivité décentralisée dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. La même ordonnance créa les communes du district de Bamako :

- Commune I
- Commune II
- Commune III
- Commune IV
- Commune V
- Commune VI

La commune I du district de Bamako

- Situation de la commune : la commune I est située à l'est du district de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger.

Elle comprend 9 quartiers et 10 aires de santé dont une à cheval sur 2 quartiers (ASACOKOSA).

- Elle est limitée :

- ◆ Au nord et à l'est par le cercle de Kati ;
- ◆ Au sud par le fleuve Niger ;
- ◆ A l'ouest par la commune 2 (le marigot de Korofina limitant les deux collectivités).

- Superficie de la commune : 34,26km², soit 12,83% de la superficie totale du district de Bamako.

- Population totale de la commune : 261942 habitants, soit une densité moyenne de 7331 habitants/km² en 2004.

Le relief de la commune caractérisé par des plateaux et des collines de type granitique avec un sol accidenté de type latéritique, ce qui représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures d'assainissement

tandis que sa végétation est de type Soudano Sahélien dominée par les grands arbres comme Caillédraat, Karité, Manguier, etc.

Le climat de type tropical est caractérisé par :

- ◆ Une saison sèche : froide de Novembre à janvier et chaude de février à mai ;
- ◆ Et une saison des pluies : de juin à octobre.

Moyens de communication et de transport :

Les infrastructures routières :

Elles se composent de voies revêtues bitumées. On retrouve en des endroits des ouvrages d'arts (ponts et dalots).

Les routes essentielles sont :

- La route Régionale (RR) N°14 ou Route de Koulikoro avec éclairage public ;
- La route pavée qui relie la RR14 au Marché de Fadjiguila ;
- La route 251 reliant la RR 14 au lycée Fily Dabo Sissoko avec éclairage public ;
- La desserte de Banconi allant de la RR 14 et traverse le Banconi ;
- Deux autres voies traversent toutes la commune I d'est en ouest (du quartier du marché de boukassoumbougou jusqu'au quartier de hippodrome en commune II) dans le cadre du réseau routier de la ceinture du district de Bamako avec éclairage publique :
- A l'intérieur des quartiers les routes sont petites, latéritiques et difficilement praticables en saison pluvieuse.

La circulation est dense et peu sécurisante, au niveau des transports collectifs cette circulation pose des risques d'accidents et des nuisances, de pollution atmosphérique aggravant les problèmes respiratoires.

La voie ferrée reliant Bamako à Koulikoro traverse la commune sur une distance de cinq kilomètres.

Les moyens de transport : transports collectifs assurés principalement par les SOTRAMA, les taxis et les Bus, vingt(20) lignes desservent la commune en provenance des abords des Rails, de la Grande mosquée et du marché de Médine.

Il existe quatre stations de taxis dans la Commune, dont une à coté du centre de santé de Référence (CSRéf Korofina Nord).

Télécommunication :

La commune possède un réseau téléphonique d'une capacité de 42000 lignes avec une agence de la SOTELMA à Djélibougou, des cabines téléphoniques ORANGE et MALITEL. Le CSRéf, L'ASACOBAMA, ASACOMSI, ASACODJE et ASACOBOUL 2 sont les seules structures sanitaires de la Commune qui ont des lignes téléphoniques de la SOTELMA.

Les canaux de communication

Modernes :

- L'ORTM
- Radios privées du District dont trois en commune I (Djékafo, kayira et patriote)

Traditionnels :

- Crieurs publics ;
- Leaders d'opinions;
- Griots;
- Troupes théâtrales de la Commune.

Infrastructures sanitaires : dans le cadre de la politique sectorielle de santé du gouvernement. Le Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako.

Il existe en commune I : un C S Réf, 10 CSCom, des cabinets et cliniques privée.

Le personnel est composé de :

- ❖ 13 médecins dont un médecin chef, un gynécologue- obstétricien, un pédiatre, un ophtalmologue, un chirurgien, un odonto-stomatologiste, un agent de santé publique, six médecins généralistes.
- ❖ 23 sages femmes
- ❖ 7 Assistants médicaux (4 Anesthésistes, 2 agents de la santé publique et un odonto-stomatologiste).
- ❖ 9 Techniciens supérieur spécialistes (2 ophtalmologues, un odonto stomatologiste, un agent de santé publique, 2 ORL, 3 agents de laboratoire)
- ❖ 11 infirmiers (es) 2^{ème} cycle
- ❖ 8 infirmiers (es) 1^{er} cycle
- ❖ 1 Technicien de santé
- ❖ 15 Matrones / aides soignantes
- ❖ 2 Comptables

- ❖ 2 Chauffeurs
- ❖ 2 Manœuvres
- ❖ 4 Agents d'assainissement
- ❖ 1 Gardien
- ❖ 2 Secrétaires

Les Activités comprennent :

- Les CPN et post natales
- Les accouchements et les urgences gynéco obstétricales
- Les consultations de planification familiale
- Les suivis des malades hospitalisées
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus
- Les interventions chirurgicales
- Les analyses biologiques
- Les consultations des malades externes en gynécologie
- Les consultations ORL
- Les consultations ophtalmologiques
- Les consultations odonto - stomatologique
- Les consultations externes des malades (médecine interne)

a) **La maternité :**

Situation : elle est située vers le côté sud du CSRéf entre le bloc d'hospitalisation à l'ouest et la pharmacie à l'Est, au Nord par le bloc opératoire

Elle reçoit les gestantes et parturientes des structures de la commune, celles des communes frontalières du district de Bamako et d'ailleurs.

Les activités sont programmées comme suit :

- ❖ **Pour les médecins :**
 - les consultations sont faites par les médecins gynécologues obstétriciens, par les médecins généralistes lors des gardes.
 - L'échographie est réalisé tous les jours dans l'après midi sauf les cas d'urgences
 - Deux jours d'activités chirurgicales
 - La garde est assurée par une équipe qui est dirigé par un médecin généraliste

- La journée commence par le compte rendu de la garde puis la visite des malades des hospitalisées, visite au cours de laquelle le gynécologue obstétricien donne des instructions et enseignement nécessaires.

❖ **Pour les sages femmes :**

- les accouchements eutociques
- les consultations prénatales et post natales
- les consultations pour la planification familiale
- dépistage du cancer du col de l'utérus

Les accouchements dystociques sont effectués par le médecin aidé par le thésard

Le bloc de la maternité comprend :

- Une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement
- Une salle de surveillance du post-partum immédiat (mise en observation) qui sert aussi de salle d'attente pour les parturientes
- Une salle pour les sages femmes (sages femmes de garde)
- Une salle pour les urgences gynécologiques
- Une salle pour le planning familiale et consultation post natale
- Une salle pour le dépistage du cancer du col de l'utérus
- Le bloc d'hospitalisation comprend :
 - Trois grandes salles avec une capacité de six lits
 - Deux salles à deux lits
 - Une salle pour les thésards
 - Une salle pour le major du bloc d'hospitalisation
 - Une salle de soins

Le personnel de la Maternité : Il est composé de :

- Deux médecins gynécologues obstétriciens (dont un stagiaire personnel d'appui)
- Un médecin généraliste stagiaire (personnel d'appui)
- Quinze sages femmes réparties entre les différentes unités de la maternité
- Dix huit thésards (faisant fonction d'interne)
- huit matrones / aides soignantes

Choix du centre :

Le CSRéf CI a été le site de l'étude. Il s'agit d'un centre de très grande affluence dont le personnel soignant a été formé à la prise en charge syndromique des IST.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une Etude descriptive avec recueil prospectif des données sur la prise en charge des patientes

3. Durée d'étude :

L'étude s'est déroulée pendant 6 mois de janvier en juin 2006.

3. Taille de l'échantillon :

Pour une prévalence de 2,5 pour cent estimé au sein du service, la taille attendue de l'échantillon a été estimée à N : 227, avec une erreur de 5 pour cent et un écart type de 1,96.

- critères d'inclusion :

- * Toute femme ayant consulté pour écoulement vaginal et ou douleur abdominale basse
- * Toute femme ayant donné son consentement de participer à l'étude.

- critères d'exclusion :

- * Toute femme ayant consulté pour un syndrome autre que l'écoulement vaginal et/ou douleur abdominale basse
- * toute femme ayant été consultée pour douleur abdominale basse associée à un :
 - retard des règles ou une grossesse
 - Accouchement ou avortement récent
 - Masse pelvienne
 - Défense abdominale
 - Saignement génital
- * Toute femme n'ayant pas accepté de participer à l'étude.

5. Récolte des données :

Les salles : L'enquête a été effectuée dans trois salles de consultations (deux salles de consultation externe et une salle de CPN). Toutes ces salles étaient éclairées, comportant des paravents, des affiches d'algorithmes bien accessibles, des tables gynécologiques couvertes de draps, le spéculum était toujours conservé dans l'eau de décontamination, le TV était effectué à l'aide d'un doigtier ou gant. L'accueil et l'interrogatoire étaient effectués par le praticien du centre ;

L'enquêteur assistait à toutes les phases de la consultation et les données étaient enregistrées par lui sur un questionnaire comportant trois sections :

- Section 1 relative aux comportements
- Section 2 relatives aux attitudes de nos malades
- Section 3 relative aux attitudes et pratique des prescripteurs.

Une grille d'observation des prescripteurs élaborée selon les normes de la prise en charge du syndrome EV et ou DAB a été utilisée pour évaluer les attitudes (voir algorithme).

Au cours de l'enquête les questions ont été posées en bambara et parfois en français. Selon la langue parlée des patientes.

