

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

**UNIVERSITE DE BAMAKO**

\*\*\*\*\*

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008**

N°

**TITRE**

**ETUDE DE LA PRISE EN CHARGE DU SYNDROME  
ECOULEMENT VAGINAL ET/OU DOULEUR ABDOMINALE  
BASSE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA  
COMMUNE IV.**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le // /2008 devant le jury de la  
Faculté de  
Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par **Mr Missiri SISSOKO**

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

**JURY**

**Président**

**Ingré DOLO**

**Membre**

**KINTA**

**Codirecteur de thèse**

**DICKO**

**Directeur de thèse**

**Pr Amadou**

**Dr BAH Aïssatou**

**Dr Adama**

**Pr Somita KEITA**

## **ADMINISTRATION**

**DOYEN: ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR**

**1<sup>er</sup> ASSESSEUR: DRISSA DIALLO – MAÎTRE DE CONFERENCES**

**2<sup>ème</sup> ASSESSEUR: SEKOU SIDIBE – MAÎTRE DE CONFERENCES**

**SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEUR**

**AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL – CONTROLEUR DES FINANCES**

## **PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA

Mr Bocar SALL

Secourisme

Mr Souleymane SANGARE

Physiologie

Mr Yaya FOFANA

Mr Mamadou L. TRAORE

Mr Balla COULIBALY

Mr Mamadou DEMBELE

Mr Mamadou KOUMARE

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Mr Aly GUINDO

Mr Mamadou M. KEITA

Mr Sinè BAYO

Histoembryologie

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Mr Abdoulaye Ag RHALY

Mr Boukassoum HAIDARA

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Mr Massa SANOGO

Ophtalmologie

Orthopédie Traumatologie –

Pneumo-

Hématologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Chirurgie Générale

Pharmacognosie

Médecine interne

Gastro-entérologie

Pédiatrie

Anatomie-Pathologie-

Santé Publique

Médecine interne

Législation

Toxicologie

Chimie Analytique

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**  
**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie
Traumatologie	
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-
Réanimation	
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale <b>Chef de</b>
<b>D.E.R.</b>	
Mr Abdoul Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-
Traumatologie	
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-
Reanimation	
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-
Traumatologie	
Mme TRAORE J THOMAS	Ophthalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie
Générale	
Mr Sadio YENA	Chirurgie thoracique

Mr Youssouf COULIBALY  
Reanimation

Anesthesie-

### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Issa DIARRA

Gynéco-Obstétrique

Mr Samba Karim TIMBO

ORL

Mme TOGOLA Fanta KONIPO

ORL

Mr Zimogo Zié SANOGO

Chirurgie Générale

Mme Djeneba DOUMBIA

Anesthésie

Réanimation

Mr Zanafon OUATTARA

Urologie

Mr Adama SANGARE

Orthopédie-

Traumatologie

Mr Sanoussi BAMANI

Ophtalmologie

Mr Doulaye SACKO

Ophtalmologie

Mr Ibrahim ALWATA

Orthopédie -

Traumatologie

Mr Lamine TRAORE

Ophtalmologie

Mr Mady MAKALOU

Orthopedie-Traumatologie

Mr Aly TEMBELY

Urologie

Mr Niani MOUNKORO

Gynécologie/

Obstétrique

Mr Tiémoko D. COULIBALY

Odontologie

Mr Souleymane TOGORA

Odontologie

Mr Mohamed KEITA

ORL

Mr Boureima MAIGA

Gynéco-Obstétrique

Mr Youssouf SOW

Cgirurgie Générale

Mr Djibo Mahamane DIANGO

Anesthésie-réanimation

Mr Moustapha TOURE

Gynécologie

## **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Daouda DIALLO

Chimie Générale &

Minérale

Mr Amadou DIALLO

Biologie

Mr Moussa HARAMA  
Mr Ogobara DOUMBO  
Mr Yénimégué Albert DEMBELE  
Mr Anatole TOUNKARA  
Mr Bakary M. CISSE  
Mr Abdourahamane S. MAÏGA  
Mr Adama DIARRA  
Mr Mamadou KONE

Chimie Organique  
Parasitologie-Mycologie  
Chimie Organique  
Immunologie  
Biochimie  
Parasitologie  
Physiologie  
Physiologie

## 2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE  
Mr Flabou BOUGOUDOGO  
Virologie  
Mr Amagana DOLO  
**Chef de D.E.R.**  
Mr Mahamadou CISSE  
Mr Sékou F. M. TRAORE  
Mr Abdoulaye DABO  
Animale  
Mr Ibrahim I. MAÏGA

Histoembryologie  
Bactériologie –  
Parasitologie – Mycologie  
Biologie  
Entomologie médicale  
Malacologie – Biologie  
Bactériologie – Virologie

## 3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA  
Mr Mounirou BABY  
Mr Mahamadou A. THERA  
Mycologie  
Mr Moussa Issa DIARRA  
Mr Kaourou DOUCOURE  
Mr Bouréma KOURIBA  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Cheick Bougadari TRAORE  
Mr Guimogo DOLO  
Moléculaire Médicale  
Mr Mouctar DIALLO  
Mr Abdoulaye TOURE  
Moléculaire Médicale

Chimie Organique  
Hématologie  
Parasitologie –  
Biophysique  
Biologie  
Immunologie  
Bactériologie/ Virologie  
Anatomie pathologie  
Entomologie-  
Biologie/ Parasitologie  
Entomologie-

Mr Boubacar TRAORE

Parasitologie - Mycologie

#### **4. ASSISTANTS**

Mr Mangara M. BAGAYOKO

Moléculaire Médicale

Mr Djbril SANGARE

Médicale

Mr Bokary Y. SACKO

Mr Mamadou BA

Entomologie Médicale

Mr Moussa FANE

/Entomologie

Entomologie-

Entomologie-Moléculaire

Biochimie

Biologie, Parasitologie

Parasitologie

### **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

#### **1. PROFESSEURS**

Mr Mamadou K. TOURE

Mr Mahamane MAÏGA

Mr Baba KOUMARE

#### **D.E.R.**

Mr Moussa TRAORE

Mr Issa TRAORE

Mr Hamar A. TRAORE

Mr Dapa Aly DIALLO

Mr Moussa Y. MAIGA

Hépatologie

Mr Somita KEITA

Mr Boubacar DIALLO

Mr Toumani SIDIBE

Cardiologie

Néphrologie

Psychiatrie-**Chef de**

Neurologie

Radiologie

Médecine Interne

Hématologie

Gastro-entérologie-

Dermato-Léprologie

Cardiologie

Pédiatrie

#### **2. MAÎTRES DE CONFERENCES**

Mr Bah KEITA

Mr Abdel Kader TRAORE

Pneumo-Phtisiologie

Médecine Interne

Mr Siaka SIDIBE  
Mr Mamadou DEMBELE  
Mr Mamady KANE  
Mr Sahare FONGORO  
Mr Bakoroba COULIBALY  
Mr Bou DIAKITE  
Mr Bougouzié SANOGO  
Mme SIDIBE Assa TRAORE  
Mr Adama D. KEITA

Radiologie  
Médecine Interne  
Radiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie  
Psychiatrie  
Gastro-entérologie  
Endocrinologie  
Radiologie

### **3- MAITRES ASSISTANTS**

Mme TRAORE Mariam SYLLA  
Mme Habibatou DIAWARA  
Mr Daouda K. MINTA  
Mr Kassoum SANOGO  
Mr Seydou DIAKITE  
Mr Arouna TOGORA  
Mme DIARRA Assétou SOUCKO  
Mr Boubacar TOGO  
Mr Mahamadou TOURE  
Mr Idrissa A. CISSE  
Mr Mamadou B. DIARRA  
Mr Anselme KONATE  
Mr Moussa T. DIARRA  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Souleymane COULIBALY  
Mr Sounkalo DAO  
Mr Cheick Oumar GUINTO

Pédiatrie  
Dermatologie  
Maladies Infectieuses  
Cardiologie  
Cardiologie  
Psychiatrie  
Médecine interne  
Pédiatrie  
Radiologie  
Dermatologie  
Cardiologie  
Hépto-gastro-entérologie  
Hépto-gastro-entérologie  
Pneumologie  
Psychologie  
Maladies infectieuses  
Neurologie

## **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEUR**

Mr Gaoussou KANOUTE  
de D.E.R

Chimie Analytique **Chef**

Mr Ousmane DOUMBIA  
Mr Elimane MARIKO

Pharmacie Chimique  
Pharmacologie

## **2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Drissa DIALLO  
Mr Alou KEITA  
Mr Benoît Yaranga KOUMARE  
Mr Ababacar I. MAÏGA

Matières Médicales  
Galénique  
Chimie analytique  
Toxicologie

## **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Yaya KANE  
Mne Rokia SANOGO  
Mr Saibou MAIGA  
Mr Ousmane KOITA  
Moléculaire  
Mr Yaya COULIBALY

Galénique  
Pharmacognosie  
Législation  
Parasitologie  
Législation

## **D.E.R. SANTE PUBLIQUE**

### **1. PROFESSEUR**

Mr Sanoussi KONATE  
**D.E.R**

Santé Publique, **Chef de**

### **2. MAÎTRE DE CONFERENCES**

Mr Moussa A. MAÏGA

Santé Publique

### **3. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Adama DIAWARA  
Mr Hamadoun SANGHO  
Mr Massambou SACKO

Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique

Mr Alassane A. DICKO  
Mr Mamadou Sounalo TRAORE  
Mr Samba DIOP  
Mr Seydou DOUMBIA  
Mr Akory AG IKNANE  
Mr Hammadoun Aly SANGO

Santé Publique  
Santé Publique  
Anthropologie Médicale  
Epidémiologie  
Santé Publique  
Santé Publique

#### **4. ASSISTANTS**

Mr Oumar THIERO  
Mr Seydou DIARRA  
Médicale

Biostatistique  
Anthropologie

### **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA  
Mr Bouba DIARRA  
Mr Salikou SANOGO  
Mr Boubacar KANTE  
Mr Souleymane GUINDO  
Mme DEMBELE Sira DIARRA  
Mr Modibo DIARRA  
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA  
Milieu  
Mr Mahamadou TRAORE  
Mr Yaya COULIBALY  
Mr Lassine SIDIBE  
Organique

Botanique  
Bactériologie  
Physique  
Galénique  
Gestion  
Mathématiques  
Nutrition  
Hygiène du  
Génétique  
Législation  
Chimie

## **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA  
Pr. Babacar FAYE  
Pr. Mounirou CISS  
Pr Amadou Papa Diop  
Pr. Lamine GAYE

Bromatologie  
Pharmacodynamie  
Hydrologie  
Biochimie.

## **Dédicaces**

### **A Allah**

Le tout puissant, le miséricordieux, l'omnipotent et l'omniscient.

Je suis ce que tu as voulu que je sois, je ne serai que ce que tu veux que je sois. Que ta volonté soit faite !

### **A ma mère : Mariam KEITA .**

Tu m'as supporté à chaque étape de ma vie, surtout du début à la fin de mes études. Tu as répondu présente à tous mes appels. Je n'oublierai jamais tous les sacrifices que tu as faits pour nous.

Je te dis merci très chère mère pour ton amour, ton soutien. Ce travail est le tien, puisse Allah le Tout puissant te donner longue vie et une bonne santé. J'espère être à la hauteur de tes ambitions et ne jamais te décevoir. Amen !

## **Remerciements**

### **A mon père feu Mady Sissoko**

Hélas n'ayant pas fait ta connaissance, que le tout puissant dans sa grâce t'accepte dans son paradis. Amen !

### **A feu Touna Koné**

Tu as été plus qu'un père.

Merci pour le soutien tant moral, que financier pendant mes études. Repose en paix. Amen

### **A Gérard Drago et feu Moussa Sissoko**

Vous m'avez toujours traité comme votre propre enfant merci pour tout.