_ L'interrogatoire comportait le recueil des données suivantes :

- Les caractères socio-démographiques et matrimoniaux de la femme
- Les caractères de l'écoulement vaginal.
- La présence des signes fonctionnels : la dyspareunie, prurit, dysurie ou la brûlure mictionnelle.
- Le nombre de partenaire de la patiente et sa profession.

_ L'examen clinique comportait :

- L'inspection de la vulve qui pourrait révéler des lésions de grattage, une sécrétion vaginale en écartant les grandes lèvres.
- l'examen au spéculum à la recherche d'une cervicite et appréciait la muqueuse vaginale.
- Le toucher vaginal associé à la palpation abdominale recherchait un syndrome inflammatoire pelvien, l'état de l'utérus et les annexes.
- L'examen du gant après Le toucher vaginal permettait d'apprécier l'aspect des sécrétions qui pourrait faire évoquer les pathologiques suivantes :
 - Un écoulement jaunâtre faisait penser au gonocoque
 - Des pertes plus ou moins fluides, abondantes, verdâtres, nauséabondes évoquaient le trichomonas.
 - Un pus crémeux blanchâtre, épais d'aspect de fromage blanc, avec prurit évoquait une candidose.
 - Un écoulement glaireux assez épais de couleur légèrement jaunâtre et indolore était considéré comme dû aux germes banaux les entérobactéries.

- Des pertes plus ou moins sanguinolentes évoquaient une chlamydie.

Les conseils suivants ont été dispensés aux femmes :

- ✓ Une infection future doit être évitée car elle peut rester asymptomatique jusqu'à l'apparition de complications, notamment la stérilité.
- ✓ Un comportement à risque pour les IST est également à risque pour l'infection à VIH.
- ✓ Le risque de réinfection en cas de reprise des rapports sexuels avec un partenaire non traité.
- ✓ D'autres IST peuvent faciliter l'infection à VIH.
- ✓ Eviter les habitudes vestimentaires néfastes (pantalons serrés, slip nylon).
- ✓ Ne pas abuser des savons antiseptiques

Les patientes étaient ré convoquées une semaine, pour celles souffrant d'EV Vaginite et cervicite et deux semaines pour les patientes souffrant du SIP afin d'évaluer la prise en charge syndromique.

6. Analyse des données :

Les données ont été recueillies sur des fiches d'enquête, le logiciel épi info 6.4 a été utilisé pour l'analyse.

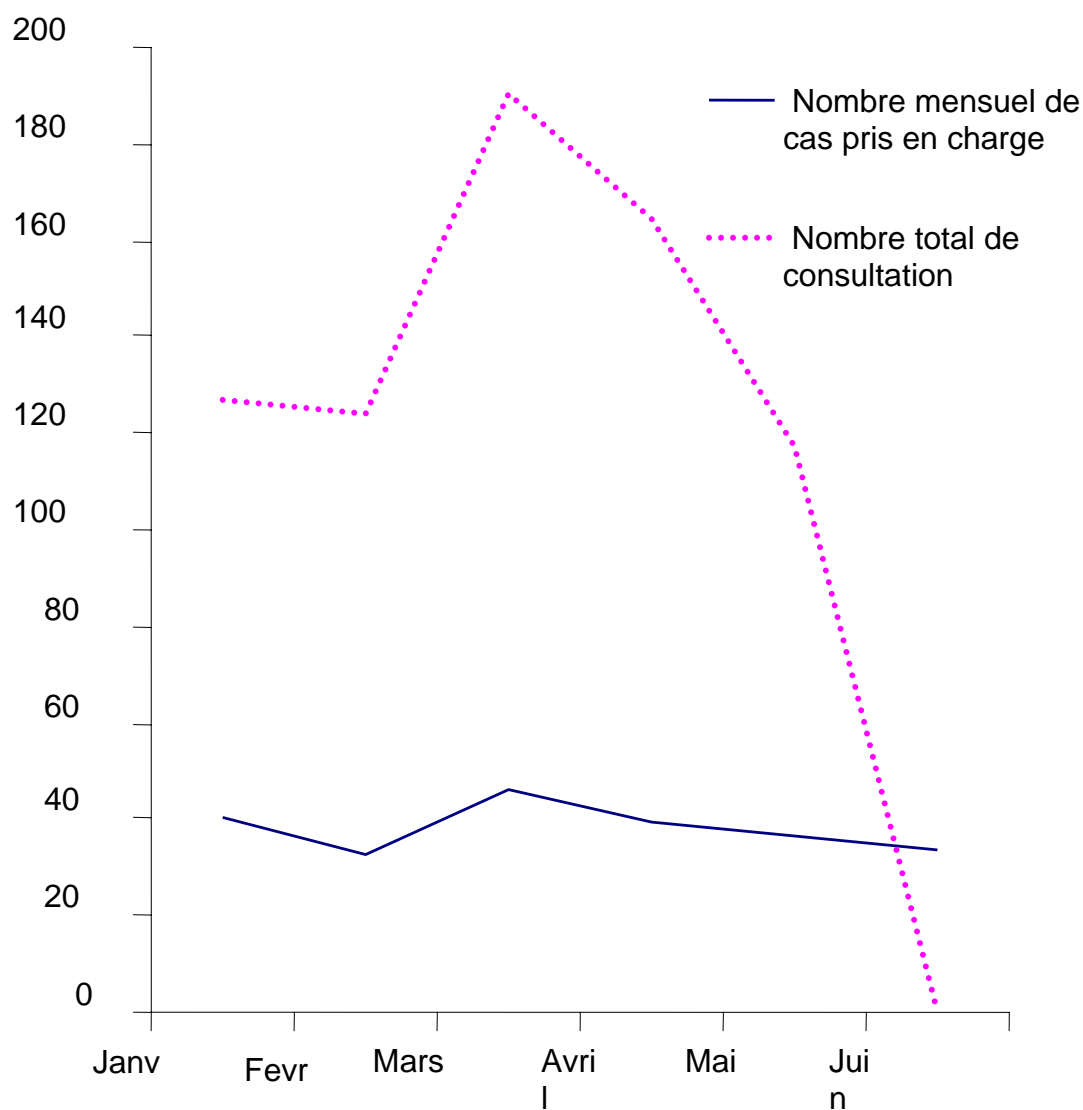
7. Ethique et déontologie :

Pour des raisons d'éthique et de déontologie, la patiente était informée sur le caractère confidentiel des données recueillies. Le port de la blouse blanche était exigé à l'enquêteur et aux personnels soignant pour éviter toute frustration des patientes au moment de la consultation.

V. RESULTAT

Notre étude a porté sur un échantillon de 277 patientes sélectionnées parmi 1529 consultantes soit 18,1%.

Tableau I : répartition des patientes selon le nombre de cas inclus par mois sur le nombre total de consultations gynécologiques.



Le mois de mars a été le mois de fort taux de consultation et de recrutement 46 cas sur 200 consultantes.

Tableau II : Répartition des patientes en fonction de leur âge.

TRANCHES D'AGE	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Inférieur ou égal à 15 ans	10	4,31%
16 à 24 ans	102	36,46%
25 à 34 ans	112	39,46
35 à 44 ans	41	14,80
45 ans et plus	12	4,97
TOTAL	277	100%

Les deux tranches d'âge 16-24 et 25-34 ans étaient les plus représentées soit (75,92%) avec un âge moyen de 27 ans.

Tableau III : Répartition des patientes en fonction de leur ethnie.

ETHNIES	Effectifs	POURCENTAGES
Bambara	96	34,65 %
Bobo	7	2,52 %
Dogon	6	2,16 %
Malinké	42	15,18 %
Maure	9	3,24 %
Peulh	44	15,90 %
Sarakolé	37	13,36 %
Sénoufo	9	3,24 %
Sonrhai	14	5,05 %
Autres	13	4,70 %
TOTAL	277	100 %

NB : Autres : Bozo, Kakolo, Minianka, Mossi etc....

Les Bambara étaient les plus représentés avec 34,65 %. Les peulhs, les malinkés avec respectivement 15,89 % et 15,17 % étaient représentés.

Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de leurs professions.

PROFESSIONS	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Agent de santé	7	2,52%
Elève	18	6,50%
Etudiante	23	8,30%
Ménagère	162	58,48%
Secrétaire	12	4,33%
Teinturière	7	2,52%
Vendeuse	30	11,57%
Autres	16	5,78%
TOTAL	277	100%

NB : **Autres** : Enfant, Enseignantes, Coiffeuse etc.

Les ménagères étaient les plus nombreuses soit 58,48 % de l'échantillon.

Tableau V: Répartition des patientes en fonction de leur statut matrimonial.