### **A mon frère Hamady Sissoko**

Disparu depuis 2004, c'était en voulant partir à la recherche d'une vie meilleure que tu as pris le chemin pour l'Europe.

### **A mes frères Hamadi Sissoko, Mamadou Sissoko, Madou Sissoko**

Merci pour votre soutien

### **A mes Sœurs Mariam Sissoko, Saran Sanogo, Sanata Sanogo**

Mes remerciements pour votre soutien

### **A mes Grands parents Feu Hamady Sissoko, feu N'Bara, Namory Keita, Saran Traoré, Siré Aminetou, Sitan.**

Soyez rassuré de notre reconnaissance

**Toutes mes tantes et tous mes oncles de Lafiabougou (Bamako) et de faroto (Kayes)**

Merci pour votre soutien

**A mes tantes Oumou Fofana, Sitan Dansira**

La meilleure des récompenses est auprès de Dieu, puisse t-il vous la donner. Ce que vous faites pour nous n'a pas de prix.

**A Mory Keita et sa famille**

Merci pour votre soutien

**A mes amis et frères du quartier : Bouri Traoré, Oumar Diarra, Madou Diarra, Boura Konaté Yamadou Keita, Mohamed Coulibaly, Isiaka Dembélé, Modibo Kamissoko**

Sachez qu'avec vous l'amitié a une chance ; vous êtes formidables, succès et longévité à tous.

**A Mme Sissoko Ouleymatou Diarra**

Merci de m'avoir soutenu tout au long de ce parcours parfois stressant. Ce travail est le tien, puisse Dieu renforcer nos liens.

**A mes amis et collègues Salam Diarra, Assimou Diallo, Drissa Konaté, Oumar Diallo, Lamime Camara, Drissa Sidibé, Issa Dogoni, Niaky Camara, Dramane Samaké, Zoumana Traoré, Madou Z. Koné, Fatoumata Diallo, Fanta sangaré, Founé Sacko, Bilali Coulibaly, Lassine Diakité, Abraham Koné, Dr Camara Fantamady, Soumaila Traoré, Yaye Diarra, Daouda**

**simpara, Abdoulaye Z Koné et tous les faisant fonction interne au centre de santé de référence de la commune IV**

Merci de m'avoir accepté tel que je suis, plus que des collègues vous êtes des véritables amis.

**Dr Touré Boubacar et tout le personnel du clinique médicale EUREKA « CME ».**

Merci pour votre collaboration.

**Dr Dembélé Elizé et tout le personnel du cabinet Keneyaton**

Merci pour votre collaboration.

**Dr Traoré Kakifa et tout le personnel de l'ASACOHAM**

Bon vent et bon courage

**Toutes les sages-femmes du CSRéf CIV**

Merci de la bonne collaboration.

**Mes encadreurs et collaborateurs du centre de santé de référence de la commune IV , Dr TOURE Moustaph, Dr DIAWARA Fantamady, Dr COULIBALY Bréhima, Dr Dagnoko Souleymane, Dr GUINDO Oumar, Dr TRAORE AWA, sans oublier les anesthésistes , les infirmières et :les infirmiers ,les manoeuvres bref tout le personnel du CSRéf CIV.**

A tous et à toutes nous vous disons grand merci pour l'adoption et la bonne compréhension, puisse dieu couronne nos oeuvres de succès.

**Tous mes maîtres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.**

Pour la qualité des enseignements que vous nous avez prodigué tout au long de notre formation.

Je remercie enfin tous ceux qui n'ont pas leurs noms cités ici et qui de près ou de loin, de façon active ou passive ont contribué à la réalisation de la présente thèse.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

IST : infection sexuellement transmissible.

OMS : organisation mondiale de la santé.

VIH : virus immunodéficience humaine.

SIDA : syndrome immunodéficience acquise.

CDC : center deaseese control, Athanta, Etats-Unis.

EV : écoulement vaginal.

DAB : douleur abdominale basse.

SIP : syndrome inflammatoire pelvien.

TV : toucher vaginal.

PCB : pomme de terre, carotte, bile.

CSRéf : centre de santé de référence.

CPN : consultation prénatale.

CPoN : consultation postnatale.

CSCOM : centre de santé communautaire.

MGG: may grum Wald giemsa.

CSLS : Cellule de coordination du comité Sectoriel de lutte contre le SIDA

INRSP : institut National pour la Recherche en Santé Publique.

SOTRAMA : Société des transporteurs du Mali.

ORTM : Office des Radios et Télévision du Mali.

EDSIII MALI : Enquête Démographique de Santé du Mali III.

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

DIU : dispositif intra-utérin

CCC : Communication pour le changement de comportement.

USAC : unité de soins d'accompagnement et de conseil.

# SOMMAIRE

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	
<b>II. OBJECTIFS DE L ' ETUDE.....</b>	
<b>III. GENERALITES.....</b>	
<b>IV. METHODOLOGIE.....</b>	
1-Lieu d'étude.....	
2-Période d'étude.....	
3- Type d'étude.....	
4- Echantillonnage :.....	
5- Recueil des données.....	
6-Communiquer pour changement de comportement.....	
8- Saisie et analyse des données.....	
<b>V. RESULTATS.....</b>	
<b>VI COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	
<b>VII- CONCLUSION et RECOMMANDATIONS.....</b>	
<b>VIII-REFERENCES.....</b>	
<b>IX- ANNEXES.....</b>	

## **I. INTRODUCTION**

L'écoulement vaginal et ou douleur abdominale basse sont des signes d'infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un problème de santé publique dans le monde en général et dans les pays en voie de développement en particulier. 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 chlamydie représentait 89 millions de cas, le trichomonas représentait 170 millions de cas [3].

L'Afrique est le continent le plus touché par les IST, qui 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 [4].

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 [5].

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

En 2002 une étude faite par center de disease control (CDC) au niveau de Bamako, Sikasso, Ségou et Mopti a estimé la prévalence de la gonococcie au cours de leucorrhées à 1% [7].

Les facteurs favorisant les IST sont de nature démographique, socio-économique, culturelle biologique et comportementale. Tous ces facteurs pourraient avoir de nombreuses conséquences sur le plan obstétrical, familial, et même affectif [7].

De nombreuses études ont mis en évidence une association hautement significative entre la présence d'IST inflammatoires ou ulcératifs et un risque d'infection par le VIH. La présence d'écoulement vaginal et ou douleur abdominale basse peuvent accroître la transmission du VIH pour deux types de raisons. Lorsqu'elles sont ulcératifs, elles ouvrent une porte d'entrée directe au VIH dans le système sanguin de la personne. Dans tous les cas, elles augmentent le nombre de globules blancs, les quels constituent à la fois une cible un réservoir du VIH dans l'appareil génital féminin. Par ailleurs l'inflammation génitale peut provoquer des coupures microscopiques pouvant permettre au VIH de pénétrer dans l'organisme. Les maladies qui provoquent une inflammation sont beaucoup plus répandues que celles causant des ulcérations génitales.

A cet effet l'OMS préconise le contrôle 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 de prise en charge 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 les symptômes d'IST. Cette approche basée sur les arguments cliniques s'impose de plus en plus.

Les experts maliens en collaborations avec leurs homologues de l'OMS 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'algorithmes en vigueur au Mali.

Ces algorithmes ont été élaborés pour la prise en charge des IST dans toutes les structures sanitaires du pays notamment celles du 1<sup>er</sup> contact avec les malades.

L'écoulement vaginal et/ou la douleur abdominale basse, 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 dermatologique 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 manifestations dermatologiques.

Beaucoup de patients consultent les centres de 1<sup>er</sup> contact ou les centres de référence à vocation gynécologique ou urologique. Ces centres de référence pratiquent peu de diagnostics étiologiques pour des raisons de coût ou de disponibilité 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 du syndrome d'EV et ou DAB dans le centre de santé de référence de la

commune IV du district de Bamako, trois ans après l'adoption des six nouveaux algorithmes au Mali.

## **II. OBJECTIFS DE L'ETUDE**

### **a. Objectif général :**

Etudier la prise en charge du syndrome l'écoulement vaginal (EV) et ou douleur abdominale basse (DAB) dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV.

### **b. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la prévalence du syndrome d'écoulement vaginal et ou douleur abdominale basse chez les femmes consultant dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV.
- Déterminer la proportion et les résultats de l'utilisation de l'algorithme écoulement vaginal et ou douleur abdominale basse par les prescripteurs.
- Identifier les obstacles à l'application de la prise en charge syndromique des cas d'écoulement vaginal et ou douleur abdominale basse dans ce service.

### **III. GENERALITES**

#### **A. Rappel anatomique :**

##### **- Vagin**

Le vagin est un organe féminin musculo-membraneux. Il se présente sous la forme d'un conduit s'étendant de la vulve au col utérin. Le sommet du vagin entoure le col utérin d'un manchon, le cul-de-sac vaginal. Son extrémité inférieure se termine chez les femmes vierges par une membrane (l'hymen). Cette membrane se déchire lors du premier rapport sexuel puis, après le premier accouchement, elle est remplacée par les Caroncules myrtiformes. Les caroncules multiformes sont des excroissances de chair. La cavité vaginale est recouverte par un épithélium fait de replis longitudinaux et transversaux, très sensibles lors de rapports sexuels, dont le rôle est également de permettre le passage de l'enfant pendant l'accouchement. A ce niveau, la glaire cervicale sécrétée permet une constante humidité et de lubrification. Cette glaire présente une consistance somptueuse et une coloration blanchâtre. Le mucus, fabriqué par le col utérin fabrique la glaire cervicale jouant un rôle important pour la pénétration des spermatozoïdes dans l'utérus.

##### **- 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 5 grammes. Il augmente donc progressivement en volume et en poids au cours

de la grossesse. Son pouvoir d'extension est grand puisqu'il atteint à terme 32 centimètres de haut et 1500grammes.

Il comporte deux parties :

- **Une partie supérieure large** appelée « corps utérin » sur le fond du quel s'implantent les trompes.
- **Une partie inférieure cylindrique, appelée** « col utérin », 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.

Le col utérin est la partie de l'utérus visible au spéculum, comprenant l'endocol et l'exocol, il se trouve au fond du vagin en avant du cul-de-sac postérieur. Au toucher vaginal on le sent sous forme d'une masse arrondie, de taille variant de 2 à 4 centimètre munie d'un orifice central.

Sous spéculum : le col est formé de deux lèvres (antérieur et postérieur). Centré par un orifice.

Utérus est tapissé intérieurement par l'endomètre riche en vaisseaux sanguins permettant la nidation de l'œuf. L'utérus devient l'organe protecteur de l'œuf.

Il contiendra aussi les annexes de l'œuf et au moment de l'accouchement son rôle est d'expulser le fœtus et ses annexes grâce à des contractions qui surviennent au moment du travail d'accouchement. Il reprend ses dimensions normales quelques jours après l'accouchement.

- **Les annexes :**

. **Les trompes**

Ce sont deux conduits musculo-membraneux qui prolongent en dehors par les cornes utérines et qui s'étendent jusqu'aux

ovaires. 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 utérin.
- ❖ 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 de 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 abdominal.

#### **. Les ovaires :**

- Ce sont des glandes génitales de la femme, au nombre de deux. Ils sont situés de chaque côté de l'utérus, fixés à lui et reliés aux trompes par des ligaments.

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

Les ovaires ont une double fonction :

Fonction externe ou exocrine (Production des ovules).

Fonction interne ou endocrine (sécrétion des hormones).

## **B. Rappel des écoulements vaginaux :**

**1) Définition :** Ce sont des pertes non sanglantes provenant de l'appareil génital : endocol, col, vagin, vestibule vulvaire. Ils motivent de nombreuses consultations gynécologiques mais leur banalité ne doit pas les faire sous-estimer. Ces écoulements peuvent survenir à différentes époques de la vie d'une femme : petite fille, femme en période d'activité génitale, et femme ménopausée.

a) Les écoulements physiologiques : Il existe à l'état normal des écoulements physiologiques, hormonodépendants, ayant une double origine :

- La desquamation vaginale : Le milieu vaginal est normalement acide (pH : 3,8 à 4,6), ce qui le protège de la plupart des infections, sauf des mycoses. Cette acidité est liée à la transformation en acide lactique du glycogène accumulé dans les cellules épithéliales, sous l'action du bacille de Doderlein et de toutes bactéries capables de formation lactique, la charge en glycogène dépendant des estrogènes.

Une desquamation vaginale excessive peut donc se voir sous la forme d'un écoulement laiteux, peu abondant, opalescent, constitué de cellules superficielles sans polynucléaires.

-La glaire cervicale : Sécrétée par l'épithélium cylindrique de l'endocol, elle est translucide, analogue au blanc d'œuf cru, cristallisant en feuille de fougère. Son abondance augmente du 8 au 15 jour du cycle chez une femme bien réglée. Très abondante lors de l'ovulation, elle peut apparaître à la vulve ou classiquement elle empêche le linge.

Toutes ces sécrétions physiologiques :

- n'entraînent jamais de troubles fonctionnels : irritation, prurit, douleurs, douleurs aux rapports sexuels,
- elles n'irritent pas : la vulve, le vagin, et le col sont normaux,
- elles ne sentent pas mauvais,
- elles ne contiennent pas de polynucléaires,
- elles ne nécessitent pas de traitement.

b) Ecoulement vaginal pathologique pathologique : est défini comme un écoulement anormal par sa couleur, son odeur et/ou son abondance. Il est parfois accompagné de prurit, d'œdème, de dysurie, de douleurs abdominales basses ou lombaires.

## 2) Facteurs favorisants :

- Facteurs hormonaux : l'hyper œstrogénique favorise l'hyperacidité donc les mycoses, de même que la grossesse. La carence œstrogénique (ménopause, fillette) favorise la multiplication des autres germes.
- Facteurs iatrogènes : Antibiothérapie, contraceptifs oraux, corticoïde, savons acides.
- Facteurs vestimentaire : slip humide, serré, en nylon

Terrains favorisants : Diabète, grossesse, immunodépression, malformation uro-génitale.

Les corps étrangers : tampons vaginaux, DIU(dispositif intra-uterin).

**C) Epidémiologie** Les facteurs favorisants 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 exposés tout particulièrement au risque de contracter une IST, à cause de la sexualité précoce et du multi-partenariat sexuel.
- Le sexe : les IST chez les femmes sont souvent asymptomatiques et traitées tardivement.

Les facteurs socio-économiques : se sont la pauvreté, les guerres, migration inter-frontalière, l'exodisme, les déplacements des populations (chauffeur, commerçants, touristes, voyages d'affaire), les professionnelles du sexe.

Les facteurs culturels : le mariage précoce, l'ignorance.

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, perversion, proxénitisme.

### **C.1. Les agents pathogènes :**

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

- *Trichomonas Vaginalis*
- *Candida albicans*
- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Gardnerella vaginalis*
- *Chlamydiae trachomatis*

#### **C.1.1. *Trichomonas vaginalis* :**

**C.1.1.a. Définition :** *Trichomonas vaginalis* est un micro-organisme flagellé eucaryote « Présence d'une membrane nucléaire » appartenant aux trichomonadidés de l'ordre des protozoaires.

**C.1.1.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 germe 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 sécrétions vaginales des 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 36 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-génitale* : 50% des femmes examinées.

En 1994 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 aigue à *Trichomonas vaginalis* chez 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 demie.

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

Monaco (1954)

Reims (1957)

Montréal (1959).

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

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

En 1957, CHAPAZ affirma devant l'académie de Médecine que la trichomonas est actuellement la maladie vénérienne la plus répandue.

En 1957, société française de gynécologie réunissait à Reims dans un symposium International non seulement Gynécologues, des Urologues, des Vénérologues, mais aussi des Epizootistes, des Gastro-entérologues, ces spécialités de disciplines différentes ont confirmé l'importance sociale des infections à trichomonas, la nécessité de recherche et de traiter les partenaires et d'étudier cette infestation en tant que maladie vénérienne.

#### **C.1.1.c. Morphologie :**

Connue seulement sous forme végétative comme *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.

#### **C.1.1.d. Habitat :**

Cosmopolite, également répandu sous tous les climats, il peut atteindre jusqu'à 50% des femmes et détermine souvent des troubles importants. C'est presque toujours une infection 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. *Pentrichomonas hominis* (*intestinalis*) 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.

#### **C.1.1.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.

#### **C.1.1.f. Mode de contamination**

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

Il existe aussi des possibilités de contamination 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.

#### **C.1.1.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 sur quatre en âge d'activité génitale a été, est ou sera atteinte :

En France : 7-12% des femmes consultant

Danemark : 40%

Aux USA, la fréquence varie de 20% chez les femmes en « bonne santé » à plus de 30% chez les femmes consultant

En Afrique : 20-25%

Au Sénégal : 21,7%

Au Kenya : 34%[10] .

Au Mali une étude menée par Keïta A. a trouvé 28,57% des cas de vulvo-vaginite en 1981 [9]. Celle de Traoré S. en 1994 a trouvé 44% [11].

#### **C.1.1.h. Caractères cultureux :**

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

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

#### **C.1.1.i. Etude clinique :**

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

#### **C.1.1.j. Période d'incubation :**

Demeure souvent impossible à préciser ou 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.

#### **C.1.1.k. La période d'état :**

A l'interrogatoire : on note essentiellement :

Des leucorrhées abondantes verdâtres avec de fines bulles mousseuses, d'odeur âcre ; des brûlures vaginales ; d'une dyspareunie

Troubles urinaires à type de brûlures à la miction, pollakiurie

A l'examen physique :

La vulve est rouge, piquetée, c'est la vulvite

Le vagin à l'examen sous spéculum présente un aspect inflammatoire de type catarrhal avec une muqueuse rouge vive, des plis épaissis et qui présentent un aspect framboisé bien particulier.

Le col à l'examen sous spéculum est rouge vif parsemé de points rouges très fins

L'étude colposcopique après application du lugol met en évidence cette colpite : Sur le fond brun apparaissent des points blancs (aspect en ciel étoilé)

Parfois des taches de grand diamètre, arrondies à contours flous correspondant à des îlots lymphoïdes.

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

#### **C.1.1.1. Méthodes de diagnostic :**

➤ Prélèvement :

• Conditions de prélèvement :

Dans les 48 heures qui précèdent l'examen, la patiente ne devra effectuer aucune toilette intime et n'avoir aucune relation

sexuelle. En position gynécologique, les prélèvements seront effectués à la vue sous 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 parasite 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 terminé par une sorte d'éperon (prolongement de l'axostyle) et longé par une membrane ondulante animée de mouvements 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 :**

**Le milieu utilisé :**

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°, ajouter au moment de l'emploi 2ml de sérum de cheval, 1000 unités de pénicilline et 1000 microgrammes de streptomycine par ml de milieu.

**Ensemencement :**

Le tube sera chauffé par un séjour de 15 minutes à 37°C et milieu sera directementensemencé au moyen de la spatule de bois qui permet de laisser une partie de l'exsudat vaginal dans le milieu où, sinon 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 et lamelle, si ce premier examen est négatif, le renouveler 3 jours plus tard.

### **C.1.2. *Candida Albicans* :**

**C.1.2.a. Définition :** le candida albicans est une levure

(Champignons avalaire se reproduisant par division binaire et par bourgeonnement). Le genre candida rassemble près 100 espaces mais seulement une douzaine est observée en pathologie humaine. Le candida albicans est le plus fréquemment rencontré dans les affections uro-génitales.

### **C.1.2.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 pathogenicité 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 identifièrent les espèces suivantes :

*Candida albicans* 44%

*Candida stelloïde* 43,7%

*Candida tropicalis* 1,3%

*Candida parakruessei* 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.1.2.c. Morphologie :**

Dans les prélèvements pathologiques, les *Candida 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.

#### **C.1.2.d. Habitat :**

Répandue dans tout le monde habité, les *Candida* 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, levure saprophyte stricte du digestif, le

candida dans toute autre localisation doit être considérée comme pathogène.

#### **C.1.2.e. Pouvoir pathogène :**

Le candida albicans est l'espèce la plus pathogène, mais toutes les souches semblent avoir un potentiel.

Pathogénie.

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.

#### **C.1.2.f. Mode de contamination :**

La contamination peut être :

Endogène à partir des réservoirs digestifs et cutaneo-muqueux due au contact 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 souillés.

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.

#### **C.1.2.g. Circonstances favorisantes :**

- Thérapeutiques favorisantes :

Corticoïdes : Par voie générale, par leur action inhibitrice sur les défenses de l'organisme en favorisant la surinfection microbienne ou candidosique en perturbant le métabolisme glucidique.

Antibiothérapie

Hormonothérapie

Traitement par Immunodépresseur, antimétabolite et la radiothérapie.

• Terrains prédisposants :

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 présente une candidose vaginale pendant la grossesse.

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

• Autres facteurs : microtraumatisme, Conditions d'hygiène précaire, utilisation prolongée des savons acides, DIU, l'insuffisance thyroïdienne et l'immunodépression acquise (lymphosarcome, maladie de Hodgkin, SIDA)

#### **C.1.2.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% des candidas albicans [13]. 75% des femmes présentent au moins une fois de mycose vaginale au cours de leur vie, 25% des femmes asymptomatiques sont porteuses vaginales de candida albicans et 25% des partenaires des femmes atteintes de mycose vaginale sont porteuses de candida albicans[14]. C'est tiré l'attention sur la très grande fréquence des vaginites à candida albicans.

#### **C.1.2.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 chlamydospores.

Sur sérum à 37°C pendant 3 heures, on obtient des filamentation. On note la fermentation des sucres (auxanogramme) et l'assimilation des substances azotées (zymogramme).

#### **C.1.2.j. Etude clinique :**

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

Prurit vulvaire intense et permanent

Brûlures vaginales provoquant une dyspareunie

Leucorrhées abondantes, blanchâtres crémeuses

Dysurie est fréquente.

A l'examen :

La vulve est rouge violacée, œdémateuse présentant parfois des petites lésions aphtoides ou en crevasses des aspects papuloérosifs syphiloïde et même des indurations nodulaires ont été décrites.

Souvent la muqueuse vaginale présente un aspect de muguet (granulation 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.

Méthodes de diagnostic :

Le diagnostic se fait de deux manières

- Diagnostic direct ou bactériologique :

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 chlamydospores. La détermination de la souche de levure isolée au myogramme, antibiogramme se révèle utile dans le cas des candidoses vaginales rebelle ou récidivantes.

Diagnostic indirect : par la recherche d'anticorps n'a pas d'intérêt pour les mycoses superficielles.

### **C1.3. Neisseria gonorrhoeae :**

**C.1.3.a. Définition :** Les gonocoques sont des cocci à gram négatif, aérobies stricts souvent réniformes ou en paire.

**C.1.3.b. Historique :**

La gonorrhée d'origine grecque, il est de Galien (121-210 avant J.C) et signifie un « écoulement de semence ». La blennorragie apparaît dans les écrits de SWEDIAUR (1784). Il est 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, confirma la découverte de Neisser.

### **C.1.3.c. Caractères bactériologiques :**

#### C.1.3.c.1. Habitat :

Le gonocoque est un germe pathogène retrouvé chez l'homme au niveau des muqueuses et des sous-muqueuses. Le site principal 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.

#### C.1.3.c.2. Morphologie :

Les gonocoques se présentent sous l'aspect de diplocoque en grain de café dont chaque élément mesure environ 0,7 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 aigu, les germes sont à la fois extra et intracellulaires.

#### C.1.3.d. Caractères cultureux et biologiques :

Les cultures sont assez délicates nécessitant des milieux enrichis en atmosphère humide avec 10% de CO<sub>2</sub>, à la température optimum de 37°, un pH optimal de 7.