STATUTS MATRIMONIAUX	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Marié	228	82,31 %
Célibataire	43	15,52 %
Divorcée	5	1,81 %
Veuve	1	0,36 %
TOTAL	277	100 %

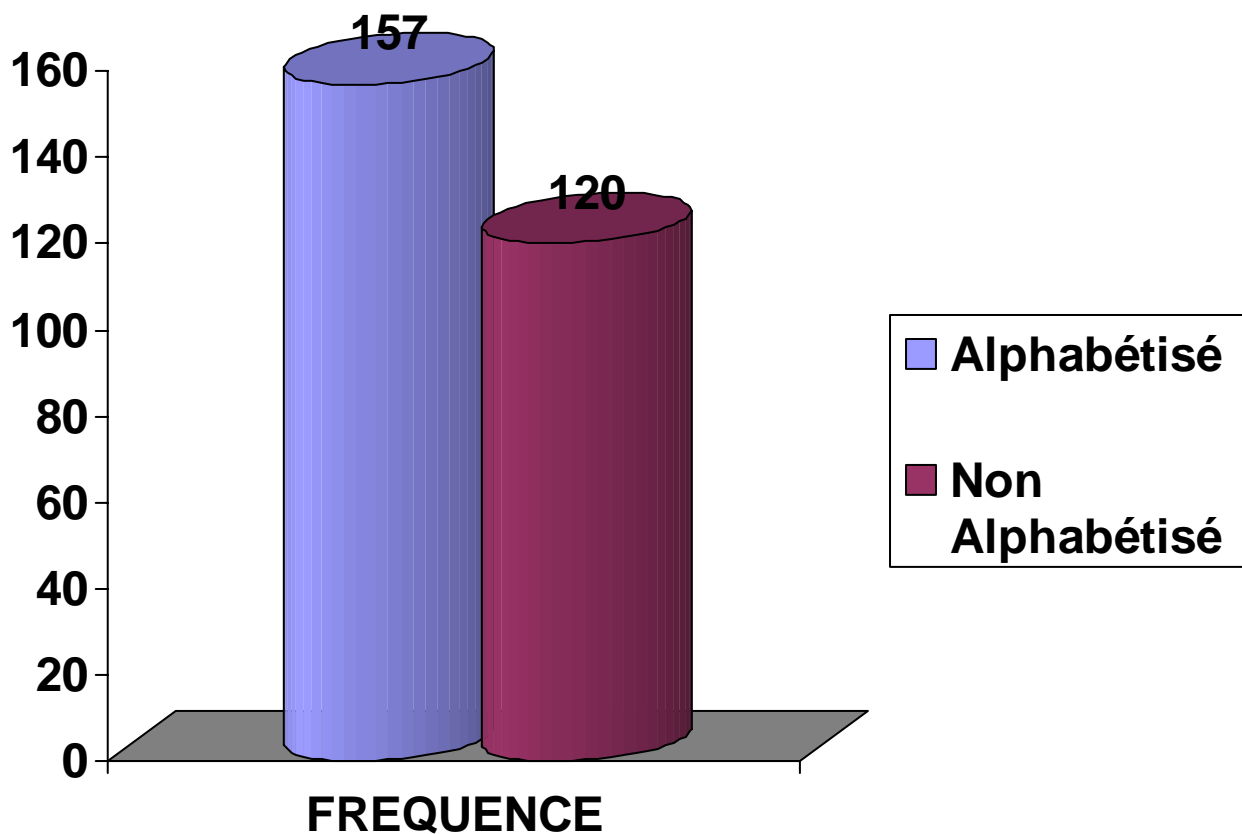
Les deux tiers des patientes étaient mariées ; soit 82,31% des cas.

Tableau VI : Répartition des patientes mariées en fonction de leur Régime matrimonial.

REGIMES MATRIMONIAUX	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Monogamie	168	73,69 %
Polygamie	60	26,31 %
TOTAL	228	100 %

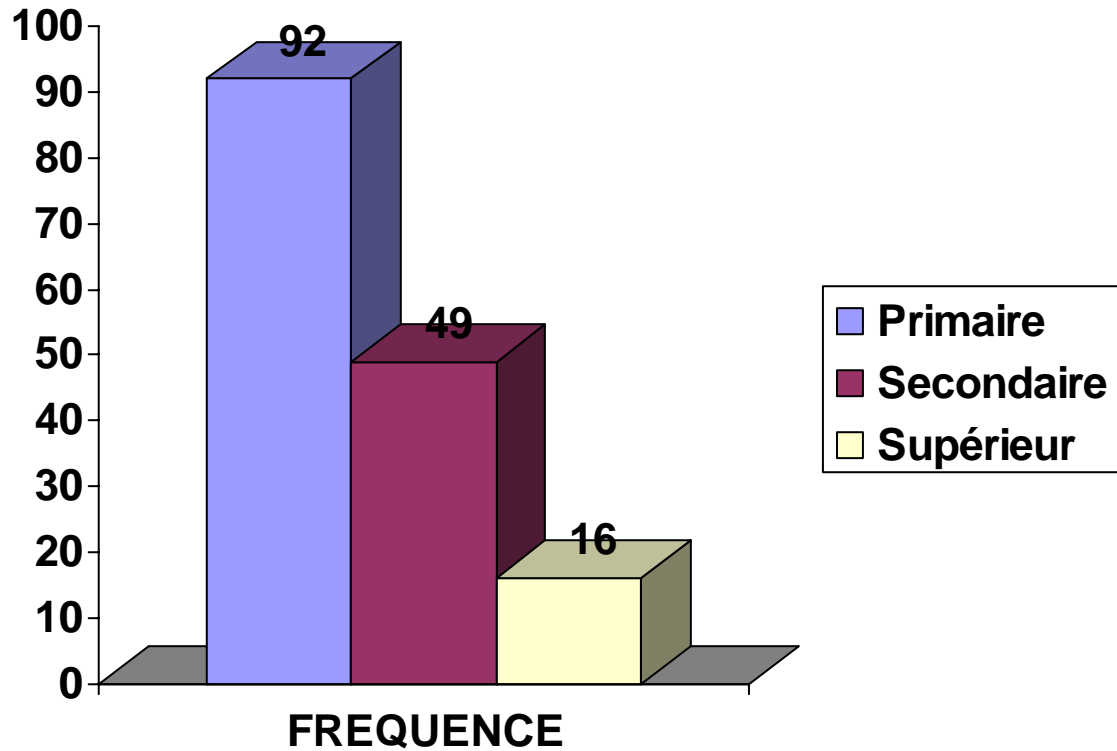
Parmi les mariées 73,69 % sont sous régime monogamique.

Tableau VII : répartition des patientes selon le niveau d'instruction.



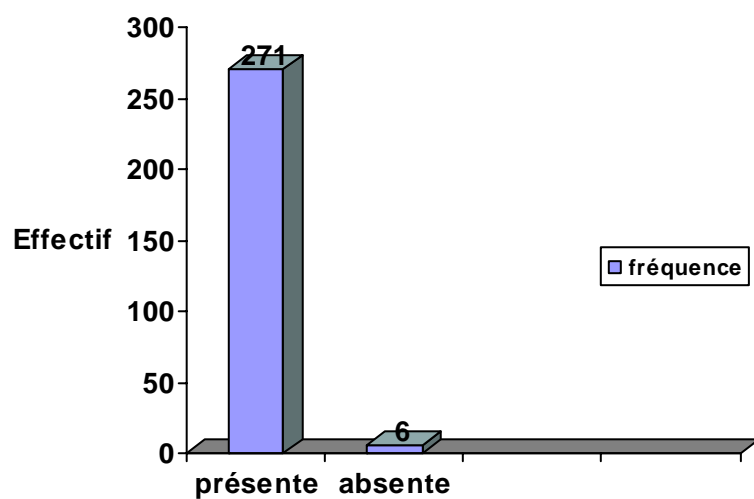
La majorité des patientes étaient alphabétisées, soit 56,68 % des cas.

Tableau VIII : répartition des patientes scolarisées en fonction de leur niveau de scolarisation.



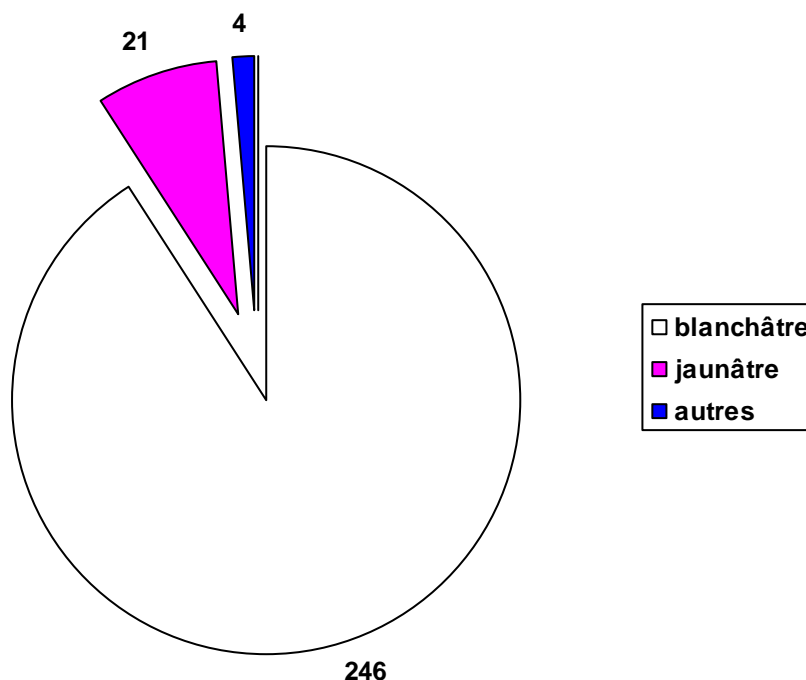
58,59 % avaient un niveau de scolarité primaire.

Tableau IX : répartition des patientes en fonction de la présence ou non des leucorrhées.



Presque toutes nos patientes ont présentées des leucorrhées soit 97,83%.

Tableau X : répartition des patientes présentant des leucorrhées en fonction de leur coloration.



Les leucorrhées étaient blanchâtres dans 90,78 %.

Tableau XI : répartition des patientes présentant des leucorrhées en fonction de leur odeur.

LEUCORRHEES	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Sans odeur	84	31,00 %
Nauséabonde	187	69,00 %
TOTAL	271	100 %

Les leucorrhées étaient nauséabondes dans 69,00 %.