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

#### C.1.3.e. 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, cutanéomuqueuses, il est responsable de blennorragie masculine et féminine.

#### C.1.3.f. Pouvoir de contamination :

C'est nécessairement par contact direct lors des rapports sexuels que se fait la contamination.

La contamination de Mère à l'enfant pendant la grossesse.

La gonococcie est la plus vieille maladie vénérienne.

#### C.1.3.g. Fréquence :

D'après SIBOULET et COULAUD J.P. [15] :

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 a estimé à 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 gonococcie est très approximative. En 1986, d'après l'OMS, dans certains pays d'Afrique, l'incidence de la gonococcie se

situait entre 3.000 et 10.000 nouveaux cas pour 100.000 habitants.

Chez les prostituées, la prévalence se situe entre 4 et 31% en Amérique latine ; 8,5% en Asie ; 20 51% en Afrique [10].

Au Kenya 7% [16].

Au Mali, TALL a trouvé en 1988 32,86%[16] ; KOUMARE B en 1990 34,28% [17].

#### **C.1.3.h. Etude clinique :**

La gonococcie est la reine des infections à transmission vénérienne. Spectre des amours juvéniles et militaires, l'infection faisait des ravages tant au niveau des urèthres masculins (rétrécissement urétral) qu'au niveau des trompes féminines (salpingites). C'est une infection redoutable par ses séquelles et ses complications chez l'homme ainsi que chez la femme. L'incubation chez l'homme est de 3 jours, chez la femme plus difficile à préciser puisque souvent asymptomatique, elle se situe entre 2 à 7 jours. Cette période est contagieuse ce qui est important lors de l'enquête épidémiologique.

Le début des symptômes étant discret passe souvent inaperçu, la femme vient consulter parce que les symptômes ont été trouvés chez le partenaire sexuel. Exceptionnellement, l'infection prend un caractère aigu, flambée classique des jeunes mariés avec dysurie, dyspareunie, douleurs au niveau des fosses iliaques, congestion vulvaire, des leucorrhées abondantes banales mais persistantes.

L'examen gynécologique précise l'existence d'une vulvo-vaginite, parfois d'une bartholinite, d'une uréthro-skinite. La vaginite est caractérisée par un aspect framboisé de la muqueuse vaginale

saignante facilement au contact. Les leucorrhées jaunes ou purulentes, le début est sournois. La gonococcie se manifeste par une sensation des brûlures à la miction, méat urétral est normal en général. Cette atteinte urétrale est extrêmement fréquente et on a souvent la surprise au cours de l'examen gynécologique de faire sourde une goutte de pus 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 œufs 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 chlamydiaes.

L'infection peut se propager sous deux modes : par ascension cervico-vaginale 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 patiente a une fièvre (38-38°5) et troubles du transit (vomissements, constipation).

L'interrogatoire révèle la présence de l'écoulement vaginal et douleur pelvienne ; à la palpation abdominale, on note une défense voire une contracture. Au TV, la mobilisation du col ainsi que les culs-de-sac de Douglas

Les épreuves biologiques montrent une hyperleucocytose 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 et que l'on retrouve à la coéloscopie une obstruction tubaire.

#### **C.1.3.i. 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, prélèvement des sécrétions uréthro-prostatiques, le pus urétral, spermoculture 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) montera des diplocoques à gram négatif intraleucocytaires mais aussi extraleucocytaires.

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 CO<sub>2</sub>. L'identification biochimique : réaction d'oxygène positive, fermentation du glucose et non le maltose, le saccharose et le lévulose.

#### **C.1.4. *Gardnerella vaginalis* :**

**C.1.4.a. Définition :** le *Gardnerella vaginalis* est un coccobacille à gram négatif, parfois polymorphe, mobile non capsulé.

#### **C.1.4.b. Historique :**

Isolé par Léopold 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 « *Haemophilus 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.1.4.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 Döderlein) et la prolifération isolée ou associée d'agents pathogènes très divers (*Gardnerella vaginalis*, germes anaérobies vibrions, mycoplasmes), l'absence de polynucléaire, 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 patientes. Les infections à Gardnerella vaginalis constituent 10-15% de l'ensemble des vaginoses bactériennes [18]

#### **C.1.4.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 spécifiques. 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 désagréable odeur appelée par les Anglo-saxons « mal odeur vaginal » qui se manifeste par une permanence ou ponctuellement après les rapports sexuels, durant les règles, ou en période ovulatoire.

Sous spéculum, les leucorrhées sont filantes, glaireuses, adhérant aux parois vaginales tapissant uniformément la muqueuse vaginale non érodée d'une pellicule grisâtre –le pH =5, le test olfactif détecte la mal 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.

#### **C.1.4.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.

#### **C.1.5. Infections génitales à *Chlamydia trachomatis* :**

Les chlamydias sont de minuscules bactéries de forme généralement coccoïde mesurant 0,3 à 0,4 µm 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% [19]. Les infections provoquées par *chlamydia trachomatis* entraînant des complications redoutables.

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 [20].

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 : Pouvant être à l'origine d'obturation tubaire entraînant une stérilité définitive lorsqu'elle est bilatérale.

Périhepatites et péritonites.

Conjonctivite à chlamydia :

La chlamydie oculaire survient entre le 5<sup>em</sup> et le 14<sup>em</sup> jour après la naissance. L'enfant se contamine au passage de la filière génitale. Elle débute par un écoulement oculaire et un œdème palpébral inférieur. L'atteinte est souvent unilatérale au début, puis devient bilatérale.

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 fistulisation formant le bubon [21].

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

### **Diagnostic :**

#### ➤ **Diagnostic direct :**

Comme toutes les affections d'origine bactérienne, le diagnostic repose sur un examen direct du frottis après coloration.

Les frottis sont 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 micro 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 chlamydienne. Celle-ci est repérée au microscope à UV par sa fluorescence verte caractéristique.

➤ **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'ornitose psittacose.

Immuno-enzymologie : l'ELISA :

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.

## **C.2. Modes de transmission des IST :**

L'EV et/ou DAB sont des signes d'IST qui se transmettent singulièrement par voie sexuelle (vaginale ou anale) mais aussi la transmission pendant la grossesse (mère à l'enfant) ou pendant l'accouchement ou pendant la transfusion ou autres contacts avec le sang ou les produits sanguins.

Comportements influençant la transmission des IST :

\*Changement récent de partenaire

\*Avoir plus d'un partenaire sexuel

\*Avoir un partenaire qui a d'autres partenaires

\*Avoir des rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels ou des professionnelles du sexe.

\*Continuer d'avoir des relations sexuelles non protégées alors qu'on présente des symptômes d'IST.

\*Un traitement inapproprié.

\*Ne pas traiter les partenaires sexuels.

## **D. Les infections génitales :**

### **D.1.1. Infections basses :**

#### **D.1.1.a. Vaginite :**

**D.1.1.a.a. Définition :** c'est une inflammation des parois vaginales.

#### **D.1.1.a.b. Symptômes :**

Elle est caractérisée par des leucorrhées, un prurit vulvaire, une dyspareunie, des brûlures mictionnelles, une dysurie, un érythème vulvo-vaginal, vulve oedématiée.

L'aspect des leucorrhées oriente vers une étiologie [53]

Leucorrhées	Agents pathogènes
Blanchâtre, caillebotées, épaisse	Candida albicans
Verdâtre, abondante, mousseuse, odeur âcre, brûlures vaginales	Trichomonas
Malodorante, odeur de « poisson pourri », grisâtre	Gardnerella vaginalis
Jaunâtre, purulente, très souvent asymptomatique	Gonocoque
Sanguinolente	Chlamydia Trachomatis

#### **D.1.1.a.c. Les étiologies :**

- Vaginite à candida albicans : Environ 70% des femmes présentent une vaginite à candida durant leur vie [15].
- Vaginite à Gardnerella vaginalis : Représente environ 50 à 60% des infections vaginales.
- Vaginite à trichomonas vaginalis : Constitue 10% des infections vaginales.

#### **D.1.1.a.d. Evolution et complication de la vaginite :**

La vaginite présente peu de complications, sauf si elle est causée par le gonocoque ou la chlamydiae.

Les complications possibles sont : la salpingite, la grossesse extra-utérine, la stérilité, l'avortement etc.

#### **D.11.a.e. Traitement :**

On donne:

Le métronidazole comprimé dosée à 250mg, 2 comprimés matin et soir après les repas pendant 7 jours.

Chez la femme enceinte la métronidazole ovule pendant 10 jours.

La consommation de l'alcool est déconseillée pendant la prise du métronidazole associée à la nystatine comprimée gynécologique dosée à 100000 UI une fois/jours pendant 14 jours ou la

Clotrimazole 200mg comprimé gynécologique une fois par jour pendant 3 jours ou une dose unique de clotrimazole 500mg ou la clotrimazole crème une application/jours le soir au coucher pendant 7jours.

Expliquer à la patiente la nécessité d'une bonne observance du traitement, informer, éduquer, conseiller la patiente sur les IST et traiter le(s) partenaire(s) partenaire(s) sexuel(s).

#### **C.1.1.b. Cervicite:**

**C.1.1.b.a. Définition de Cervicite :** C'est une inflammation infectieuse du col utérin.

#### **C.1.1.b.b. Manifestation clinique :**

Elle se manifeste par un écoulement purulent, saignement post coïtal, dyspareunie.

Examen sous spéculum : Retrouve un col rouge avec écoulement purulent ou hémorragique.

**C.1.1.b.c. Complications et Evolution :** la grossesse extra-utérine, la stérilité, l'endométrite, le pyosalpinx, l'abcès du

douglas, la perihepatite, l'avortement, l'accouchement prématuré et l'infection congénitale.

#### **C.1.1.b.d. Traitement :**

On donne :

Soit La ciprofloxacine 500 mg un comprimé en prise unique ou Chez la femme enceinte, allaitante, adolescente le cefixime 400mg un comprimé en prise unique ou ceftriaxone 250mg injectable, une seule dose en intramusculaire. Associé à la doxycycline 100mg 1comprimé matin et soir pendant 14 jours au cour des repas ou Chez la femme enceinte ou allaitante on donne l'érythromycine 500mg 4 fois par jour pendant 7 jours.

C.1.2. Infections génitales hautes :

#### **C.1.2.1. Syndrome Inflammatoire Pelvien (SIP) :**

**C.1.2.1.a. Définition :** C'est une inflammation de l'utérus, des annexes et ou des tissus avoisinants.

Le terme de syndrome inflammatoire pelvien (ou atteinte inflammatoire pelvien) 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 atteignant l'utérus, les trompes, les ovaires et généralement causée par le Gonocoque ou les Chlamydiaes.

#### **C.1.2.1.b. Manifestations cliniques du SIP :**

- **Signe fonctionnel :** Douleur abdominale, pelvienne plus ou moins intense avec parfois irradiation lombaire ou ano-perinéale.
- **Signes généraux :** Fièvres ou frisson
- **Signe physique :** Douleur à la palpation.

A l'examen sous spéculum on retrouve le vagin et le col rouges, un écoulement purulent à travers le col utérin.

Au TV : on retrouve un utérus de taille normale douloureux à la mobilisation, un empâtement du cul de sac latéro-utérin droit ou gauche, des annexes parfois difficile à examiner 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 sous spéculum plus une température supérieure ou égale à 38°C et ou une douleur à la mobilisation du col.

**C.1.2.1.c. Complication et Evolution du SIP :** En absence du traitement, il évolue vers des complications redoutables à savoir la grossesse extra-utérine, la stérilité, la péritonite, le pyosalpinx, l'abcès du douglas, la septicémie et le décès.

**C.1.2.1.d.Traitement du SIP :**

. **Ciprofloxacine 500mg :** 1 comprimé en prise unique.

Chez l'adolescente ou femme enceinte ou allaitante on donne 400 mg de Cefixime per os, en une prise unique ou Ceftriaxone injectable 250 mg en dose unique. Doxycycline 200mg per os en deux prises pendant 14 jours au cours des repas.

Métronidazole 250 mg 2 comprimés matin et soir pendant 14 jours au cours des repas.

La différence entre EV « vaginite » et EVC « cervicite » se résume comme suit [55] :

<p><b>Vaginite :</b>  causes : la trichomonose, la candidose et la vaginose bactérienne  Diagnostic facile  Cause plus courante de l'écoulement vaginal</p>	<p>Cervicite :  Causes ; Chlamydiose et la gonococcie  Diagnostic difficile  Complications importantes  Cause moins courante de l'écoulement vaginal</p>
---	--

## **IV. METHODOLOGIE**

### **1. Lieu d'étude :**

L'étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako ; l'un des six centres de référence du district de Bamako. Il faut noter que la ville de Bamako, capitale de la République du Mali, est composée de six communes dotées chacune d'un centre de référence de deuxième niveau. Le Mali est un pays continental situé en Afrique de l'Ouest, entouré du Burkina, de la Côte d'Ivoire, du Niger, de l'Algérie, du Sénégal, de la Mauritanie, et de la Guinée.

#### **1.1. Historique de la commune IV :**

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako qui selon la tradition orale a été créée vers le 17<sup>e</sup> siècle par les NIAKATES sur la rive gauche du fleuve Niger et s'est développée au début d'Est en Ouest entre le cours d'eau WOYOWAYAKO et BANKONI.

Le plus ancien quartier LASSA fut créé vers 1800 en même que Bamako et plus récent SIBIRIBOUGOU en 1980.

La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et régie par les textes officiels suivants :

L'ordonnance N° 78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des communes,

La loi N° 95-008 du 11 février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ;

La loi N°95-034 du 22 avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

#### **1.2. Données géographiques**

La commune IV couvre une superficie de 37,68 km<sup>2</sup> soit 14,11% de la superficie du district.

Elle est limitée :

A L'Ouest par la limite Ouest du district qui fait frontière avec le cercle de Kati ; à l'est et au nord par la partie Ouest de la commune III; au Sud le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source pus CIV Mars 2001).

### **1.3. Données sociodémographiques :**

La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV et des ressortissants d'autres pays.

La commune représente 17 % de la population totale de Bamako et 2 % de la population totale du Mali. La population totale de la commune IV, en 2003 était estimée à 213653 habitants dont 51 % sont des hommes et 49 % des femmes.

Le quartier de Lafiabougou est le plus peuplé avec 72862 habitants, le moins peuplé est celui de Lassa avec 1673 habitants.(source PUS CIV Mars 2001).

### **1.4. Les structures sanitaires :**

❖ Structures communautaires de premier niveau :

ASACOSEK ; ASACOLAI ; ASACOLAB5 ; ASACOLAI ; ASCODIP ; ASACOLABASAD ; ASACOSEKASI ; ASACODJENEKA ; Maternité René Cissé d'Hamdallaye ; ASACOHAM.

❖ Structures communautaires de deuxième niveau : au nombre de vingt trois : Cabinet Stomadent ; cabinet Molo ; cabinet Bien être ; clinique Serment ; cabinet Maharouf ; cabinet Moctar Théra ; clinique Lac Télé ; clinique Kabala ; cabinet Faran Samaké ; cabinet Tati ; clinique Lafia ; clinique Fraternité ; cabinet Yeelen ; CMCR Pasteur ; Santé plus ; cabinet Diassa

Missa ; clinique Croix du sud ; cabinet Jigi ; cabinet Mande keneya ; clinique Efficac Santé ; Hôpital le Luxembourg ; clinique Héral d'Iran ; clinique Eurêka.

#### **1.5. Le centre de santé de référence de la commune IV.**

Le centre de santé de référence de la commune IV est situé en plein cœur de la commune à Lafiabougou. Ce centre d'abord PMI (protection maternelle et infantile) à sa création (en 1981) est érigé en CSRéf en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

Le centre comporte plusieurs services :

Un service de médecine générale,

Un service de chirurgie,

Un service d' O R L,

Un service de pédiatrie,

Un service d'ophtalmologie,

Un service de DAT,

Un service de consultation prénatale et de planification familiale,

Un cabinet d'odontostomatologie,

Un laboratoire d'analyse,

Une pharmacie,

Un service de CPN et de PF,

Un service de gynécologie et d'obstétrique

Un service de USAC

Une morgue.

#### **1.6. La maternité :**

Elle dispose de deux blocs séparés par une allée.

Le premier comporte :

A l'entrée, à droite la salle d'accouchement, équipée de deux tables d'accouchements,

A gauche la salle de suite de couches, jouxtée par le bureau de la sage femme maîtresse, qui fait face à la salle de garde des sages femmes, au milieu à droite le bureau du major du bloc, jouxtée par la salle de réveil et faisant face à la salle de préparation, au fond les deux blocs opératoires, septique et aseptique, séparés la salle de stérilisation.

Le second est composé de huit (8) salles dont sept pour l'hospitalisation et une servant le bureau du major de l'hospitalisation. Cinq de sept salles d'hospitalisation sont équipées de quatre lits chacune, les autres salles sont équipées de deux lits avec douche interne servant de VIP.

#### 1.7. Personnel du centre de santé de référence de la commune

Le CSRéf CIV emploie :

- un médecin gynécologue obstétricien, qui est le médecin chef du centre,
- un médecin ophtalmologiste,
- un chirurgien généraliste,
- deux médecins généralistes,
- vingt sages femmes,
- sept anesthésistes réanimateurs, dont :

2 Médecins

5 infirmiers

- trois infirmiers d'Etat,
- deux techniciens supérieurs de laboratoire,
- deux techniciens supérieurs en odontostomatologie,
- dix aides-soignants,

- une gérante de pharmacie,
- quatre manœuvres,
- trois chauffeurs,
- deux comptables.

Les activités du CSRéf CIV :

Les CPN et post natales

Les accouchements et les urgences gynéco obstétricales

Les consultations de planification familiale

Les suivis des malades hospitalisés

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-stomatologiques

Les consultations externes des malades (médecine interne)

## **2. Période de l'étude :**

L'étude s'est déroulée du 01 janvier 2006 au 01 juillet 2006.

## **3. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive basée sur l'observation, l'interrogatoire, examen gynécologique, l'application de la prise en charge syndromique.

## **4. Echantillonnage :**

### **4.1. Population d'étude**

La population d'étude était constituée par l'ensemble des patientes consultant dans le service de gynécologie obstétrique

du CSRéf CIV de Bamako, durant la période d'étude. Nombre : 204)

#### **4.2. Critère d'inclusion :**

Notre définition de cas était toute femme consultant pour écoulement vaginal et ou douleur abdominale basse et/ou observés lors de l'examen et ayant donné son consentement à l'étude.

#### **4. 3. Critere d'exclusion :**

\*Refus de participer à l'étude.

\*Toute femme ne consultant pas pour écoulement vaginal et ou douleur abdominale basse,

\*douleur abdominale basse associée à :

Un retard des règles ou grossesse

Un Accouchement ou avortement récent

Une masse pelvienne

Une défense abdominale

Un saignement génital.

#### **5. Recueil des données:**

Un questionnaire constitué de différentes variables a été élaboré, corrigé et pré testé avant d'être appliqué aux patientes par les prescripteurs formés de ce centre.

Le travail a été réalisé dans deux salles : Salle de consultation externe et celle de consultation prénatale. Chaque salle était équipée d'une aération suffisante, de matériels (spéculum, gant), d'un paravent, d'un seau d'eau de décontamination et d'affiche des algorithmes. Au cours de l'enquête les questions ont été posées en bambara ou en français et parfois l'aide d'un interprète était sollicité.

L'enquêteur était chargé d'observer les prescripteurs dans toutes les étapes de la prise en charge.

Ces étapes étaient :

- l'interrogatoire précise les caractères sociodémographiques et matrimoniaux ; les caractères de l'écoulement vaginal et de DAB ; la présence des signes d'accompagnements : la dyspareunie, le prurit, dysurie, brûlures mictionnelles ou vaginales et le nombre de partenaires sexuels.

- l'inspection de la région ano-vulvaire précise l'état de la peau et de la muqueuse : congestion, oedème, lésions de grattage. On recherche particulièrement une rougeur localisée ou un écoulement purulent au niveau de l'urètre, des glandes de Skene ou de Bartholin.

- La palpation précise une sensibilité abdomino-pelvienne basse.

- L'examen du vagin et du col entre les valves du spéculum précise les caractères de l'écoulement et l'état de la muqueuse : rose ou au contraire rouge vif, congestive, et permet de rechercher d'autres lésions

- Le Toucher vaginal (TV) qui permet d'apprécier les annexes, on notera :

Si la mobilisation de l'utérus est douloureuse,

Si l'utérus est fixe ou mobile,

Si les annexes sont empâtées ou douloureuses.

En retirant le doigt du vagin, on n'oubliera pas de masser d'arrière en avant la zone sous-uretrale pour essayer de faire soudre une goutte de pus de l'urètre ou des glandes de Skene.

- les examens complémentaires étaient demandés ou non

- le diagnostic était posé selon l'approche syndromique, étiologique ou clinique.
- traitement était soit syndromique, étiologique ou clinique.
- **CCC** : promouvoir l'utilisation du préservatif et observation des mesures d'hygiène ont été conseillées.

#### **5. Saisie et analyse des données :**

Les données ont été saisies et analysées au logiciel Epi Info.6.

## **V RESULTATS**

Notre étude a portée sur un échantillon de 204 patientes sélectionnées parmi les 1908 consultantes dans le service gynécologique et obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV et présentant le syndrome écoulement vaginal et ou douleur abdominale basse soit 10,7%.

**Tableau I** : répartition des patientes en fonction du nombre de cas recueilli par moi.

Mois	Effectif absolu	Pourcentage (%)
Janvier	50	24,51 %
Février	24	11,76 %
Mars	73	35,78 %
Avril	20	9,80 %
Mai	13	6,37 %
Juin	24	11,76 %
Total	204	100 %

Le taux le plus élevé a été observé au mois de mars avec 35,51 % (73/204).

**Tableau II** : répartition des patientes en fonction de l'âge.

TRANCHE D'AGE	EFFECTIF ABSOLU	POURCENTAGE
5-15	5	2,5 %
16-24	85	41,7 %
25-34	75	36,8 %
35-44	33	16,2 %
45 et plus	6	2,8 %
TOTAL	204	100 %

les tranches d'âge de 16-24 et 25-34 ans ont représenté respectivement 41,7% et 36,8% de 5ans et 50 ans. L'âge moyen était de 28ans

**Tableau III** : répartition des patientes en fonction de l'ethnie.

ETHNIE	FREQUENCE	POURCENTAGE
Bambara	59	28,9 %
Malinké	42	20,6 %
Peulh	34	16,7 %
Kassonké	10	4,9 %
Sarakolé	29	14,2 %
Sonrhaï	11	5,4 %
Sénoufo	5	2,5 %
Dogon	2	1,0 %
Autres	12	6 %
TOTAL	204	100 %

Autres : Samogo, Somono, Mossi, Arabe, Oulof, Minianka, Maure, kakolo

Les Bambara ont représenté 28,9 % (59/204) des cas..

**Tableau IV** : Répartition des patientes en fonction de la profession.

PROFESSION	FREQUENCE	POURCENTAGE
Ménagère	114	55,9 %
Fonctionnaire	18	8,8 %
Etudiante/Elève	38	18,6 %
Commerçante	25	12,3 %
Artisane	4	2 %
Autre	5	2,5 %
TOTAL	204	100 %

Les ménagères ont représenté 55,9 % (114/204) dans la population d'étude.

**Tableau V** : Répartition des patientes en fonction de la provenance.

PROVENANCE	FREQUENCE	POURCENTAGE
Lafiabougou	70	34,3 %
Hamdallaye	40	19,6 %
Djicoroni-para	29	14,2 %
Sebenikoro	18	8,8 %
Lassa	3	1,5 %
Talico	6	2,9 %
Hors commune	38	18,6 %
TOTAL	204	100 %

Parmi les 204 patientes, 91,4%(116/204) venaient de la commune IV avec une fréquence élevée pour le quartier de lafiabougou.