Tableau XII : répartition des patientes en fonction de la consistance des leucorrhées.

LEUCORRHEES	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Epaisse	176	64,94 %
Fluide	81	29,89 %
Moussante	14	5,17 %
TOTAL	271	100 %

64,94 % des patientes ont présentées des leucorrhées d'aspect épais.

Tableau XIII: répartition des patientes en fonction de la durée des leucorrhées.

LEUCORRHEES	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Plus de 10 Jours	248	91,51 %
Moins de 10 Jours	23	8,49 %
TOTAL	271	100 %

91,51 % des leucorrhées avaient une durée de plus de 10 jours.

Tableau XIV: répartition des patientes en fonction de la présence ou non de prurit.

PRURITS	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Présents	246	88,81 %
Absents	31	11,19 %
TOTAL	277	100 %

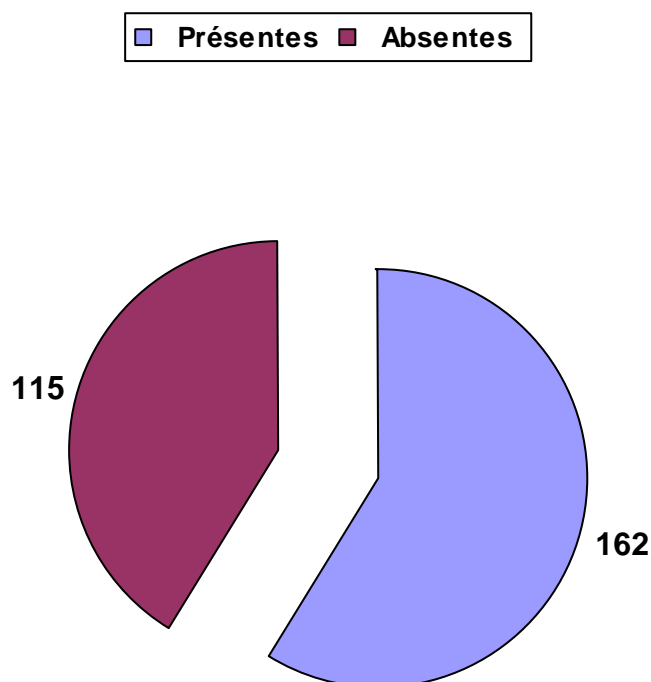
La majorité des patientes déclarent avoir un prurit soit 88,81 %.

Tableau XV: répartition des patientes présentant un prurit en fonction de sa localisation.

PRURITS	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Vulvaire	230	93,50 %
Vaginale	2	0,81 %
Anale	3	1,22 %
Vulvaire + Anale	11	4,47 %
TOTAL	246	100 %

93,50 % des patientes déclarent avoir du prurit vulvaire.

Tableau XVI: répartition des patientes en fonction de la présence ou non de la dyspareunie.



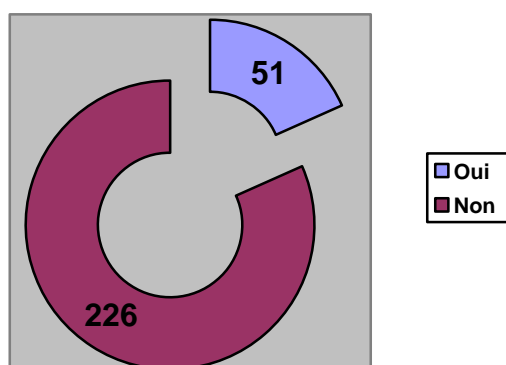
58,49% des patientes déclarent avoir une dyspareunie.

Tableau XVII: répartition des patientes présentant une dyspareunie en fonction de leur type.

DYSPAREUNIES	EFFECTIFS	POURCENTAGES
De fond	43	26,54 %
De pénétration	47	29,01 %
De fond et de Pénétration	72	44,45 %
TOTAL	162	100 %

44,45 % des patientes déclarent avoir des dyspareunies de fond et de Pénétrations.

Tableau XVIII : répartition des patientes en fonction de l'existence ou non de grossesse.



Seulement 51 patientes, soit 18,41 % de nos patientes étaient enceintes.

Tableau XIX : répartition des patientes en fonction du diagnostic syndromique :

DIAGNOSTICS SYNDROMIQUES	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Vaginite	144	51,99 %
Cervicite	34	12,27 %
SIP	99	35,74 %
TOTAL	277	100 %

On note que 51,99% des patientes ont été traitées de vaginite.

Tableau XX : répartition des patientes en fonction de la qualification du prescripteur et le diagnostic syndromique :

DIAGNOSTIC	GRADE DU PRESCRIPTEUR		TOTAL
	MEDECIN	SAGE FEMME	
Vaginite	105	39	144
Cervicite	27	7	34
SIP	97	2	99
TOTAL	229	48	277

La majorité des patientes ont été consultées par des médecins soit 82,68% (229 /277) des patientes.

Tableau XXI : répartition des patientes en fonction de l'existence de la grossesse et du diagnostic syndromique

Grossesse Diagnostic	Oui	Non	TOTAL
	Vaginite	43	101
Cervicite	8	26	34
SIP	0	99	99
Total	51	226	277

43 /51 de nos patientes enceintes souffraient de vaginite ce qui représentait 84,31 % des femmes enceintes.

Tableau XXII : répartition des patientes en fonction de l'utilisation ou non du préservatif masculin par le partenaire.

USAGE DU PRESERVATIF	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Oui	74	26,71 %
Non	203	73,29 %
TOTAL	277	100 %

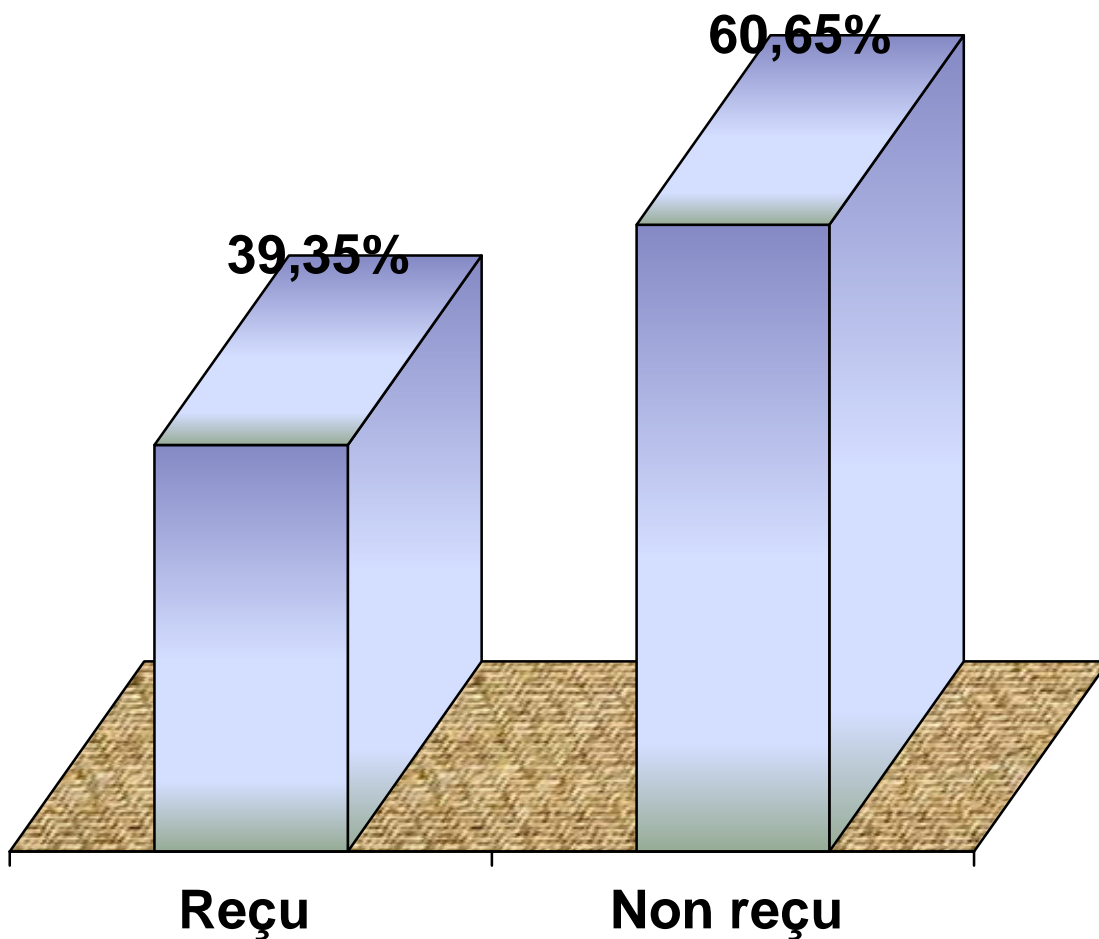
73,29 % des patientes n'utilisaient le préservatif masculin avec leurs partenaires sexuels.

Tableau XXIII : répartition des patientes en fonction du diagnostic syndromique et l'usage du préservatif par le partenaire.

DIAGNOSTIC	USAGE DU PRESERVATIF			TOTAL
	Non	Parfois	Toujours	
Vaginite	111	30	3	144
Cervicite	27	7	0	34
SIP	65	34	0	99
TOTAL	203	71	3	277

(203/277) des patientes présentant un diagnostic clinique n'utilisent le préservatif.

Tableau XXIV : répartition des patientes en fonction d'un traitement antérieur avant la consultation.



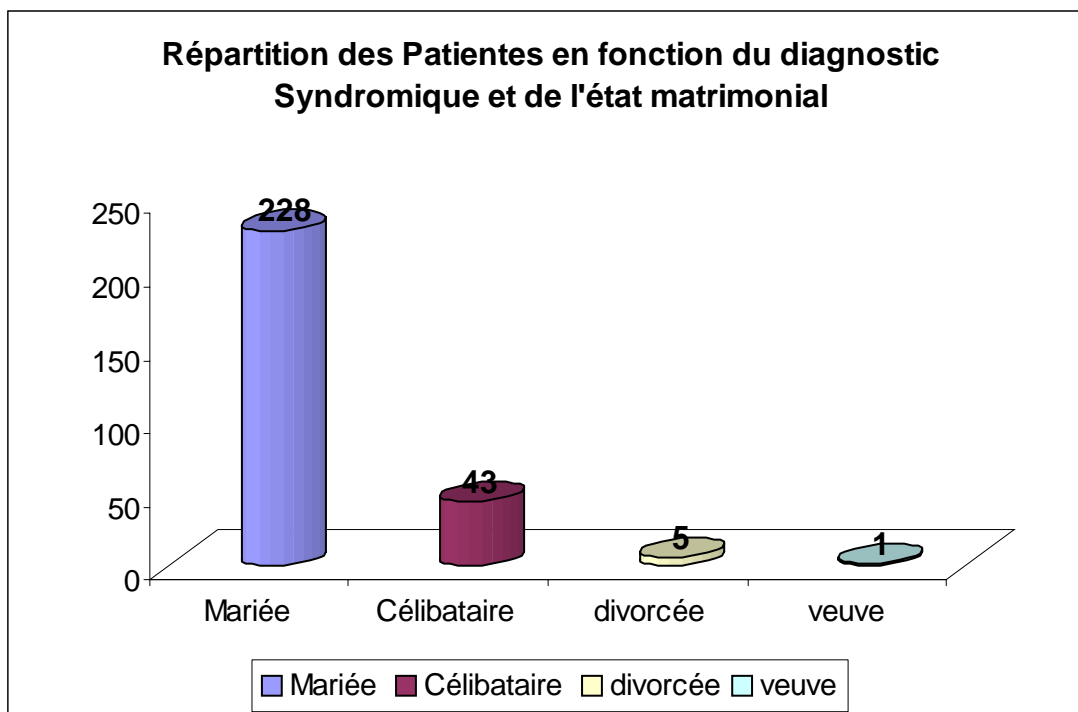
39,35 % des patientes ont reçu un traitement antérieur un mois avant la consultation.

Tableau XXV : répartition des patientes en fonction des lieux où elles ont reçu un traitement 1 mois avant la consultation.

LIEUX	EFFECTIFS	POURCENTAGE
CS Réf.	32	29,36%
CSCOM ou Centre de Soins	48	44,03%
Cabinet ou clinique privée	9	8,26%
Officine	4	3,67%
Hôpital	1	0,91%
Autres	15	13,77%
TOTAL	109	100%

44,03 % des soins primaires ont été effectués dans les CSCOM ou centres de soins, 13,77 % ont été effectués dans d'autres structures (tradithérapeutes etc.).

Tableau XXVI : répartition des patientes en fonction du diagnostic syndromique et de l'état matrimonial :



(119/228) de nos patientes mariées souffraient de vaginite et la seule veuve souffrait du SIP.

Tableau XXVII : répartition des patientes en fonction du diagnostic syndromique et du régime matrimonial :

DIAGNOSTIC	REGIME MATRIMONIAL		TOTAL
	Monogamie	Polygamie	
Vaginite	91	28	119
Cervicite	16	11	27
SIP	61	21	82
TOTAL	168	60	228

91 des monogames ont été traitées de vaginite.

Tableau XXVIII : répartition des patientes en fonction des conseils donnés par les prescripteurs :

GRADES	CONSEILS			TOTAL
	Pas de conseil	Usage du Préservatif	Prise en charge du contact sexuel	
Médecin	16	70	154	229
Sage femme	10	4	23	48
TOTAL	26	74	177	277

(177/277) ont bénéficié un conseil de la prise en charge du contact sexuel.

Tableau XXIX : répartition des patientes en fonction de la nécessité du prélèvement vaginal.

Prélèvement vaginal	Effectifs	Pourcentages
Oui	38	13,71 %
Non	239	86,29 %
Total	277	100 %

13,71% ont nécessité un prélèvement vaginal.

Tableau XXX : répartition des patientes en fonction du suivi du traitement.

SUIVI DU TRAITEMENT	EFFECTIFS	POURCENTAGES
Revu	59	21,29%
Non revu	218	78,71%
TOTAL	277	100%

(59/277) soit 21,29% des patientes ont été revues après traitement.

Tableau XXXI : répartition des patientes en fonction de la réalisation ou non du prélèvement vaginal.

Réalisation	Effectifs	Pourcentage
Oui	9	23,68 %
Non	29	76,32 %
Total	38	100 %

Nous avons constaté que seulement (9/38) soit 23,68% des patientes ont effectué leurs prélèvements.

Tableau XXXII : répartition des patientes en fonction des germes retrouvés dans des prélèvements vaginaux.

Germes retrouvés	Effectifs	Pourcentages
Trichomonas vaginalis	2	22,22 %
Candida Albican	2	22,22 %
Garnerella Vaginalis	1	11,11 %
Neisseria Gonorrhée	1	11,11 %
Association1	2	22,22 %
Association 2	1	11,11 %
total	9	100 %

NB : _Association 1 : Trichomonas vaginalis+Candida Albican

_Association 2 : Gardnerella Vaginalis +Candida Albican

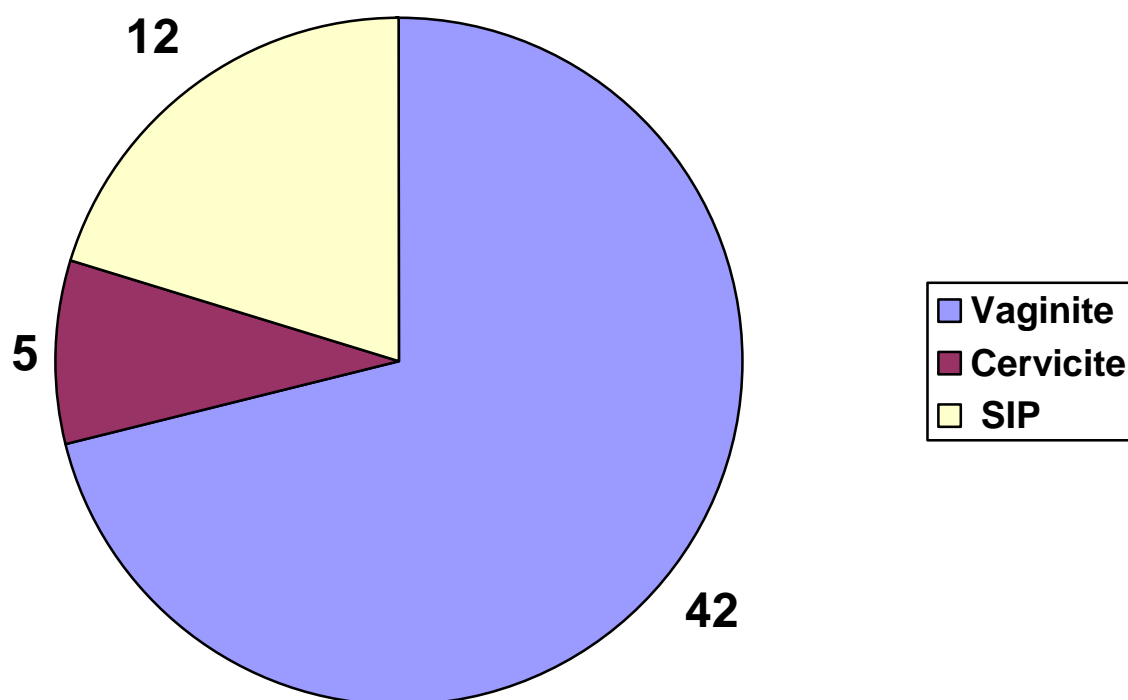
Nous constatons que 2 cas de trichomonas vaginalis, candida albican et l'association trichomonas vaginalis plus candida albican ont été retrouvés dans les prélèvements.

Tableau XXXIII : répartition des patientes selon l'évolution du syndrome après traitement.

EVOLUTION	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Disparition	35	59,32%
Amélioration	22	37,29%
Persistance	2	3,39%
TOTAL	59	100%

Une disparition nette du syndrome dans 59,32 % et seulement une persistance du syndrome dans 3,39 %.

Tableau XXXIV : répartition des patientes revues en fonction du diagnostic syndromique :



Parmi les patientes revues, (42/59) cas soit 71,18% étaient traitées pour vaginites.

Tableau XXXV : répartition des patientes revues en fonction du diagnostic syndromique et de l'évolution.

DIAGNOSTIC	EVOLUTION DES SIGNES			TOTAL
	Disparition	Amélioration	Persistance	
Vaginite	32	9	1	42
Cervicite	1	4	0	5
SIP	2	9	1	12
TOTAL	35	22	2	59

Disparition du syndrome chez (22/59) cas et seulement dans (2/59) cas ils avaient persistance du syndrome.