**Tableau VI : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.**

STATUT MATRIMONIAL	FREQUENCE	POURCENTAGE
Mariée	132	64,7 %
Célibataire	54	26,5 %
Veuve	8	3,9 %
Divorcée	10	4,9 %
TOTAL	204	100 %

Les femmes mariées ont été statistiquement plus représentées avec 64,7%(132/204) que les autres ( $p=0.000000$ ).

**Tableau VII :** Répartition des patientes selon le régime matrimonial.

REGIME	FREQUENCE	
MATRIMONIAL		
Monogamie	102	77,3 %
Polygamie	30	22,7 %
TOTAL	132	100 %

Plus de la moitié des femmes vivaient sous régime monogamie avec une différence statistique hautement significative ( $p=0.00000$ ).

**Tableau VIII :** Répartition des patientes selon le niveau de scolarisation

NIVEAU	FREQUENCE	POURCENTAGE
non Scolarisées	90	44,1 %
Primaire	61	29,9 %
Secondaire	38	18,6 %
Supérieur	15	7,4 %
TOTAL	204	100 %

Les femmes non scolarisées ont représenté 44,1 %(90/204).

**Tableau IX :** Répartition des patientes selon antécédent des symptômes d'IST au cours des deux années antérieurs.

ATCD d'IST	symptôme	FREQUENCE	POURCENTAGE
EV prurigineuse		70	34,3%
DAB		20	9,8%
Brûlure vaginale		30	14,7%
dyspareunie		30	14,7%
Association symptôme		54	26,5%
TOTAL		204	100%

Plus de la moitié des femmes soit 62.3% ont eu au moins un ATCD d'IST au cours des deux années passées.

**Tableau X** : Répartition des patientes selon la présence du syndrome d'écoulement vaginal et/ ou douleur abdominale basse

EV/ DAB	FREQUENCE	POURCENTAGE
EV seul	101	49,5%
DAB seule	30	14,7%
ASSOCIATION	73	35,8%
TOTAL	204	100%

L'association EV et DAB a été retrouvé dans 35,8%.

**Tableau XI** : Répartition des patientes selon le diagnostic sur la grossesse.

Grossesse/ Diagnostic	FREQUENCE	POURCENTAGE
Vaginite	25	83,3%
Cervicite	5	16,7%
TOTAL	30	100%

La vaginite sur grossesse a représenté 83,3%

**Tableau XII** : Répartition des patientes selon les lésions observées au niveau de la vulve.

LESIONS OBSERVEES	FREQUENCE	POURCENTAGE
Condylome	6	46,1%
Vésicule	2	15,4%
Lésions de grattage	5	38,5 %
TOTAL	13	100 %

Le condylome vulvaire a été observé chez 46,1%(6/13) .

**Tableau XIII** : Répartition des patientes selon le comportement sexuel.

COMPORTEMENT SEXUEL	FREQUENCE	POURCENTAGE
Aucun	21	10,3 %
Sans réponse	34	16,7 %
Fixe	39	19,1 %
Multiple	110	53,9
TOTAL	204	100 %

53,9%(110/204) avaient des partenaires sexuels multiples.

**Tableau XIV** : Répartition des patientes selon leur niveau de connaissance de l'utilité du préservatif

IMPORTANCE PRESERVATIF	DU FREQUENCE	POURCENTAGE
Protection IST	50	24,5 %
Contraception	102	50 %
Les deux	30	14,7 %
Sans réponse	22	10,8 %
TOTAL	204	100 %

le préservatif comme moyen de prévention contre IST, était connu par 24,5% seulement de nos patientes.

**Tableau XV :** Répartition des patientes selon l'usage du préservatif lors de rapport occasionnel.

USAGE PRESERVATIF	DU FREQUENCE	POURCENTAGE
Jamais	90	81,8 %
Temps en temps	13	11,8 %
Toujours	4	3,6 %
Sans réponse	3	2,8 %
TOTAL	110	100 %

81,8% de nos patientes n'ont jamais utilisé le préservatif.

**Tableau XVI :** Répartition des patientes selon le traitement antérieur.

TRAITEMENT ANTERIEUR	FREQUENCE	POURCENTAGE
Oui	110	53,9 %
Non	94	46,1 %
TOTAL	204	100 %

Traitement antérieur a été réalisé chez 53,9%(110/204) des cas.

**Tableau XVII :** Répartition des patientes selon le type de traitement antérieur reçu.

TYPE DE TRAITEMENT Reçu	FREQUENCE	POURCENTAGE
Médical	28	25,5 %
Traditionnel	73	66,4 %
Automédication	9	8,2 %
TOTAL	110	100 %

25,5%(28/110) de nos patientes ont fait au moins un traitement médical antérieur.

.

**Tableau XVIII** : Répartition des patientes selon le nombre des examens complémentaires demandés.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES DEMANDES	FREQUENCE	POURCENTAGE
Oui	34	16,7 %
Non	170	83,3 %
TOTAL	204	100 %

Les examens complémentaires ont été demandés chez 34 patientes soit 16,7 % des cas.

**Tableau XIX** : Répartition des patientes selon la nature des examens complémentaires.

Nature des EC	FREQUENCE	POURCENTAGE
Prélèvement vaginal	16	47,1 %
Sérologie HIV	4	11,8 %
Sérologie chlamydiae	8	23,5 %
Autres	6	17,6 %
TOTAL	34	100 %

Autres : ECBU, FROTTIS CERVICAUX

Les prélèvements vaginaux représentaient 47,1 % des examens complémentaires demandés.

**Tableau XX :** Répartition des patientes selon la réalisation des examens complémentaires.

EXAMENS COMPLEMENTAIRE S	FREQUENCE	POURCENTAGE
Effectués	15	44,1 %
Non effectués	19	55,9 %
TOTAL	34	100 %

Parmi les examens complémentaires demandés 44,1 % ont été effectués par les patientes.

**Tableau XXI :** Répartition des patientes selon le résultat des prélèvements vaginaux.

RESULTATS	FREQUENCE	POURCENTAGE
C. albicans	4	44,4 %
G. vaginalis	1	11,1 %
T. vaginalis	1	11,1 %
Autres	3	33,3 %
TOTAL	9	100 %

*Candida Albicans* était la plus représentée avec 44,4%(4/9).

**Tableau XXII** : Répartition des patientes selon le résultat du HIV.

RESULTATS	FREQUENCE	POURCENTAGE
Positif	1	50 %
Négatif	1	50 %
TOTAL	2	100 %

Ce tableau montre 1 cas sur les deux résultats de HIV était positif.

**Tableau XXIII** : Répartition des patientes selon les résultats du chlamydiae.

RESULTATS	FREQUENCE	POURCENTAGE
Positif	3	75 %
Négatif	1	25 %
TOTAL	4	100 %

Ce tableau montre que 75% des résultats du chlamydiae étaient positifs chez 75% (3/4) .

**Tableau XXIV** : Répartition des patientes selon le type diagnostic

TYPE DIAGNOSTIC	FREQUENCE	POURCENTAGE
Syndromique	159	77,9 %
Ethiologique	15	7,4 %
Selon la clinique	30	14,7 %
TOTAL	204	100 %

77,9 % de nos patientes (159/204) avaient un diagnostic de type syndromique.

**Tableau XXV** : Répartition des patientes selon le diagnostic syndromique.

DIAGNOSTIC	FREQUENCE	POURCENTAGE
Vaginite	101	63,5 %
Cervicite	30	18,9 %
SIP	28	17,6 %
TOTAL	159	100 %

La vaginite a représenté 63,5 % (101/159).

**Tableau XXVI :** Répartition des patientes selon le type de traitement proposé.

TRAITEMENT	FREQUENCE	POURCENTAGE
Syndromique	139	77,9 %
Etiologique	15	7,4 %
Empirique	30	14,7 %
TOTAL	204	100 %

Traitement syndromique a représenté 68,1% (139/204).

**Tableau XXVIII :** Répartition des patientes selon le suivi du traitement

Suivi	FREQUENCE	POURCENTAGE
Revue	61	29,9 %
Perdue de vu	143	70,1 %
TOTAL	204	100 %

70,1% de nos patientes sont perdues de vu.

**Tableau XXIX** : Répartition des patientes selon l'évolution après traitement

EVOLUTION	FREQUENCE	POURCENTAGE
Amélioration	40	65,6%
Disparition	20	32,8 %
Persistance	1	1,6 %
TOTAL	61	100 %

Seulement 1.6% des patientes avaient présenté des symptômes initiaux après traitement.

**Tableau XXX** : Répartition des patientes selon CCC données par les prescripteurs sur IST

CCC	FREQUENCE	POURCENTAGE
Oui	152	74,5 %
Non	52	25,5 %
TOTAL	204	100 %

74,5% de nos patientes ont bénéficié des ccc sur les IST.

**Tableau XXXI** : Répartition des patientes selon la qualification des prescripteurs et le diagnostic syndromique

GRADE PRESCRIPTEURS	DU FREQUENCE	POURCENTAGE
Médecin gynécologue	0	0 %
Médecin généraliste	117	73,6 %
Sage femme	30	18,9 %
Faisant d'interne	fonction 12	7,5 %
TOTAL	159	100 %

Le diagnostic de type syndromique a été posé par les Médecins généralistes dans 73,6% des cas.

## VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude souffre de certaines contraintes telles que : Le refus de certains partenaires sexuels de se faire traiter, souvent le manque des médicaments dans la pharmacie interne et la non demande systématique de sérologie HIV chez des patientes ayant des partenaires sexuels multiples ou présentant des condylomes, des ulcérations génitales.

L'analyse des différents tableaux suscite quelques commentaires et discussions.

### Caractéristiques sociodémographiques :

**L'âge** : tranche d'âge la plus représenté était 16 à 34 ans la même constatation a été faite par Diarra D. en 2000, la tranche d'âge la

plus représentée était 18 à 35 ans. [27] et Thiam D. au Sénégal la tranche d'âge était de 16 à 30 ans [22].

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge est active sexuellement.

### **La profession :**

Dans notre étude les ménagères étaient les plus représentées avec 55,9 %. La même constatation a été faite par Soumaré D. en 1998 a trouvé 69,9 % [14] ; Diallo R. en 1993 63,8 % des cas [20] ; Guindo A. en 1994 avec 81,4 % [19] et DIARRA D. en 2000 avec 77 % [23].

Ceci pourrait s'expliquer par les moyens financiers bas, une méconnaissance des mesures d'hygiène, la croyance que les leucorrhées sont inguérissables et par conséquent ne consultant pas s'il n'y a pas d'autres symptômes associés.

### **Ethnie**

Dans notre étude le plus élevé s'observe chez les bambaras 28,9%(59/204). Ce résultat est superposable a celui de Diarra D. en 2000 bambaras 31%. L'explication est celle de la prédominance des bambaras dans la commune

### **Etat matrimonial :**

a. statut matrimonial : Dans notre étude la proportion des femmes mariées était la plus importante avec 64,7 % contre 26,5 % de célibataires, Similaire à ceux de Soumaré D. en 1988 avec 75,2 % des femmes mariées contre 22,3 % des célibataires [14] et

de Guindo A. en 1994 72,53 % des femmes mariées contre 22,98 % de célibataires [19].

Par contre Thiam D. en 1975 à Dakar 78,8 % des célibataires, ce pourcentage était plus élevé à celui des femmes mariées [22].

Ceux-ci s'expliqueraient par le nombre de consultations élevé des femmes mariées.