Iconographie :



1 Vulvo-vaginite à *Trichomonas vaginalis*.



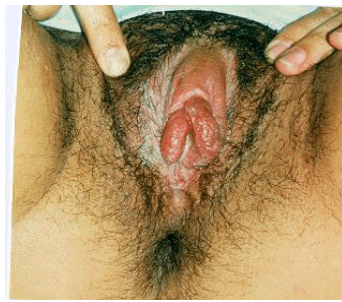
2 Vulvo-vaginite à *Candida albicans*.



Lésions syphilitiques



Lésions dues au Donovanose



Vulvovaginite pour *Candida albicans*



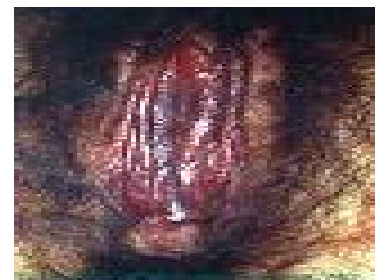
Condilome vulvaire



Lymphogranulomatose vénérien ou maladie de Nicolas et Fahre



Trichomonas



Chlamydia Trachomatis



Cervicite purulente gonococcique



Herpes Génital Vulvaire

r Mahamadou

VI. Commentaires et discussion :

Notre étude a porté sur un effectif de 277 patientes recrutées parmi les consultations au csréc1 unité gynéco obstétrique présentant des signes d'écoulement vaginal et ou douleur abdominal basse.

1 caractéristiques socio-économiques et démographiques :

a) l'âge : Dans l'échantillon l'âge minimum est 3 ans et le maximum à 53 ans. La tranche d'âge la plus représentée était 16 à 24 ans et 25 à 34 ans respectivement 36,46% et 39,46 % l'âge moyen était 27 ans.

Coulibaly K en 2001 a trouvé que la tranche d'âge la plus représentée est 15 à 24 ans avec 53 %. [13]

Mme Keita A en 1981 et Soumaré D en 1988 ont trouvé que les tranches d'âge respectives de 16 à 30 ans et de 18 à 35 ans sont les plus représentées avec respectivement 80,5 % et 84,4 % [10 et 22].

La même constatation a été faite par Diallo R 1993 qui a trouvé que l'âge de 15 à 29 ans est la plus représentée. [23]

Au Sénégal Thiam D a trouvé que le pic Maximin se situe entre 16 à 30 ans avec 78,5% [25].

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge est la plus sexuellement active ou l'usage du préservatif masculin est moins important sinon ignoré.

b) la profession :

Dans notre étude toutes les couches socioprofessionnelles étaient représentées, parmi elles les ménagères et les vendeuses étaient les plus nombreuses soit 58,48 % et 10,8%. La même constatation a été faite par Coulibaly K en 2001 [13] avec respectivement 77%(144/200) et 9%(16/200), Soumare D en 1998 69,9%(112/156) et 12%(23/156) [22], Diallo R en 1993 respectivement 63,8%(3065/4710) et 34,94%(1645/4710) [23] .

Ceci pourrait s'expliquer par le manque de moyen et /ou d'information sur les mesures d'hygiène et par cette croyance que les leucorrhées ne peuvent pas être traitées donc elles ne consultent pas aux premiers symptômes.

C) Etat matrimonial :

C.1 Statut matrimonial :

Dans notre enquête la proportion des femmes mariées est la plus importante 82,3% contre 15,5% de célibataires, la même constatation a été faite par Coulibaly k qui a trouvé 87% de mariées contre 12% de célibataires [13], Guindo A en 1994 avec 72,53 %(293/400) des femmes mariées contre 22,98%(89/400) de célibataires [20].

La majeure partie de l'échantillon a été recrutée dans l'unité consultation externe ou les femmes mariées consultent pour désir d'enfant ou de maternité. Par contre dans l'étude Thiam D au Sénégal les célibataires représentaient 78,8%, le pourcentage de célibataire est important par rapport à celui des mariées [25]

Les veuves sont faiblement représentées avec 0,4%, nous sommes du même avis avec Coulibaly k qui a trouvé en 2000 un pourcentage de 1% [13]. Cette faible représentation s'expliquerait par le risque minimum de contracter une IST du fait de leur statut matrimonial.

C.2 Régime matrimonial :

La proportion des femmes vivant en régime monogamique 73,68% était la plus élevée que celles vivant sous régime polygamique 26,31%. Soumaré D a trouvé en 1998 55,9%(87/116) de monogames contre 44,1%(53/116) de polygames [23]. Ce taux s'oppose à ceux de Mme Keita Assa en 1981 62,6%(251/402) de polygames contre 31,4%(151/402) [10] de monogames. Vu les conditions économiques et les conséquences de la polygamie sur les familles, les mariages Polygamiques sont de moins en moins pratiqués surtout dans les grandes villes.

d. Utilisation du préservatif masculin :

Dans notre étude, nous avons trouvé que 74 patientes ont déclaré que leurs partenaires utilise le préservatif, soit 26, 71% de l'échantillon. Ce qui voudrait

dire que 73,29% de nos patientes n'utilisaient le préservatif. La même constatation a été faite par Coulibaly K en 2001, 16%(32/200) utilisaient le préservatif [13].

Au Nigeria, une étude à montre que le taux d'usage de préservatif était de 12,5%(28/200) chez les prostituées [29]. A Bamako, Diarra D en 2000 a trouvé que 96,3%(9/156) de célibataires infectées n'utilisaient pas de préservatif [25].

En effet l'utilisation de manière correcte et régulière du préservatif masculin diminue le risque d'IST, permet aussi d'éviter les grossesses indésirées.

e. Les antécédents thérapeutiques :

Au cours de notre étude 39,35%(109/277) des femmes ont déclaré avoir reçu un traitement qui avait été recommandé dans les CSCOM 44,03%, dans les CSRef 29,34%, Cabinets aux cliniques privées 8,25%, officine 3,66%, Hôpital 1% sans succès thérapeutique.

Coulibaly K en 2001[13] a trouvé 31%(62/200) de son effectifs ont déclaré avoir reçu un traitement CSCOM 87%, cabinet 9%, Officine 2%, Hôpital 2%.

Ceux-ci démontent les difficultés de prise en charge des IST et la non référence des femmes au niveau des CSCOM où beaucoup font leurs premières consultations.

2. Etude clinique :

a) utilisation du spéculum: toutes les patientes ont été examinées au spéculum afin d'apprécier l'état du col utérin et de la muqueuse vaginale. L'examen au spéculum est un geste clinique très important il pose surtout le diagnostic de la cervicite et sa prise en charge selon l'algorithme appliqué a l'EV et ou DAB.

L'aspect des sécrétions vaginales a permis de suspecter un certain nombre d'étiologies :

e. La candidose

f. La Trichomonase

- g. La vaginose bactérienne (*Gardnerella vaginalis*)
- h. La Gonococcie
- i. La Chlamydie

b) Le toucher vaginal (TV) : toutes les patientes ont subi un TV au moment de l'examen gynécologique afin d'apprécier les annexes et les caractéristiques des leucorrhées.

C) Diagnostic : Les diagnostics ont été posés selon l'algorithme appliqué à L'EV et ou DAB. Ils ont été purement syndromiques. Les trois diagnostics posés au cours de l'enquête étaient : -La Vaginite -La Cervicite et le Syndrome inflammatoire pelvien.

C1) Vaginite :

Dans notre étude, 144 patientes ont été traitées pour vaginites soit 51,98% de l'échantillon. Elle a été posée devant les leucorrhées blanchâtres aqueuses ou moussantes accompagnées de prurit vulvaire, anale, de dyspareunie surtout de pénétration, de brûlure mictionnelle, d'érythème vulvo-vaginal, des macules érythémateuses au niveau du périnée. L'aspect des leucorrhées oriente vers l'étiologie qui est surtout due au *Candida Albican*, *Trichomonas Vaginalis* et les *Gardnerella Vaginalis*.

C1-1) Vaginites dues au Trichomonas vaginalis :

Ce diagnostic a été posé devant des leucorrhées abondantes verdâtres, nauséabondes, prurit vulvaire et dyspareunie. Au spéculum, le vagin est rouge et le col est framboisé.

Neuf patientes seulement ont effectué leur prélèvement vaginal, cet échantillon est trop faible pour pouvoir faire une comparaison significative avec d'autre étude étiologique, parmi les 9 résultats des prélèvements 2 ont été le *Trichomonas vaginalis*, soit 22,20%(2/9) des résultats revenus. Dans l'étude de Coulibaly K [13] 82%(21/200) des vaginites sont dues aux *Trichomonas vaginalis* ; Zeze Sers [27] 10,9%. Danesis et Marcelou [29] 62,2% .

C1-2) Vaginite due au Candida Albican :

Parmi les 9 patientes ayant effectué des prélèvements, 2 ont été le candida albican soit 22,20% des résultats. Le diagnostic clinique a été posé devant les Leucorrhées d'aspect blanchâtre « lait caillé », épaisse, associé a un prurit vulvaire intense, une vulve inflammatoire et une muqueuse érythémateuse enflammée rouge. L'étude de Diallo R. [23] a trouvé 58,78%(2811/4710) des vaginites sont dues au candida Albican. Boye C S en 1984 [30] retrouve 86%(4331/4976). Mme Doucouré A [32] retrouve 7%(14/200).

C1-3) vaginite due aux Gardnerella vaginalis :

Parmi les 9 patientes ayant effectuées des prélèvements, un seul a été le gardnerella vaginalis soit 11,11%(1/9) de l'échantillon.

Le Gardnerella vaginalis est responsable du syndrome de « malodeur vaginal » ou vaginose bactérienne.

Leucorrhée abondante, grisâtre, moussesse malodorante.

Dans l'étiologie des vaginites les publications sont nombreuses et les résultats sont variables d'un auteur à un autre ; l'étude de Desse D à trouvé 29 %(58/200) de vaginite sont due au gardnerella vaginalis [20], Diallo R 22,9 %(1078/4710) [23].

D'une manière générale les germes responsables des vaginites représentent l'écrasante majorité des étiologies microbiennes des IST.

Le trichomonas vaginalis est le chef de file des vaginites bactériennes qui constituent un des syndromes les plus fréquents en Afrique et dans le monde.

Certains auteurs ont rapporté en 1995 en Amérique du nord des prévalences de 55 %, Asie 9,5 %, en Afrique subsaharienne 14,1 % [31].

C2) Cervicite : Dans notre étude, 34 patientes ont été traitées pour cervicite soit 12,27%.

Ce diagnostic a été posé devant des leucorrhées abondantes jaunâtres, sanguinolentes, dysurie, douleur mictionnelles, écoulement purulent par

l'endocol, au spéculum aspect de cervicite (col inflammatoire, purulent, Hémorragique).

Les germes les plus rencontrés dans la cervicite sont : les gonocoques, chlamydia Trachomatis, les anærbies mixtes.

C2-1) Cervicite due aux gonocoques :

Parmi les résultats revus un seul cas de Neisseria Gonorrhée soit 11,11 % (1/9), le diagnostic clinique a été posé devant les leucorrhées jaunâtres, dysurie, brûlure mictionnelle, dyspareunie surtout de fond, écoulement purulent par endocol, col inflammatoire purulent, hémorragique.

L'étude de Mme de Doucouré A a trouvé 6 % (12/200) [32] de cervicite due au neisseria gonorrhée, Sidibé F [33] 70 % (109/256), Une étude récente faite par le CDC au niveau de Bamako, Ségou, Sikasso, et Mopti en 2002 a trouvé une prévalence de 1 % [21].

C2-2 Cervicite due aux chlamydias Trachomatis : Parmi les résultats

Pas un seul cas de chlamydia, cela est dû au coût élevé de cet examen, le diagnostic clinique a été posé devant des leucorrhées sanguinolentes, dysurie, brûlure mictionnelle. L'examen au spéculum montre un col inflammatoire, hémorragique. Le diagnostic est difficile et nécessite des techniques spéciales. La sérologie est d'interprétation difficile [34]. La présence de Neisseria Gonorrhée ou la Chlamydia Trachomatis ne signifie pas toujours une cervicite, il peut s'agir d'un syndrome inflammatoire pelvien.

En absence de traitement adapté l'infection Gonococcique chez la femme enceinte entraîne des accouchements prématurés et une endométrite du post partum en plus du risque de transmission au nouveau né. Ce risque a été estimé à 91 % à Bamako en 1991 [54]. Elle représente pour le nouveau né le danger de contracter l'ophtalmie purulente néo natale pouvant conduire à la cécité [35]. L'antibioprophylactique oculaire à la naissance constitue une mesure simple,

efficace et relativement peut coûteuse qui permet de prévenir dans 95 % les conjonctivites néo natales gonococcique. [35]

d) syndrome inflammatoire pelvien : Dans notre étude , 99 patientes ont été traitées pour SIP soit 35,74%.

Le terme syndrome inflammatoire (SIP) fait référence aux infections du tractus génital supérieur de la femme. Le SIP résulte de l'ascension de l'infection à partir du col de l'utérus et est généralement causée par la gonorrhée et la chlamydia.

Le SIP couvre l'endométrite ; salpingite ; l'abcès salpingo-ovarien et la pelvipéritonite. Elle peut également conduire à la péritonite généralisée, une condition potentielle mortelle.

De plus la salpingite peut entraîner l'obstruction de la trompe de Fallope, ce qui mène à une diminution de la fécondité ou si les deux trompes s'infectent, à une infertilité totale. Elle peut également entraîner une obstruction partielle des trompes, ce qui permet aux très petits spermatozoïdes de passer, mais pas à l'ovule fécondé qui est plus gros. Cela peut aboutir à une grossesse tubaire qui finira par rompre la trompe, causant une hémorragie intra abdominale massive et peut être la mort. [7]. Les femmes souffrent du SIP ont généralement dans leurs antécédent médicaux des EV et ou DAB. Si elles ne se font pas traiter 55 % à 85 % des femmes souffrant du SIP risquent de devenir stériles. Dans une étude menée au Zimbabwe, 84% de 135 femmes stériles dont les trompes de Fallope présentaient des anomalies avaient déjà souffert du SIP.[7]

e) Cas particulier de la grossesse : Au cours de notre enquête 51 femmes enceintes remplissant les critères de l'étude ont été prises en compte soit 18,41% de l'échantillon et 43 souffraient de vaginite soit 84,31% des femmes enceintes de l'échantillon. Cela s'expliquerait par le fait que le candida albicans est très fréquent chez la femme enceinte à cause de la modification du milieu vaginal en relation avec les bouleversements hormonaux.

f. Résultats thérapeutiques : Sur 277 patientes, 59 ont été revues soit 21,29% de l'échantillon. Parmi elles, 96,61% étaient satisfaites du traitement

avec respectivement une disparition complète du syndrome dans 59,32%, une amélioration du syndrome dans 37,29% et seulement une persistance dans 3,39%.

Ce faible taux nous amène à parler de certains obstacles à l'application de l'algorithme :

✓ Obstacles liés aux praticiens :

-N'ont pas toujours assez de temps pour convaincre les patientes des mesures d'hygiène d'accompagnement et surtout le traitement systématique du couple mono et polygamique.

- Ordonnance remis uniquement à la patiente
- Ne dispose pas toujours d'un spéculum stérile pour apprécier le col.
- La non référence des cas difficiles à la première consultation.

✓ Obstacles liés aux patientes :

- Difficulté de revoir les patientes.
- La méconnaissance des mesures d'hygiène.

✓ Obstacles liés aux traitements :

- la durée longue : 14 jours durant laquelle la patiente doit chaque jour placer un ovule.
- La rupture des médicaments inscrits dans algorithme au niveau du dépôt de vente du centre de santé.

VII. CONCLUSION :

Notre étude descriptive a été menée au CS Réf CI .Toutes les patientes ont subi un examen gynécologie, comprenant le TV pour apprécier l'état des leucorrhées et la sensibilité des annexes ; l'examen au spéculum pour l'appréciation de l'état du col.

L'étude a porté sur la prise en charge syndromique de l'EV et/ou DAB. Le but était principalement d'évaluer l'algorithme utilisé dans la prise en charge syndromique de l'EV et / ou DAB. Au cours de l'étude 277 patientes ont été consultées pour EV et/ou DAB. Sur les 277 patientes consultées, 144 ont été traitées pour vaginite soit 51, 98% de l'échantillon ; 34 ont été traitées pour cervicite soit 12,27% de l'effectif ; 99 ont été traitées pour SIP soit 35,74% de l'effectif. Le traitement instauré, pour la prise en charge syndromique de l'EV et / ou DAB, a été effectué. 59 patientes ont été revues après traitement soit 21,30 % de l'échantillon.

Disparition du syndrome dans 35 cas soit (59,32 %) ; Amélioration du syndrome dans 22 cas soit (37,29 %) et une Persistance du syndrome dans 2 cas soit (3,39 %) de l'échantillon.

Le contrôle post thérapeutique a été clinique. 262 patientes ont reçu des conseils, soit 94,58% de l'échantillon. 177 des contacts de nos patientes ont bénéficié d'une prise en charge, soit 63,89%. L'utilisation du préservatif a été observée chez 74 de nos patientes, soit 26,71% de l'échantillon. Cette étude s'est déroulée uniquement au CSRéf.C.I, le résultat ne représente pas la population générale du Mali, elle pourrait être améliorée par d'autres études couvrant une grande majorité de la population.

VIII. RECOMMANDATIONS :

Au regard des résultats obtenus dans notre étude, nous pouvons dire que les EV et/ou DAB en particularité et les IST en général sont fort répandus dans le monde et sont responsables d'une morbidité et de mortalité significatives depuis de nombreuses années. Les germes les plus connus sont : Candida, Trichomonas, Néisseria, Chlamydia, Gardnerella vaginalis.

Il existe une vingtaine d'autres germes.

L'apparition du VIH SIDA qui est une autre IST. Cela a attiré l'attention sur l'urgent besoin de prévenir et de traiter les IST afin d'améliorer la prise en charge des patientes atteintes EV et/ou DAB.

Le Mali, à l'instar de l'OMS, a adopté l'approche syndromiques qui permet de par sa simplicité le diagnostic et le traitement immédiat des patientes par l'utilisation d'arbre décisionnel et d'action (Algorithme). C'est dans le cadre d'une évaluation sur le terrain de cet algorithme que l'étude a été menée.

Il s'agit d'un syndrome qui représente un danger pour le sujet, mais aussi pour le couple et toute la société. En conséquent nous faisons des recommandations suivantes :

A la population :

- ✓ Une prévention des IST passant par un changement de comportements par :
 - Une réduction du taux d'exposition à l'infection ;
 - Une diminuant du nombre de partenaires sexuels à haut risque ;
 - L'utilisation du préservatif.
- ✓ Par une observation des mesures d'hygiènes
- ✓ La demande systématique de la sérologie HIV chez les patients ayant des partenaires sexuels multiple.

Aux agents socio sanitaires :

- ✓ Une large diffusion et l'application des algorithmes de la cellule de coordination du comité sectoriel de lutte contre le SIDA.