### **b. Régime matrimonial :**

Le pourcentage des femmes mariées vivant sous régime monogamique était plus élevé soit 77,3 % contre 22,7 % des femmes mariées vivant sous régime polygamique. La même constatation a été faite par Soumaré D. en 1998 avec 55,9 % de monogames contre 44,1 % de polygames [24]. Coulibaly K. 76 % de monogames contre 24 % de polygames en 2001 [9] ; DIARRA D. 77 % de monogames contre 23 % de polygames en 2000 [23]. Ces taux s'opposent à ceux de Mme Keita Assa en 1981 62,6% de polygames contre 37,4 % de monogames [9] et de Mme Doucouré Arkia 62,19 % polygames contre 37,81 % de monogames [21].

Ceci s'expliquerait par le taux de consultations élevé des femmes vivant sous régime monogamique dans la commune.

### **Utilisation du préservatif masculin :**

Dans notre étude, nous avons trouvé que (17/110) patientes soit 15,2 % seulement utilisaient. Ce qui voudrait dire que 84,8 % de l'échantillon n'utilisait pas le préservatif. Ce résultat est comparable à celui de Diarra D. en 2000 à Bamako 96,3 % de célibataires infectées n'utilisaient pas de préservatif [25].

Inférieur à ceux de Coulibaly K seulement 4,30% de son échantillon utilisaient le préservatif en 2001 à Bamako [9] et au Nigeria le taux d'usage du préservatif était de 12,5 % chez les prostituées [29].

Ceci s'expliquerait par la méconnaissance de l'importance du préservatif. En effet, l'utilisation de manière correcte et régulière du préservatif diminue le risque des IST

### **Les antécédents thérapeutiques :**

Au cours de notre étude, 53,9 % de l'échantillon avaient fait au moins un traitement antérieur. Similaire à celui de Diarra D. 40 % en 2000 [23],

Inférieur à celui de Coulibaly K. 31 % en 2001[9].

Ceci expliquerait par un traitement inadéquat des IST.

### **Caractéristiques cliniques :**

#### 1 Signes cliniques

Parmi les signes cliniques observés chez les patientes les écoulements vaginaux viennent en tête avec 59,8% ; ensuite viennent DAB 39,2%

**2. Utilisation du spéculum :** Toutes les patientes ont été examinées sous spéculum afin d'apprécier l'état du col et de la muqueuse vaginale. La pratique de cet examen est geste clinique très important.

L'aspect des sécrétions vaginales a permis de suspecter un certain nombre d'étiologie à savoir La candidose, Trichomonas, Vaginose bactérienne, Gonococcie et la Chlamydie

**3. Le toucher vaginal (TV) :** Toutes les patientes ont bénéficié un toucher vaginal enfin d'examen gynécologique afin apprécier les annexes.

**4. Diagnostic :** Les diagnostics ont été posés selon l'algorithme appliqué a l' EV et ou DAB, ceux-ci les ont été purement syndromiques. Trois diagnostics ont été posés au cours de l'enquête :

Vaginite

Cervicite

Syndrome inflammatoire pelvien.

**4.1. Vaginite :** Dans notre étude 101 patientes ont été traitées pour vaginite soit 63,5% de l'échantillon.

**a. Vaginites dues au trichomonas vaginalis :** leucorrhée abondante, verdâtre, mousseuse, odeur âcre, plus brûlures vaginales, prurit intense, une dyspareunie. Sous spécum : vagin rouge et col framboisé.

Parmi les 9 résultats des prélèvements, le trichomonas vaginalis a représenté 11,1%(1/9) des résultats revenus.

Ce résultat est comparable à ceux Guindo A. 12% en 1993 [19] et de Zeze seri v 10,9% [25]. Ce résultat est inférieur à celui de Coulibaly K. a eu 82% [9].

**b. Vaginites dues au candida albicans :**

Parmi les 9 résultats des prélèvements 44,4 (4/9) ont été de candida albicans soit 44,4%.Ce résultat est comparable à celui de Diallo R. 58,78% de 1989 en 1992 [20]

Inférieur à ceux de Thiam D. 26% [22] ; Mme Doucouré A. 7% [21].

**C. Vaginite due au Gardnerella vaginalis :**

Parmi les résultats des prélèvements *Gardnerella vaginalis* a représenté 11,1% (1/9).

Ce résultat est comparable à celui de Diallo R. 22,9% en 1993 [20].

Ce résultat est inférieur à ceux de Piot et Meteus 40% [28] ; DIARRA D 29% [23].

Sur les étiologies des vaginites, les publications sont nombreuses et les résultats sont variables d'un auteur à un autre.

**4.2. Cervicite :** Dans notre étude ,30 patientes soit 18,9% ont été traitées.

Le diagnostic a été posé devant leucorrhée purulente ou sanguinolente ; sous spéculum : col inflammatoire.

Les germes généralement en cause sont : Gonocoque, Chlamydiae, anaérobie.

**a. Cervicite due au gonocoque :**

Le diagnostic clinique a été posé devant les leucorrhées jaunâtres, dysurie, brûlures mictionnelles, dyspareunie, sous spécum col inflammatoire avec un écoulement liquidien d'aspect jaunâtre à travers l'orifice cervical.

Parmi les résultats, il y'a eu trois cas de gonococcie soit 33,3% qui est comparable à ceux de Guindo A. 34,3 en 1994 [19] et Koumaré B.34,28 [17]

Inférieur à ceux de Mme Doucouré A. 6% [21]; Mme Keïta Sidibé A. 1,78% ; [9] ; Berge D. 1,8% [29] et CDC 2002[7].

**b. Cervicite due au chlamydiae trachomatis :**

Parmi les résultats de la sérologie 75%( ¾) étaient positifs Diarra D. en 2000 a trouvé 1cas/1 [53].

#### **4.3 syndrome inflammatoire pelvien :**

Dans notre étude le SIP a été retrouvé dans 17,6% des cas.

Les femmes souffrantes 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 souffrantes 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.

**e) Cas particulier de la grossesse** : Au cours de notre enquête 30 femmes enceintes remplissant les critères de l'étude ont été prises en compte soit 18,9% de l'échantillon et 28 souffraient de vaginite soit 93,33% de l'échantillon. Cela s'expliquerait par le fait que le candida albicans est très fréquent chez les femmes enceintes à cause de la modification du milieu vaginal en relation avec les bouleversements hormonaux.

**f. Résultats thérapeutiques** : Sur 204 patientes, 61 ont été revues soit 29,9% de l'échantillon. Parmi elles 98,4%(60/61) étaient satisfaites du traitement, dont il y avaient une disparition complète des signes clinique 32,8%(20/61) et une amélioration des signes dans 65,6%(40/61). Seulement 1/61 présentaient une persistance des signes après traitement.

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

Obstacle lié aux agents traitants :

. Insuffisance des agents formés sur la prise en charge syndromique de l'EV et ou DAB.

. Insuffisance de matériels d'examen

.Temps de consultation par patiente court

2. Obstacles liés aux traitements

.Observance du traitement (durée de traitement longue) difficile

. Rupture souvent des médicaments dans la pharmacie

Obstacles liés aux patientes :

. Refus de traitement de certains partenaires sexuels

. Difficulté de revoir les patientes

. Observance des mesures préventives difficile pour certaines patientes.

## **VIII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

Au regard des résultats obtenus dans notre étude, nous pouvons dire que les EV et / ou DAB en particulier et les IST en général sont répandus dans le monde et sont responsables d'une morbidité significative voir de mortalité depuis de nombreuses années. Les germes en cause sont : Candida, Trichomonas, Neisseria Chlamydia, Chancre mou, syphilis.

Il existe une vingtaine autres germes.

Le Mali, à l'instar de l'OMS, a adopté l'approche syndromique qui permet par sa simplicité de diagnostiquer et de traiter immédiatement les IST à moindre coût par utilisation de l'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 pourrait donner des complications qui sont responsables de conflit dans le foyer ainsi que dans la société. En conséquent on fait des recommandations suivantes :

### **Aux autorités sanitaires et politique :**

- ✓ La formation de tous les agents socio-sanitaires sur le traitement de l'approche syndromique.
- ✓ Veiller sur l'application de l'algorithme
- ✓ Assurer la disponibilité et l'accessibilité permanentes des médicaments de l'algorithme.
- ✓ Création d'une clinique de référence IST

### **Aux agents socio-sanitaires :**

- ✓ Prise en charge de tous les partenaires sexuels

Sensibilisation sur la nécessité d'un contrôle clinique post thérapeutique et le respect des mesures d'hygiène

La demande systématique de sérologie HIV chez des patientes ayant des partenaires sexuels multiples après consiling  
Education des patientes sur l'utilité du préservatif

**A la population :**

- ✓ Une prévention des IST passant par un changement de comportement, ce qui permet :
  - . une réduction du taux d'exposition à l'infection en diminuant le nombre de partenaires sexuels, en évitant les partenaires sexuels à risque élevé.
  - . une réduction de l'efficacité de la transmission par utilisation des préservatifs et par des pratiques sexuelles à moindre risque.
  - . une réduction de la durée de l'infectiosité en cherchant rapidement à bénéficier d'un diagnostic, d'un traitement pour les symptômes IST, en évitant les nouveaux rapports jusqu'à la guérison et en apportant une aide pour que le(les) partenaire(s) soit(ent) notifié(s)
- ✓ Observation des mesures d'hygiène

## **IX. REFERENCES**

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'étude de l'OMS Genève**

Prise en charge des patients atteints de maladies sexuellement transmissibles. Au Mali en 1991, 112p

### **3. DELLABEHA G, FIELDML L, LAGUAM H.**

La lutte contre les IST un fardeau mondial et un défis à la prévention.

USAID, 1997 ; 105p

### **4. DALABETTA G, LAGA M, LAMPTEY P.**

La lutte les maladies sexuellement transmissibles: UN manuel pour l'élaboration et la gestion des programmes. Arlington (Virginia, USA): AIDS, FHI (USAID), 1996: 344 P.

### **5. 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 et Mopti en république du Mali.

Thèse Pharm. Bamako, 1999, 86p.

### **6. BALLO M.B., TRAORE S.M., Niambelé I., BA S., AYAD M., NDIAYE S.**

Enquête démographique et de santé du Mali III

CPS, Mali, 2001 : 450p.

### **7. CENTER DEASESE CONTROL**

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

### **8. KOUMARE B. BOUGOUDOGO F**

Gonococcie et grossesse.

Mali Med 1990 ;9(6) :494-495

**9. Keïta A.**

Contribution à l'étude des vulvo-vaginite à trichomonas vaginalis à propos de 448 observations.

Thèse Méd. Bamako, 1981, N° 22, 98p

**10. SIBOULET A.**

Maladies sexuellement transmissibles

Paris, Masson, 1984 :146-152

**11. Traoré S.**

Contribution à l'étude des maladies sexuellement transmissibles dans le District de Bamako.

Thèse Pharm. Bamako, 1985 ; N° 8. 90p

**12. TAUBERET et SMITH Du pont B**

Biologie des candidas

Rev Méd 1979 :134-140

**13. Fleury F.J.**

Adult vaginit

Clinical Obstetrics and Gynécologie, 1981 ; 24 :407-438.

**14. SOUMARE D :**

Les infections génitales basses en consultation au service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital du point G (157).

Thèse Méd. Bamako, 1988 ; N°10, 97p

**15. Siboule A, Coulaud J P, Catalan F.**

In MST 1988, 1, 29, 68-88.

**16. TALL M.**

Projet pilot d'intervention visant à freiner la propagation des MST/SIDA dans un groupe à haut risque. Partie I.

Thèse Pharm. Bamako, 1985, 59P.

**17. BOURGEATE A, MOUQUET B, CATEBRAS P.**

Maladies sexuellement transmissibles et stérilité en Afrique Noire. Méd Trop 1987; 47:3243-246.

**18. Guindo A.**

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

Thèse pharm. Bamako, 1993 ; N°10

**19. Diallo R**

Prévalence de Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas Vaginalis, Candida albicans et Gardnerella vaginalis parmi les étiologies des infections génitales féminines à Bamako. A propos de 4710 prélèvements vaginaux examinés dans le laboratoire de bactériologique de l'INRSP de 1989 à 1992.