- ✓ La prise en charge des partenaires sexuels
- ✓ La sensibilisation sur la nécessité d'un contrôle clinique post thérapeutique et le respect des règles d'hygiène.
- ✓ La sensibilisation des femmes enceintes enfin qu'elles soient assidues aux visites pré et post-natales afin de prévenir les complications.
- ✓ L'éducation sanitaire de la population sur la prévention des IST.
- ✓ La référence des cas difficiles.

Aux autorités sanitaires et politiques :

- ✓ La formation et la sensibilisation du personnel de santé sur les dangers liés à une infection mal diagnostiquées et mal traitées.
- ✓ La formation de tous les agents socio sanitaires sur le traitement de l'approche syndromique.
- ✓ Veillez sur l'application de l'algorithme.
- ✓ Assurer une disponibilité permanente des molécules thérapeutiques (médicaments de l'algorithme).
- ✓ Création d'une clinique IST liée à la dermatologie dans le cadre de la recherche.

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INSTITUT ROYAL DES TROPIQUES.

Relevé les défis du VIH/SIDA et les IST/AIDS/SAFAIDS/OMS 1995;
176p.

2. RAPPORT D'UN GROUPE D'ETUDE DE L'OMS GENEVE.

Prise en charge des patients atteints de maladie sexuellement transmissibles. Genève
1991; 112p.

3. DELLABEHA G, FIELDML B, LAGUAM H.

Lutte contre les IST un fardeau mondial et un défis à la prévention. USAID 1997; 114p.

4. 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. Bamako, 1999; N°:16.

5. BALLO M B, TRAORE S M, NIAMBELE I, BA S, AYAD M, NDIAYE S.

Enquête démographique et de la santé III. Mali 2001 :450p

6. OUEDRAOGO E A :

Etude de la prévalence des IST / VIH chez les consultants des centre de santé et de promotion sociale (CSPS) de la ville de BOBO DIOULASSO (BURKINA FOSSO). Thèse pharm. Bamako, 1999; N°6.

7. LA PRISE EN CHARGE DES IST.

Manuel de formation du programme national de lutte contre le SIDA du Mali 2003. 2eme Edition. Mali 2004 :7-10.

8. DIARRA L.

Profils épidémio-clinique des IST et évaluation de la prise en charge. Thèse Méd. Bamako, 2001; N°73.

9. SIBOULET A.

Maladies sexuellement transmissibles. Paris : Masson. 1984; 18 : 146-69.

10. KEITA A.

Contribution à l'étude des vulvo-vaginites à trichomonas vaginale à propos de 448 observations. Thèse Med. Bamako, 1981; N°22.

11. TRAORE S.

Contribution à l'étude des maladies sexuellement dans le district de Bamako. Thèse Pharma. Bamako, 1985; N°8.

12. TAUBERET K , SMITH P .

Du pont B : biologie des candidas. Rev Med 1979; 26 : 118 -76.

13. COULIBALY K.

Le diagnostic étiologie de l'écoulement vaginal et évaluation de sa prise en charge syndromique par les prescripteurs. Thèse Méd. Bamako, 2003; N°3.

14. BOURGEADE M, MOUQUET B, CATHERBRAS P.

Maladies sexuellement transmissibles et stérilité en Afrique Noire. Med Trop 1987; 22 : 215-19.

15. TALL M.

Projet pilote d'intervention visant à freiner la propagation des MST/SIDA dans un groupe à haut risque. Partie I. Thèse pharm. Bamako, 1985; N°59.

16. KOUMARE B, BOUGOUDOOGO F.

Gonococcie et grossesse. Mali Med 1990; 9 : 494-495.

17. FARI A.

Vaginite et endocervicite, EMC (Paris), Gynécologie 379-87, 1990, 8p

18. Cazenave J C.

Conduite à tenir face au MST déclarée chez les femmes en Afrique Tropicale. Med Trop 1987; 47: 312-18.

19. CATALAN F, Khoury B, Quinzman E, Doule D, Mimic V.

La technologie moderne au service des maladies sexuellement transmissibles (MST), les infections à chlamydiae Trachomatis. Spectra supplément 1983; 83 : 31-36.

20. DIARRA D.

Infection génitales basses à la consultation externe dans les services de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE, Bamako à propos de 200 observations. Thèse Med .Bamako, 2000; N°57.

21. CENTRE POUR LE CONTRE ET LA PREVENTION DE LA MALADIE (CDC) ATLANTA ETATS-UNIS.

Etude dévaluation de l'approche syndromique de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) au Mali. CDC 2002 : 180p

22. SOUMARE D.

Les infections génitales basses en consultation au service de gynéco obstétrique de l'hôpital du point G.

Thèse Méd. Bamako, 1988; N°10.

23. DIALLO R.

Prévalence de Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Candida albican et Gardnerella vaginalis parmi les étiologies des infections génitales féminines à Bamako. A propos de 4710 prélèvements vaginaux examinés dans le laboratoire de bactériologie de l'INRSP de 1989 à 1992. Thèse Pharm. Bamako, 1993; N°1.

24. GUINDO A.

Etude de prévalence des principaux agents pathogènes responsables de MST/SIDA dans une population de femme en âge de procréer dans le centre de santé de la commune II du district. À propos de 400cas

Thèse Pharm. Bamako, 1993; N°3.

25. THIAM D.

Les maladies sexuellement transmissibles au Sénégal. Problème de santé publique

.Thèse Med. Dakar, 1975; N°9.

26. TOGOLA H

MONOGRAPHIE DU DISTRICT DE BAMAKO.

Thèse pharm. Bamako, 1994; N°4.

27. ZEZE SERI V.

Micro-organisme rencontrées à l'examen des prélèvements vaginaux. Contribution à l'étude étiologie des vaginites infectieuses. A propos de 4780 cas. Thèse de Méd.

Abidjan, 1982; N°346.

28. BITERA R.

Le centre de lutte contre les maladies à Dakar stratégie premier bilan. Perspectives de lutte .Thèse méd. Dakar, 1981; N° 11.

29. DANESIE J et MARCELLOU V.

Fréquence de la coexistence du Trichomonas vaginalis avec le Candida Albans. Presse Méd 1960; 14 : 519-520.

30. BOYE BOUHOU C S.

Contribution à l'étude de la prévalence des levures du germe Candida isolés des prélèvements vaginaux au cours de la grossesse. Paris Bailleraï 1976; 24 : 118-127.

Thèse présentée et soutenue par Mahamadou G KONE

**31. MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE DE SENEGAL, CNLS,
Programme National de lutte contre les MST/SIDA.**

Guide de prise en charge syndromique des IST, Octobre 1999; 1 : 5-9.

32. DOUCOURE A.

Contribution l'étude des vaginites parasitaires. A propos de 200 frottis vaginaux. Thèse Med. Bamako, 1975; N°10.

33. SIDIBE F.

Prévalence de l'infection gonococque chez 256 prostituées fichées et sensibilité aux antimicrobiens de 52 souches éprouvées. Thèse Pharm. Bamako, 1982; N° 37.

34. PERROT S.

Collection médline pour l'internat les certificats et les nouveaux modules du deuxième cycle. Paris : Flammarion. 1971; 26 : 213-17.

35. CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE.

L'enfant en milieu tropical diagnostic d'un œil qui coule notion élémentaire d'ophtalmo-pédiatrie tropicale. Paris, 1991; 134 : 30-33

36. PICHARD E , MINTA D.

Maladies infectieuses polycopé 5^{ème} année de médecine (FMPOS) 2004; 224p.

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : KONE

Prénom : Mahamadou Guédiouma

Titre de thèse : L'étude de la prise en charge du syndrome écoulement vaginal et ou douleur abdominale basse a la maternité du centre de santé de référence de la commune I Bamako Mali

Année : 2007-2008

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine, de pharmacie et d'Odonto-stomatologie

Secteur d'intérêt : Dermatologie – Gynéco-obstétrique

Résumé

Notre étude descriptive a porté sur la prise en charge syndromique de l'écoulement vaginal et ou douleur abdominale basse à la maternité du centre de santé de référence de la commune I. Le but était d'évaluer l'application de la stratégie de la prise en charge syndromique de L'EV et où DAB dans un centre de santé de référence du district de Bamako, trois ans après l'adoption de cette stratégie. Au cours de l'étude 277 patientes ont été consultées pour EV et/ou DAB. Sur les 277 patientes consultées, 144 ont été traitées pour vaginite soit 51,99% de l'échantillon ; 34 ont été traitées pour cervicite soit 12,27% de l'effectif ; 99 ont été traitées pour SIP soit 35,74% de l'effectif. Le traitement instauré, pour la prise en charge syndromique de l'EV et / ou DAB, a été effectué. 59 patientes ont été revues après traitement soit 21,30 % de l'échantillon.

Disparition du syndrome dans 35 cas soit (59,32 %), une Amélioration du syndrome dans 22 cas soit (37,29 %) et seulement une Persistance du syndrome dans 2 cas soit (3,39 %).

Le contrôle post thérapeutique a été clinique. 262 patientes ont reçu des conseils, soit 94,58% de l'échantillon. 177 des contacts de nos patientes ont bénéficié d'une prise en charge, soit 63,89%. L'utilisation du préservatif masculin a été observée chez 74 de nos patientes, soit 26,71% de l'échantillon. Cette étude s'est déroulée uniquement au CSRéf.C.I, le résultat ne représente pas la population générale du Mali, elle pourrait être améliorée par d'autres études couvrant une grande majorité de la population.

Mots clés : Prise en charge syndromique, Cervicite, Vaginite, SIP.

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 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 !

Je Le Jure.