Thèse pharm. Bamako, 1993 ; 86p

**20. DOUCOURE A.**

Contribution à l'étude des vaginites parasitaires. A propos de 200 frottis vaginaux.

Thèse Méd. Bamako, 1975 ; N°10

**21. Thiam D.**

Les maladies sexuellement transmissibles au Sénégal. Problème de santé publique.

Thèse Méd. Dakar, 1975 ; N°9.

**22. EVARISTE ALIOCHA W. OUEDRAOGO**

Etude de la prévalence des IST/VIH chez les consultants des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) de la ville de BOBO DIOULASSO (BURKINA FASSO).

Thèse Pharm. BOBO DIOULASSO, 1998 ; N°9

**23. FARIA A.**

Vaginite et endocervicite, EMC (Paris), gynécologie,379-387.  
1990; 11p

**24. Cazenave J C.**

Conduite à tenir face aux MST déclarées chez les femmes en  
Afrique Tropicale Méd Trop 1987 ; 47, N°3

**25. CATALAN F, Khoury B, Quinzman E, Doule D, Mimic V. et  
Coll.** La technologie moderne au service des maladies  
sexuellement transmissibles (MST), les infections à chlamydiae  
trachomatis. Spectra supplément 1983, N°83, 11, 31-36

**26. DIARRA D.**

Infections génitales basses à la consultation externe dans le  
service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos  
de 200 observations.

Thèse Méd. Bamako, 2000 : N°57

**27. OUHON J.**

Etiologie des vulvo-vaginites à Abidjan.

Thèse Méd. Abidjan ,1980 ; 268, 221p

**28. ZEZE SERI V.**

Micro-organismes rencontrés à l'examen des prélèvements  
vaginaux. Contribution à l'étude étiologique des vaginites  
infectieuses. A propos de 4780 cas.

Thèse Méd. Abidjan, 1982 ; N°346

**29. SHNELL J.D.**

The incidence of vaginal Candida and trichomonas in infectious  
and treatment of trichomonas vaginalis with cotrimazol.

Post Grad J 1987 ; 50(71): 2779-2780

**30. LATRILLE J.**

Les vaginites infectieuses.

Boedeaux Méd 1969 ; 10 :1981-2016

**31. PIOT P., MEHEUS A.**

Epidémiologie des maladies sexuellement transmissibles dans les pays en développement.

Ann Socio-Belg Med Trop ; 1983 ; 63 :87-110

**32. BORGE D.**

Approche épid. des MST en milieu ouvrier.

Méd Afr Noire 1980 ; 27

**33. SIDIBE F.**

Prévalence de l'infection gonococcique chez 256 prostituées fichées et sensibilité aux antimicrobiens de 52 souches éprouvées.

Thèse pharm. Bamako, 1982 ; N°37

**34. BITERA R.**

Le centre de lutte contre les maladies à Dakar stratégie premier bilan. Perspectives de lutte.

Thèse Méd. Dakar, 1981 ; N°118

**35. MULLER W A.**

Die infection mit Trichomonas Donne 1975 beiden fir wohnem der stadtdusden Dt Seh Derundteits wes 1975; 30(10): 467-471

**36. DANESIE J et MARCELLOU V.**

Fréquence de la coexistence du trichomonas vaginalis avec le candida albicans.

Presse Méd 1960; 14: 519-520

**37. ANTONY G.**

Trichomonas vaginalis/ Re-evaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis.

The journal of infectious disease 1980(Georgie) 11p

**38. ERICKSON G et WANGER K.**

Frequency of N. gonorrhoe, T. vaginalis and C. albicans in female venerological patient a one year study Br J Vener Dis 1975 ; 51(3) : 192-197

**39. VANBREUSEGHEM R. et COLL.**

Guide pratique de Mycologie médicale et vétérinaire  
2eme ed. Paris, Masson,1978; 264p.

**40. REYES S.**

Study on trichomonas vaginalis yeast and bacteria in samples of vaginal discharge.

Rev Méd Chilie 1974 ; 102(4) : 279-282

**41. HOPCRAFT M. and al.**

Genital infectious in developing countries experience in a family planning clinic.

BULL Who 1973; 48(5) : 581-586

**42. RECOULES A.**

Les exsudats vaginaux. Examen biologique en pratique courante.  
Ann Biol Clin 1968; 26(1-2) :231-240

**43. SHNELL J.D.**

The incidence of vaginal Candida and trichomonas in infectious and treatment of trichomonas vaginalis with cotrimazol.

Post Grad J 1974 ; 50(71): 2779-2780

**44. BRET J. et COUPE**

Vaginite à candida et infections néonatales. Etiologie des mycoses du nouveau né.

Press Méd 1958 ; 66 :937

**45. MINISTERE DE SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE DU SENEGAL CNLS, PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MST/SIDA.**

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

**46. DIARRA L.**

Profils épidémio-cliniques des IST et évaluation de la prise syndromique au centre de santé de la commune V

Thèse Méd. Bamako, 2001 ; N°13, 51p

**47. TRAORE H.**

Etude de prévalence de la conjonctivite néonatale à *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydiae trachomatis* dans une population de 280 nouveau-nés vus en consultation postnatale à la PMI de Missira.

Thèse pharm. Bamako, 1991 ; N°12 , 105p.

**48. MUIR, BELGEY**

Pelvic inflammatory disease= its consequences in the developing world Ann J Obst Gyna 1980; 135:913-927

**49. COLLECTION MED-LITE. N°88 P213-217**

L'enfant en milieu tropical. Diagnostic d'un œil qui coule Notions élémentaires d'ophtalmo-pédiatrie tropical. Centre international de l'enfance.

Paris, 1991 ; N°88 : 213-217

**53. PICHARD E., BEYTOUT J., DELMONT J., MARCHOU B.,**

Manuel de maladies infectieuses pour l'Afrique. Paris, Edition JL, 2002 ; 1160P

**54. TOGOLA H.**

Monographie du district de Bamako

Thèse pharm. Bamako, 1994 ; N°4 ; 146p

**55. La prise en charge des infections sexuellement transmissibles**

Manuel de formation du programme national de lutte contre le SIDA du Mali 2003.

02 Edition Mali 2004 : 7-10

**Fiche signalétique**

Nom : Sissoko

Prénom : Missiri

Nationalité : Malienne

Date de soutenance :

Ville de soutenance : Bamako

Titre : Etude de la prise en charge syndromique de l'écoulement vaginal et ou douleur abdominale basse dans le service de gynéco obstétrique du centre de santé de Référence de la commune IV.

### **Résumé**

Ce travail avait pour but d'évaluer l'application de la prise en charge syndromique de l'écoulement vaginal et ou douleur abdominale basse.

Notre étude s'est déroulée entre 1 janvier 2007 au 1 juillet 2007.

Pour atteindre ce but nous avons effectué une étude descriptive prospective chez 204 patientes présentant l'écoulement vaginal et ou douleur abdominale basse âgée de 5 ans à 50 ans dont le traitement syndromique a représenté 77,9%(159/204) : vaginite 63,5%(101/159) ; cervicite 18,9(30/159) ; 17,6(28/159). Seulement 29,9(61/159) ont revues après traitement.

Amélioration : 65,6(40/61) ; Disparition : 32,8(20/61) ;  
Persistance : 1,6(1/61)

Le contrôle post thérapeutique a été clinique. Le port régulier du préservatif lors des relations sexuelles occasionnelles a été observé chez seulement 3,6(4/204). Cette étude s'est déroulée uniquement au CSRéf.CIV, 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 clefs : Prise en charge syndromique, vaginite, cervicite et syndrome inflammatoire pelvien.

## FICHE D'ENQUETE

### I Identification de la patiente

- Q1 Dossier n.....  
Q2 Date de consultation : .....  
Q3 Nom : .....  
Q4 Prénom : .....  
Q5 Age : .....  
Q6 Ethnie : .....  
Q7 Origine : .....  
Q8 Adresse actuelle : .....

## FICHE D' ENQUETE

### I Identification de la patiente

- Q1 Dossier n.....  
Q2 Date de consultation : .....  
Q3 Nom : .....  
Q4 Prénom : .....  
Q5 Age : .....  
Q6 Ethnie : .....  
Q7 Origine : .....  
Q8 Adresse actuelle : .....

#### Q9 Statut matrimonial :

- Mariée
- Si mariée type de foyer :  
Monogamie  polygamie
- Si polygamie nombre de coépouses
- Célibataire
- Divorcée
- Veuve
- séparée

#### Q10 Niveau d'instruction

- Analphabète
- Alphabétisée
- Primaire
- Secondaire
- Supérieur
- Ecole coranique

Q11 Profession

- Ménagère
- Elève
- Etudiante
- Salariée
- Commerçante
- Vendeuse
- Artisane
- Autres
- A préciser.....

**II Identification du mari ou partenaire**

Q12 Nom : .....

Q13 Prénom : .....

Q14 Profession : .....

**III Antécédents**

Q15 personnels :

- IST :            Oui             Non
- Douleur abdominale basse :    Oui             Non
  - Ecoulement vaginal :    Oui             Non
  - Ulcération génitale :    Oui             Non
  - Lésion surélevée vulvo-périnéale :    Oui             Non
  - Si oui le type :.....

Obstétricaux :

- Gestion :
- Parité
- Avortement    Oui             Non

Si oui le nombre

Cause .....

- Accouchement prématuré    Oui             Non

Si oui le nombre

Cause :.....

Comportement sexuel :

- Existence d'un seul partenaire sexuel
- Existence de deux ou plus de partenaire sexuel
- Usage de condom lors des rapports sexuels occasionnels

Traitement antérieur    Oui             Non

Traitement des autres partenaires sexuels    Oui             Non

#### IV Interrogatoire

Q16 motif de consultation : .....

Q17 mode de vie : toxicomanie  alcoolisme

Tabagisme

Q18 habitude sexuelle : hétérosexuelle  homosexuelle

Bisexuelle

Q19 Symptômes

A douleur abdominale basse Oui  Non

Mode évolutif :

- Aiguë

- Subaiguë

- Chronique

B- Présence d'écoulement vaginal Oui  Non

C Présence d'odeur oui  Non

D Présence dyspareunie oui  Non

E Présence de prurit vulvaire oui  Non

F Présence de Brûlure vaginale oui  Non

G Présence de brûlure mictionnelles oui  Non

#### V Examen Physique

Q20 A l'inspection

(a) périnée d'aspect normal oui  Non

Si non dite les lésions observées.....

.....

(b) Vulve d'aspect normal oui  Non

Si non décrire les lésions.....

.....

Q21 A la palpation :

- présence de masse abdominale Oui  Non

- Existence de la sensibilité Oui  Non

Q22 Utilisation du spéculum Oui  Non

A- état du col : .....

.....

b- état du vagin : .....

.....

Q23 TV + palper abdominal

- Col douloureux oui  Non

Q24 Gant ramenant des leucorrhées Oui  Non

Si oui Aspect des leucorrhées

- Blanchâtre

- Grisâtre

- Jaunâtre

- Verdâtre

- Sanguinolente

Q25 consistance : .....

**VI Q26 Examens complémentaires** Oui  Non

a) prélèvements vaginaux

b) Sérologies : Chlamydiae  HIV  BW

c) autres à préciser : .....

d) Résultat .....

**VII Q27 Diagnostic Arrêté :** .....

**VIII Prise en charge**

**Q28 si Prise en charge de la patiente.**

Syndromique

Etiologique

Clinique

Molécules : .....

**Q29 prise en charge du partenaire**

Oui  non

Molécules.....

**Q30 Prise en charge des coépouses**

Oui  Non

Molécules.....

Q 31 Prise en charge des autres partenaires sexuels Oui  Non

Molécule : .....

**Q32 Information Education Conseil sont ils donnés par le prestataire**

Oui  Non

Q 33 Contrôle après traitement

- disparition des symptômes
- Amélioration des symptômes
- Absence d'amélioration

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

**E**n 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.

**J**e donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure !