

**Enseignements
Secondaire Supérieur et de la
Recherche Scientifique**

UNIVERSITE DE BAMAKO



**Ministère des
République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi.**

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Année universitaire 2007-2008

N°.....

Titre

Diagnostic Clinique, Bactériologique et prise en charge pratique des cervicites au Cabinet Duflo de Mopti.

**Présenté et soutenu publiquement le...../...../2008
devant la FMPOS.**

Par ***Monsieur Abdoul Karim SANGARE***

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

Jury

Président : Professeur Salif DIAKITE

Membre : Docteur Hammadoun Aly SANGO

Co-directeur : Docteur Malick TRAORE

Directeur : Professeur Flabou BOUGOUDOGO

Dédicaces

Dédicaces

A Dieu :

Au Prophète Mohamed (paix et salut sur lui) et toute sa descendance,

Au nom de Dieu, le Clément et le Miséricordieux :

Je rends grâce à ALLAH l'Omniscient, l'Omnipotent et l'Omniprésent, de m'avoir donné la vie et tout en gardant toutes mes facultés pour que je sois à ce niveau aujourd'hui.

Puisse la fin de ces études m'orienter vers le chemin de la réussite dans mes futurs domaines d'intervention. Ce même vœu, je le formule pour tous ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail.

A mon Père Bouraïma SANGARE :

Vos conseils, m'ont facilité le choix pour les études médicales. J'aurai toujours cette phrase, la vôtre, dans mes souvenirs : « Un jour viendra au Mali, chaque famille aura au moins un Médecin »

Merci de m'avoir instruit la discipline, la persévérance, l'honnêteté et plein d'autres. Puisse ce travail vous honorer.

A ma mère Djinèdiè SANGARE :

Une vraie femme africaine avec sa grandeur d'âme, sa générosité, sa sagesse. J'ai hérité de vous mon calme et ma sociabilité. Je suis très fier de vous. Vous m'avez bercé, consolé et dorloté. Je n'oublierai jamais ces moments.

Vous avez pleuré avec moi dans mes circonstances de joies comme dans mes moments de tristesse.

Je ne pourrai jamais assez vous remercier pour tous vos soutiens. Mais je prie le Bon Dieu de nous donner une longévité, le temps pour vous de profiter des instants de bonheur de votre vie.

A mon Oncle Dansény SANGARE et son épouse Safiatou Bagayoko :

Vous m'avez soutenu dans des moments difficiles. Vous avez été pour moi un espoir. Puisse ce travail m'ouvrir la voie pour vous rendre tous vos bienfaits.

A ma Femme Aïssata SIDIBE :

Au non de l'union sacré entre nous, puisse ce travail et cette fin d'étude nous apporter du bonheur. Amen.

A mon Futur Fils : Je suis très fier de t'accueillir avec ce travail. Puisse ce travail te servir d'exemple.

A ma Tante Fatoumata SANGARE :

Merci pour toute la chaleur humaine que vous m'avez donnée.

Remerciements

Remerciement :

A mes Grands parents :

Feu Noumoutiè, Feu Bintou, Feu Satigui, Feu Massaran SANGARE :

Vous m'avez conseillé à faire les études médicales. J'aurai bien voulu que vous soyez toujours à mes côtés mais hélas le Bon Dieu en a décidé autrement. Puisse ce travail vous faire plaisir jusque dans vos dernières Demeures.

A mon oncle Moussa F. SANGARE et ma Tante Fatoumata KONE :

Vous avez été pour moi un père et une mère. Si ce travail est une réussite, je vous le dois. Seul Dieu pourra vous rendre vos bienfaits. Sachez que je serai toujours reconnaissant.

A mes frères et sœurs :

Aoua, Aboubacar Sidiki, Mariam, Rokiatou, Maïmouna, Noumoutiè et Sitan SANGARE.

En tant que votre aîné, je vous servirai toujours de bon exemple ; ce travail est le vôtre.

A mes Oncles paternels :

Bourama, Moussa, Yaya, Drissa, Hamidou, Adama SANGARE, Trouver ici ma réelle satisfaction à vous avoir à mes côtés.

A mes Oncles maternelles :

Yacouba, Chaka, Issa, Bourama, Ismaïl SANGARE, Docteur Bourama SANGARE à la Clinique Pasteur, et plein d'autres :

Vous avez été pour moi un soutien sans faille ;

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis mon enfance jusqu'à aujourd'hui.

A mes Tantes :

Safiatou, Chata, Korotoumou, Ramata SANGARE. Merci pour le soutien.

A mon Cousin Docteur Cheick T. SANGARE :

Ce chemin, on l'a parcouru ensemble. Ta générosité, ton encouragement et ta protection ne m'ont jamais fait défaut. Puisse le Tout Puissant nous donner une longévité et une bonne santé pour qu'on puisse soutenir nos parents.

A mes Cousins :

Mamadou SANGARE et son épouse **Anne Sophie MANDIGOUT** en France

Seydou SANGARE et son épouse **Assétou KOUMARE** au Canada : Vous avez toujours été là pour me soutenir. Trouvez ici, toute l'expression de mes sincères reconnaissances.

Aux autres cousins et cousines :

Harouna, Bintou, Drissa, Daouda, Mme SAMAKE Mariam, Alassane, Aboudou, Abdoulaye, Aboubacar Sidiki SANGARE.
Merci pour tout l'intérêt que vous avez accordé à ce travail.

A Monsieur Salif SAMAKE, Professeur d'Allemand et membre de l'administration de la FMPOS : Merci pour vos soutiens et surtout vos encouragements. Choses qui nous ont facilité le travail.

A ma belle famille : Merci pour tout l'accompagnement.

A Demba TOUNKARA et son épouse : Merci pour le soutien.

A la Famille TEMBELY à Sévaré (Mopti) : Merci pour le soutien et les conseils.

A Fifi TEMBELY à Bandiagara : Tu m'as toujours considéré comme ton petit frère de lait. Sache que tu seras toujours pour moi une grand-sœur exemplaire. Reçois l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Au DOCTEUR Boubacar DIARRA ET SON EPOUSE :

Vous avez été pour moi plus qu'un ami. A travers ce travail recevez toute ma reconnaissance.

Au Docteur Yamadou SIDIBE et à travers vous tout le personnel du cabinet : Votre expérience professionnelle sera toujours enviée par la jeune génération que nous sommes.

Au Docteur Moussa SOUGANE : Merci pour tout ton accompagnement dans la réalisation de ce travail. Trouvez ici l'expression de ma réelle satisfaction.

Aux Docteurs Modibo SOUMARE, Mamadou DIASSANA, Samba TRAORE : Merci pour l'encadrement que j'ai reçu auprès de vous. Je me servirai toujours de votre exemple. Ce travail est à votre honneur.

A Mariam KOREISSI et son Mari Docteur Moussa DIARRA : recevez mon plaisir incommensurable et mon immense joie à vous avoir à mes côtés.

A Moussa TOURE dit Balla : Merci pour ton soutien.

A Hamadi KANTE dit Cheick : Merci pour ton soutien et tout l'effort consenti.

A tous mes Amis (es) :

Mamadou TEMBELY, Aliou DIAKITE, Nicodème BALLO, Sidy BANE, Sékou OUELEGUEM, Mariam K. DIAKITE, Sadio CISSOKO, Abdoulaye SISSOKO, Baladji DRAGO, Hama Ba, Drissa Sidibé, Issouf Maiga, Siaka CISSE, Boubacar DOUMBIA, Sory TRAORE : on continuera toujours à nourrir de bonnes intentions ensemble.

A Feu Ibrahim SANGARE qui a été rappelé par le Bon Dieu : Nous avons commencé ce difficile chemin ensemble mais Dieu a voulu qu'on ne puisse pas le terminer ensemble. Depuis votre dernière Demeure reçois toute notre bénédiction.

A tous mes Camarades, Promotionnaires et collaborateurs du CSRéf de Korofina.

A tout le personnel du Cabinet DUFLO : Merci pour l'accompagnement et surtout la prise en charge. Je n'oublierai jamais ces bons moments passés ensemble.

A tout le personnel de l'ASACOTAMB de Mopti et au Docteur Cheick O. T. DIARRA : Merci pour l'appui.

A tout le personnel du CSRéf de Korofina.

A tout le personnel de la Croix-Rouge Malienne et particulièrement aux :

- Président de la Croix-Rouge Malienne : **Docteur Abdrahamane CISSE ;**

- Secrétaire général : **Docteur Abdoulaye Nènè COULIBALY ;**

- Secrétaire Exécutif : **Monsieur Sibiri DIARRA ;**

Aux Présidents des comités de la Croix-Rouge (Commune I, III et VI) respectivement : **Monsieur Alou Badra SACKO, Mme N'DIAYE Fatoumata NIAFO et Monsieur Abdoulaye DOUMBIA :** Vos conseils ne m'ont jamais fait défaut. Merci pour la franche collaboration.

A Monsieur Idrissa TRAORE et son épouse Madame Rokiatou MAÏGA : merci pour le soutien.

A toute la promotion 1994-1995 du Lycée Fily Dabo SISSOKO particulièrement à **Mamadou M. DIALLO, Tahiratou Fofy BA et Abdoulaye MAÏGA :** merci l'amitié et la sympathie.

A toute la promotion 1997-1998 de la FMPOS.

A toutes les entités syndicales de la FMPOS et plus particulièrement à ma famille : les « **RASERE** ». Je souviendrai toujours de notre slogan : « **La parole n'est que la parole, la puissance réside dans l'action** ».

Aux Ressortissants de Bougouni (**UERSB/FMPOS**) et de la commune I (**ACTION SANTE COMMUNE I**) à la FMPOS

A tous mes tous les membres du MJPR (Mouvement des Jeunes Patriotes pour le Renouveau).

A tous les **Enseignants de la FMPOS** ;

A tous mes **Maîtres de l'école primaire** jusqu'au Lycée : pour la qualité de l'enseignement reçu.

A tous les Enseignants de l'INFSS/CRM.

HOMMAGE AUX

MEMBRES DU JURY

Hommage aux Membres du Jury

A notre Maître et Président du Jury

Professeur Salif DIAKITE

Professeur de la Gynéco-Obstétrique au Centre Hospitalier

Universitaire de Hôpital Gabriel TOURE

Professeur Titulaire à la FMPOS

C'est un Grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce Jury, malgré vos multiples occupations.

Plus qu'un Maître, vous êtes pour nous un Père exemplaire.

Votre disponibilité, votre grande culture scientifique, vos qualités de bon enseignant, votre amour pour le travail bienfait, expliquent l'estime que vous portent tous les étudiants de la Faculté.

Veillez accepter cher Maître, l'expression de notre grande admiration et notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge

Docteur Hammadoun Aly SANGO

Maître Assistant en Santé Publique

Master en Sciences en Contrôle des Maladies chargé des

Relations extérieures et de la coopération internationale

Chargé de Cours à la FMPOS.

Nous vous remercions très sincèrement pour avoir accepté de contribuer à l'amélioration de la qualité de ce travail.

Vos remarques et vos suggestions ont été louables pour sa réalisation.

Nous avons su apprécier en vous un scientifique émérite.

Recevez cher Maître, l'expression de notre profond respect.

Diagnostic Clinique, Bactériologique et prise en charge pratique des cervicites.

A notre Maître et Codirecteur de Thèse
Docteur Malick TRAORE
Médecin – Clinicien
Promoteur du Cabinet DUFLO de MOPTI
Expert Universitaire International en Santé Sexuelle et
Réproductive

Je ne saurai vous remercier suffisamment de m'avoir accepté dans votre structure pour la réalisation de ce travail.

Cher Maître, nous garderons de vous un homme passionné pour la recherche et soucieux de l'encadrement de ses élèves.

Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait, votre constante disponibilité et surtout votre honnêteté font de vous un Homme respecté et un exemple à suivre.

Nous vous prions d'accepter l'expression de notre profond respect et notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de Thèse
Professeur Flabou BOUGODOGO
Professeur de Bactériologie - Virologie
Maître de conférences agrégé à la FMPOS
Directeur Général de l'Institut National de Recherche en Santé
Publique.

Votre qualité d'imminent chercheur, votre exigence pour le travail bien fait, votre compétence, votre disponibilité constante, vos immenses qualités humaines nous ont marqué à jamais.

La clarté de votre enseignement et votre grande culture scientifique impose respect et admiration.

Soyez rassurés cher Maître de notre profonde Gratitude.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	5
III. GENERALITES	7
IV. METHODOLOGIE	32
V. RESULTATS	41
VI. DISCUSSIONS	69
VII. CONCLUSION	77
VIII. RECOMMANDATIONS	78
IX. REFERENCES BIBIOGRAPHIQUES.	
ANNEXES	

Acronymes

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien.

ASACOTAMB : Association de Santé Communautaire Taïkri, Mossinkoré, Bougoufè.

BW : Bordet Wassermann.

CESAC : Centre d'Ecoute, de Soins, D'animation et de Conseil.

CM : Consultation Médicale.

CPN : Consultation Prénatale.

CSRéf : Centre de Santé de Référence.

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines.

EDSM IV : Enquête Démographique et de Santé Mali IV.

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

IEC : Information, Education et Communication pour la santé.

IM : Injection intramusculaire.

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique.

IST : Infection Sexuellement Transmissible.

IVD : Injection intraveineuse directe.

MST : Maladie Sexuellement Transmissible.

Nb : Nombre.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise.

TV : Toucher Vaginal.

L'INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

Le Mali, tout comme les autres pays émergents, est confronté à l'augmentation de l'incidence des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et cela constitue un véritable problème de santé publique.

Devant une prévalence importante du VIH-SIDA à 1,3% au Mali, selon EDSM4 (11), il est préférable d'élaborer des stratégies préconisant la détection et la prise en charge des IST.

Les infections génitales regroupent la pathologie infectieuse des voies génitales, qui sont le siège d'une flore saprophyte tenue en respect par un écosystème performant et grâce à l'intégrité de leur revêtement.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), il y a environ 333 millions de nouveaux cas d'IST chaque année parmi lesquels il y aurait 12 millions de syphilis, 62 millions de gonococcie, 89 millions d'infection à *Chlamydiae* et 170 millions d'infection à *Trichomonas*. [1; 3]

Les infections gynécologiques sont généralement divisées en infections basses (vulves, vagin, endocol) et en infections hautes (utérus, trompes, ovaires, cavité abdominale). [2]

Ces infections se manifestent par des pertes vaginales abondantes, des démangeaisons vaginales, des sensations de brûlure, des odeurs désagréables, des dyspareunies et des dysuries.

Elles peuvent aussi être asymptomatiques. Elles peuvent avoir une origine endogène (prolifération de germes appartenant à la flore génitale) ou exogène (introduction chez un sujet d'un agent pathogène extérieur), apparaître naturellement ou être provoquées. [2]

Le *Chlamydia trachomatis* et le *Neisseria gonorrhœæ* sont les principaux responsables d'une Maladie Inflammatoire Pelvienne (MIP) de plus en plus fréquent depuis quelques années.

Aux USA, 3 Millions de nouveaux cas de gonococcies. [4]

Les cervicites [5], caractérisées par une rougeur de la muqueuse exocervicale identique à celle du vagin, une glaire louche voire purulente, des douleurs à la mobilisation utérine font partie des lésions non spécifiques du col de l'utérus. Un prélèvement de ces sécrétions permettra de rechercher le gonocoque, le *Chlamydia*, le *Trichomonas* et les Levures.

Une enquête transversale multicentrique réalisée en 1997 en Guinée-Bissau a donné les résultats suivants : *Trichomonas* dans

38% des prélèvements vaginaux, *Neisseria gonorrhœæ* dans 7,6% et *Chlamydia trachomatis* dans 18,5% des prélèvements endocervicaux et urétraux. [6]

Une Etude menée en 2001 au Mali par Sangaré à l'INRSP de Bamako, a rapporté 35,1% de *Candida albicans*; 19% de *Gardnerella vaginalis*; 1,7% de *Neisseria gonorrhœæ*; 1,9% de *Trichomonas Vaginalis*. [7]

Dans la même année, une autre Etude réalisée par Dravé à l'INRSP a rapporté 57% de *Gardnerella vaginalis*; 45,75% de *Candida albicans*; 19,72% de *Neisseria gonorrhœæ* et 18,54% de *Trichomonas vaginalis*. [8]

En 2004, une Etude réalisée à l'Hôpital du Point G par BOLO KOURA A. a rapporté 43% de *Gardnerella vaginalis*; 21% de *C. albicans*; 13% de *Trichomonas vaginalis*; 2% de *Neisseria gonorrhœæ*; 3% de *Chlamydia trachomatis*. [9]

Pour assurer une meilleure prise en charge des IST, on dispose globalement deux approches : l'approche étiologique et l'approche syndromique. Cette dernière est basée sur les arguments cliniques impliquant l'utilisation d'arbres décisionnels (Algorithme).

Selon la politique nationale du Mali, il existe huit syndromes pris en charge : l'Écoulement urétral chez l'homme, les Ulcérations génitales, l'Écoulement Cervico-vaginal, les Douleurs pelviennes chez la femme, le Bubon inguinal, le Gonflement douloureux du Scrotum, les Conjonctivites purulentes du Nouveau-né et les Végétations Vénériennes ou Condylomes Vénériens.

Ces Algorithmes ont fait l'objet d'évaluation par l'O.M.S. avant leur diffusion sur le terrain.

L'Algorithme de diagnostic des cervicites a présenté une sensibilité de 57%, une spécificité de 47%, une Valeur Prédictive Positive (VPP) de 25% et une Valeur Prédictive Négative (VPN) de 78% selon une étude faite en 1997 en Guinée-Bissau. [6]

Les infections génitales présentent des conséquences néfastes sur la santé du couple mère-enfant, augmentent la transmission du VIH/SIDA mais aussi présentent des complications sur la vie reproductive chez l'homme comme chez la femme (urétrite, prostatite, salpingite) ; chez le Nouveau-né (conjonctivite, infection néonatale). Elles favorisent aussi les grossesses extra utérines, les menaces d'avortement, les accouchements prématurés et les stérilités tubaires.

Face à la pénurie des moyens, il apparaît souhaitable de développer des stratégies diagnostiques préconisées par l'O.M.S., basées sur l'interrogatoire dans un contexte de prévalences élevées des infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhœæ*. [10]

Au Mali, les Décideurs visent à procurer une large diffusion sur l'application de l'Algorithme.

Devant cette situation, nous avons initié ce travail pour, d'une part renforcer cette diffusion et d'autre part apporter une nouvelle approche additionnelle dans le souci d'améliorer la qualité de la prise en charge.

II. LES OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

OBJECTIF GENERAL :

Evaluer le diagnostic et la prise en charge des cervicites dans le Cabinet Duflo et l'ASCOTAMB de Mopti.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Evaluer la prévalence de la cervicite au cours des consultations.
- Identifier les symptômes associés à la cervicite.
- Apprécier l'efficacité des toilettes vaginales dans la prise en charge des cervicites.
- Evaluer le taux de guérison après une prise en charge médicamenteuse.

III. GENERALITES

III. GENERALITES :

3-1 - Rappels anatomiques des organes génitaux internes ; schémas, physiologie, rôle du col utérin.

3-2 - Rappels sur la physiopathologie des leucorrhées :

3-3 - Etude des principales étiologies d'IST :

- *Neisseria gonorrhœæ*
- *Chlamydia trachomatis*
- *Gardnerella vaginalis*
- *Candida albicans*
- *Trichomonas vaginalis*

3-4 - Syndromes d'IST

3-5 - Algorithme

3-1 - Rappel anatomique des Organes génitaux féminins internes : [12]

Chez la femme, on distingue les organes génitaux internes (les ovaires, les trompes utérines, l'utérus et le vagin) et les organes génitaux externes (les grandes lèvres, les petites lèvres, le vestibule du vagin et les glandes vestibulaires). Les organes génitaux internes (OGI) sont dans le petit bassin.

3-1-1 - Ovaire : est fixé par le mésovarium, le ligament suspenseur de l'ovaire (pédicule vasculaire) et le ligament propre de l'ovaire (ou utéro-ovarien). Les parties supéro-externes et antérieures sont recouvertes par la trompe utérine. L'ovaire, intrapéritonéal, est situé dans la fosse ovarienne entre les artères iliaques externe et interne. L'ovaire a la forme d'une amande de 2,5 à 5cm de longueur.

3-1-2 - La trompe utérine : est un organe intra péritonéal; à partir du bord supérieur du petit bassin, elle se dirige vers le dedans et se termine au niveau de l'angle tubaire de l'utérus. La trompe est fixée par le mésosalpinx (repli péritonéal) mais reste néanmoins mobile. L'extrémité abdominale de la trompe repose sur l'ovaire.

3-1-3 - L'utérus : est fixé dans l'espace conjonctif sous-péritonéal entre la vessie et le rectum par des ligaments utérins. Le muscle rectu-utérin soulevant de chaque côté un repli recto-utérin en fait partie. Le ligament rond contribue également à la fixation de l'utérus ; il maintient l'inclinaison antérieure-antéversion utérine. Il naît au niveau de l'angle latéral de l'utérus, se dirige vers l'orifice interne du canal inguinal en cheminant au-dessous du péritoine et se termine dans les grandes lèvres et le mont du pubis. Le périnée soutient l'utérus dans sa position. En avant, en haut et en arrière, le corps de l'utérus est recouvert par le péritoine.

L'utérus est l'organe de gestation. Sa muqueuse se prépare de façon cyclique à la nidation et participe à la formation du placenta ; le muscle utérin s'adapte à la croissance de l'œuf et agit comme moteur de l'accouchement.

L'utérus a la forme d'une poire dont l'extrémité renflée, aplatie de haut en bas, est dirigée vers le haut, alors que l'extrémité rétrécie regarde vers le bas et présente une concavité antérieure.

L'utérus comprend le corps, l'isthme (se déploie au cours de la grossesse pour prendre l'appellation de segment inférieur) et le col. Le col utérin représente la partie effilée de la «poire» ; dans l'utérus non gravide, celui-ci occupe à peu près le tiers inférieur de l'utérus.

De forme cyclique, il est dirigé vers le bas et l'arrière et pénètre dans la partie supérieure du vagin. Cette partie, d'une longueur d'environ un centimètre (1cm) est recouverte par l'épithélium vaginal pluristratifié non kératinisé et apparaît mate et rouge foncé à la colposcopie. Des plages rouge-clair, à limites bien marquées (pseudo érosion), sont dues à des îlots d'épithélium simple cubique qui s'est étendu à partir du canal cervical (ectropion).

La paroi utérine comporte trois couches : l'endomètre, le myomètre (paroi musculaire) et le périmètre (péritoine).

Au niveau du canal cervical se disposent les glandes muqueuses, les glandes cervicales, qui sécrètent le mucus formant le bouchon muqueux de l'ostium de l'utérus.

L'utérus mature, a une longueur de 6 à 7,5cm et pèse environ 80 à 120g. La lumière mesure 5,5cm depuis l'orifice cervical externe jusqu'au fundus. Après ménopause, l'utérus s'atrophie ; le corps conserve à peu près sa taille alors que le col involue considérablement.

3-1-3-1 Les différents aspects Physiologiques du col : [5]

➤ Rappel histologique :

L'exocol est tapissé d'un épithélium Malpighien par contre le canal endocervical est tapissé d'une muqueuse cylindrique.

La jonction entre ces deux tissus s'appelle la jonction squamocylindrique ou pavimentocylindrique. L'exocol est la portion visible au spéculum. L'endocol est la partie du col non visible au spéculum. L'orifice externe clinique est l'endroit au-delà duquel on cesse de voir au spéculum.

➤ Les aspects d'un col normal :

Le col de l'utérus évolue au cours de la vie. Il est modifié par la grossesse, l'accouchement, et aussi les valves du spéculum qui, en l'écartant les faces du vagin, tendent à dérouler le canal endocervical et à déplacer la zone de jonction en dehors.

- Le col utérin chez la nullipare [13] est de forme cylindrique avec l'orifice externe d'aspect circulaire ou ovulaire, de 3 à 4mm de diamètre et chez la multipare [13], il devient comme un orifice large entouré de tubercules et de dépressions et le col perd sa forme cylindrique régulière.

- Au cours de la grossesse, la muqueuse glandulaire est très extériorisée, cela d'autant plus que le col est mou et que la traction du spéculum l'extériorise facilement. Le col est congestif, couleur lilas.

Les structures du col utérin [12], au cours de la grossesse et l'accouchement méritent un intérêt particulier.

Le col reste fermé pendant la grossesse mais il doit pouvoir s'ouvrir rapidement lors de l'accouchement jusqu'à un diamètre égal à celui de la tête de l'enfant.

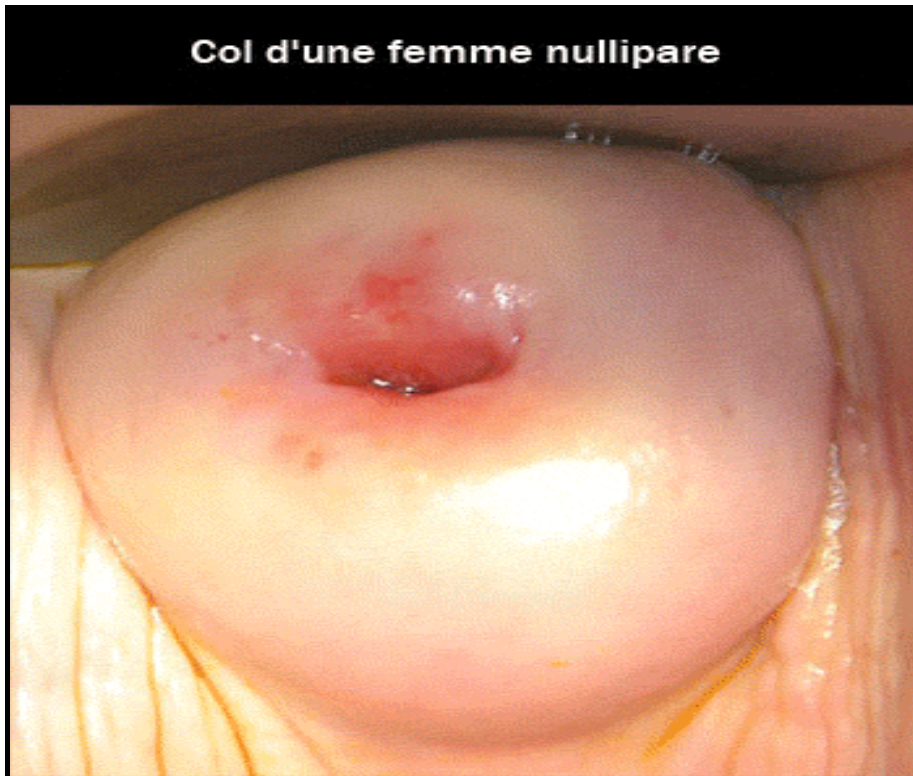
- Chez la femme ménopausée, au contraire la zone de jonction remonte dans l'orifice cervical et on ne voit que la muqueuse malpighienne. Les muqueuses sont pâles.

3-1-3-2 La glaire cervicale [5] : Elle est importante à observer car elle reflète l'activité de l'épithélium cylindrique endocervical qui est sous la dépendance hormonale. Pour bien le voir, il faut nettoyer le col avec une compresse sèche et la faire sourdre en pinçant un peu le col entre les deux valves du spéculum.

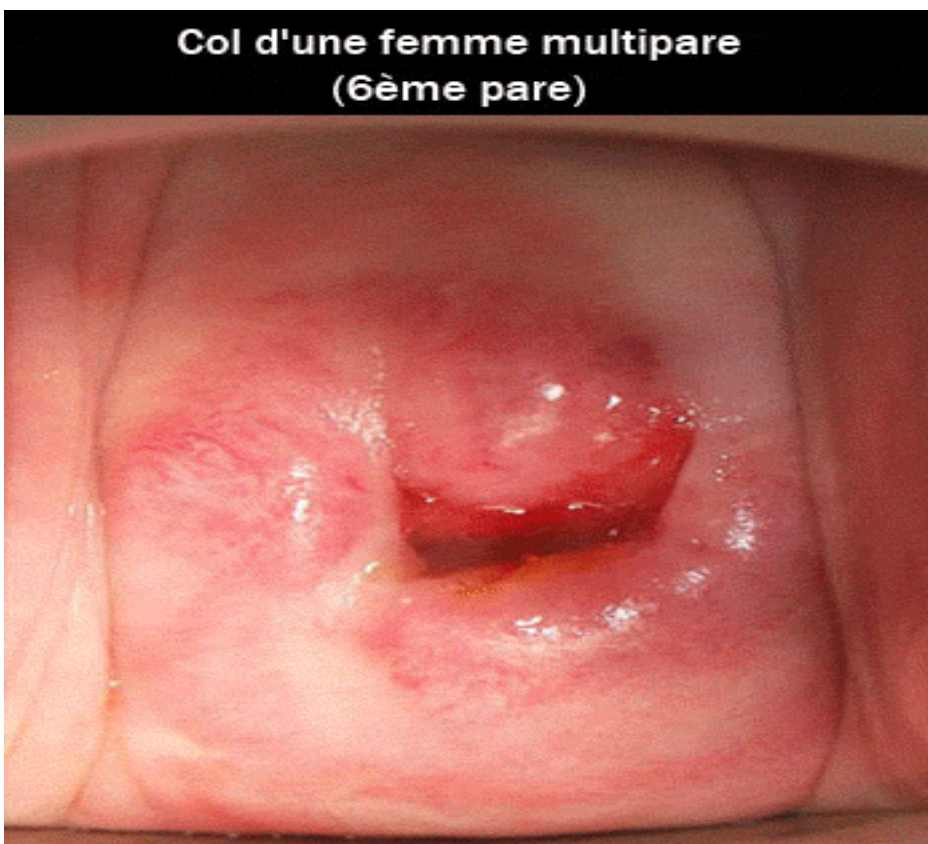
3-1-4 Le Vagin : [12] Le vagin est un conduit musculo-membraneux de 8 à 10cm de longueur. Il est entouré en haut par la portion vaginale du col de l'utérus et se termine en bas par l'ostium du vagin. Il se place au milieu du petit bassin. Le vagin est aplati d'avant en arrière : ses parois antérieures et postérieures se touchent et circonscrivent un espace en forme de H qui permet son déploiement sans augmentation notable de tension.

Structure microscopique : il y a la couche Muqueuse qui tapisse la paroi interne du vagin et faite d'épithélium pluristratifié non kératinisé ; la couche musculaire moyen et la couche séreuse faite de tissus conjonctifs adventitiels unissant le vagin aux organes voisins.

Les sécrétions vaginales proviennent des glandes du col utérin et de cellules desquamées. Elles contiennent environ 0,5 % d'acide lactique qui est produit par des bactéries à partir du glycogène des cellules desquamées. Le milieu acide du vagin (pH 4 à 4,5) réalise une protection des infections ascendantes.



(13)



(13)

3-2 - Rappels sur la physiopathologie des leucorrhées : [14]

3-2-1 - Définition des leucorrhées :

Les leucorrhées sont des pertes non sanglantes provenant de l'appareil génital : endocol, col, vagin, vestibule vulvaire.

3-2-2 - Physiopathologie des leucorrhées :

3-2-2-1- Les Sécrétions 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 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 Döderlein 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'une leucorrhée laiteuse, peu abondante, opalescente, constituée 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^e au 15^e jour du cycle chez une femme bien réglée. Très abondante lors de l'ovulation, elle peut apparaître à la vulve où classiquement elle empêche le linge.

Toutes ces sécrétions physiologiques :

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

3-2-3 - L'infection génitale :

L'infection génitale n'est pas le fait d'une bactérie isolée. Elle met en jeu trois facteurs :

L'hôte (l'appareil génital de la femme avec ses moyens de défenses), les bactéries, le ou les facteurs de contamination.

a) L'hôte :

Appareil génital bas :

Il est formé par la vulve, le vagin, l'exocol. Il est en rapport étroit avec la peau et l'anus et il n'a pas de moyen efficace de fermeture.

On y trouvera donc, en dehors de toute pathologie, une flore digestive et cutanée.

Les sécrétions vaginales contiennent de 10^8 à 10^{12} bactéries par ml. Il s'agit du bacille de Döderlein mais aussi de cocci et bacilles en différentes proportions.

Cette flore banale est souvent transitoire et varie avec les conditions locales : rapports, estrogènes, etc.

Le vagin normal se défend facilement contre ces Bactéries par plusieurs mécanismes : d'une part la muqueuse vaginale produit, à partir de ses souches moyennes et profondes, une grande quantité de glycogène qui est transformée en acide lactique par la flore vaginale, notamment par les bacilles de Döderlein, maintenant le pH inférieur à 5,5, non favorable au développement bactérien. D'autre part la muqueuse vaginale élimine à partir des plexus veineux et lymphatiques un transsudat qui possède des propriétés antibactériennes.

Haut appareil génital :

Il est formé par la cavité utérine, les trompes, les ovaires. Il est normalement stérile.

Ces deux appareils sont séparés par l'endocol qui sécrète en permanence la glaire cervicale, facteur essentiel de défense contre l'ascension bactérienne par action mécanique : orifice réduit et écoulement permanent de l'utérus vers le vagin, et par une action chimique et immunologique due à sa richesse en divers enzymes et immunoglobulines (par exemple cette glaire est capable d'inhiber des cultures de staphylocoques et de streptocoques).

b) Les bactéries et agents infectieux divers :

On les divise schématiquement en deux groupes :

- les agents responsables d'infection spécifiques : *trichomonas*, *Chlamydia trachomatis*, gonocoques, Levures, BK, Tréponème pâle etc.

Ces germes sont généralement transmis par contact sexuel (sauf le BK) et sont responsables de lésions spécifiques dont le diagnostic est clinique.

- les germes ne déterminant pas de lésions spécifiques et pouvant être retrouvés à l'état normal au niveau cervicovaginal : Lactobacilles (Bacille de Döderlein), Streptocoques α hémolytiques non groupables, *Gardnerella vaginalis*, *Candida*, Mycoplasmes etc.

c) Les Facteurs de contamination :

- le partenaire sexuel,
- le Médecin (lors des examens ou lors des explorations gynécologiques),
- la malade elle-même.

3-2-4 Examen d'une femme qui consulte pour une leucorrhée :

- **Un interrogatoire soigneux :** sur la date, les caractères de l'écoulement, les circonstances de survenue et les signes fonctionnels associés (prurit vulvaire, brûlures vaginales, algies pelviennes, dyspareunie etc.)
- **Un examen gynécologique :**
 - l'inspection de la région vulvo-périnéale ;
 - l'examen du vagin entre les valves du spéculum ;
 - l'examen du col ;
 - le toucher vaginal.
- **L'examen extemporané des sécrétions vaginales.**
- **Prélèvement bactériologique au laboratoire.**

Diagnostic direct : [15]

1) Prélèvement :

Les prélèvements doivent être réalisés en l'absence de toilette de la région génitale depuis la veille, en l'absence de tout traitement antibiotique ou aseptique depuis au moins 48 heures et chez la femme en l'absence de rapports sexuels depuis deux jours.

Chez la femme, les prélèvements sont réalisés sur table gynécologique après mise en place d'un spéculum. Des prélèvements multiples doivent être faits au niveau des culs-de-sac vaginaux, des parois vaginales, de l'endocol, éventuellement de l'urètre des orifices des glandes de Skène et de Bartholin.

2) Examen microscopique :

- **Etat frais entre lame et lamelle :**
 - au microscope à fond noir pour la recherche des tréponèmes ;
 - au microscope à contraste de phase pour la recherche des *trichomas* ou des levures ;
 - au microscope à fond clair ou à contraste de phase après addition d'une goutte de KOH à 10% pour la mise en évidence des « clue cells » évocatrice d'une infection à *Gardnerella vaginalis*.
- **Examen après coloration :**
 - coloration au Bleu de Méthylène révélant les Polynucléaires ;
 - coloration de May-Grunwald-Giemsa permettant d'observer l'abondance des cellules épithéliales et surtout des Polynucléaires, de mettre en évidence des *Trichomonas vaginalis*, levures et filament mycéliens, plus rarement des cellules multinucléées géantes avec chromatine marginée (infection herpétique) et exceptionnellement des inclusions de *chlamydia trachomatis*.

- coloration de Gram révélant la présence de Diplocoques à Gram négatif intracellulaire caractéristique d'une blennorragie chez l'homme, une flore vaginale normale constituée de Bacille à Gram positif (lactobacilles de Döderlein) ou au contraire une flore pathologique.
- coloration de Fontana Tribondeau (imprégnation argentine) pour la recherche des tréponèmes.
- coloration à l'hématoxyline de type Papanicolau pour la mise en évidence des cellules atypiques dans l'herpès.

Technique de la coloration de Gram :

1. Préparer un frottis sur une lame propre ;
2. Sécher la lame à l'air, dans une enceinte de sécurité biologique, si possible ;
3. Passer rapidement la lame à la flamme à trois reprises pour fixer le frottis ;
4. Recouvrir le frottis avec la solution de violet cristal - oxalate d'ammonium pendant 1 minute ;
5. Rincer délicatement à l'eau du robinet. Faire égoutter pour enlever l'excès d'eau ;
6. Recouvrir le frottis avec la solution de Lugol pendant 1 minute.
7. Rincer délicatement à l'eau du robinet et égoutter.
8. Décolorer à l'alcool (95%) 5 à 10 secondes ;
9. Colorer le fond à la safranine pendant 20-30 secondes ou à la fuchsine phéniquée pendant 10-15 secondes ;
10. Rincer la lame sous l'eau de robinet, et sécher au buvard ;
11. Examiner le frottis au microscope à l'objectif x 100 à immersion, en utilisant un condenseur donnant une luminosité.

3-3 - Etude des principales Etiologies d'IST

3-3-1 - NEISSERIA GONORRHOÆ

Le gonocoque, *Neisseria gonorrhœæ*, est un cocci à Gram négatif encapsulé, intra ou extra cellulaire dont la transmission est presque toujours sexuelle. [16]

Aérobie stricte de 0,6 μ à 1,0 μ de diamètre appartenant à la famille des Neiseriaceae, il se présente sous forme de diplocoques créant ainsi un aspect « grain de café ». Il a été observé pour la première fois par Neisser en 1879 [17]

C'est l'agent de la gonococcie, il provoque un écoulement urétral purulent chez l'homme. Il peut exister de façon asymptomatique, en particulier chez la femme.

3-3-1-1 - Epidémiologie :

Après un pic dans les années 70, l'incidence de la gonococcie a considérablement chuté dans les pays de l'Europe de l'Ouest et les nouveaux cas sont le plus souvent importés. Des souches de gonocoques résistants à la pénicilline par production de β -lactamase, puis plus rarement aux tétracyclines, sont apparues depuis 1976. [16]

On estime à 25 millions le nombre de nouveaux cas par an d'infections gonococciques. Les formes asymptomatiques contribuent pour beaucoup à la diffusion du germe : elles sont estimées à 10% chez les hommes et 30 à 50% chez les femmes.

Au Sénégal, on a estimé la prévalence de ce germe dans la population globale : 13,1% chez les prostituées ; 1,2% chez les femmes enceintes et 36,8% chez les hommes consultant dans les centres anti-MST. 25,7% des souches isolées étaient productrices de bêta lactamase. [18]

3-3-1-2 Manifestations cliniques :

Le gonocoque est surtout responsable d'infections uro-génitales. L'infection est inapparente surtout chez la femme. Chez l'homme, l'urétrite gonococcique se manifeste, 2 à 6 jours après un rapport sexuel non protégé, par l'écoulement urétral purulent et une dysurie. Chez la femme la gonococcie aiguë non compliquée provoque une dysurie, une pollakiurie, des pertes vaginales et un ténesme ano-rectal. L'endocol utérin est le site initial de l'infection et la contamination de l'urètre et du rectum se fait par des sécrétions vaginales. A partir du col, l'infection peut atteindre les trompes provoquant la salpingite aiguë, cause majeure de stérilité et de grossesse tubaire. Elle se traduit par des douleurs abdominales basses avec des fièvres.

On peut retrouver une conjonctivite purulente des nouveau-nés des mères infectées par le gonocoque.

3-3-1-3 Diagnostic :

Le prélèvement est fait au niveau de l'urètre et du col utérin chez la femme, pour la recherche du gonocoque à l'aide d'un écouvillon fin. [16]

- L'examen extemporané des sécrétions génitales

« **Spontanées** » : Deux lames sont examinées, l'une avec du sérum physiologique, l'autre avec de la potasse à 5 ou 10%. [16]

- Microscopie directe :

Le diagnostic de la gonococcie ne peut être établi que par les examens de laboratoire.

L'identification immédiate se fait sur une lame colorée à partir d'un prélèvement.

Le prélèvement est étalé sur lame, séché puis fixé à l'alcool. Deux types de colorations peuvent être réalisés :

Le Bleu de méthylène qui conserve intact la morphologie des polynucléaires, et pour détecter les diplocoques à Gram négatif.

La coloration de Gram [17], qui donne des résultats plus spécifiques, demeure la méthode de référence. Mais elle est insuffisante chez la femme (le gonocoque doit être différencié des autres Neisseriaceae).

On applique du cristal de violet 2%, pendant 30 secondes, puis on lave doucement sous le robinet, puis on décolore par l'acétone pendant quelques secondes. On rince à nouveau, avant de recolorer par une solution acide de rouge neutre à 2%, pendant environ une minute. On lave à l'eau une dernière fois puis on sèche.

La lame est lue au microscope à immersion avec un objectif de 2mm.

Le gonocoque est un diplocoque intracellulaire à Gram négatif, rouge, réniforme, avec une zone ovale non colorée entre les deux concavités.

3-3-1-4 Culture : Elle apporte la certitude absolue et est réalisée sur milieux spécifiques (gélose chocolat ou de Thayer-Martin au sang cuit) dont les résultats sont obtenus en 24 à 48 heures. La culture permet également de faire un antibiogramme et de rechercher la production de β -lactamase. Il n'existe pas de sérologie fiable des infections gonococciques. [16]

À des fins de recherche, il est recommandé d'approfondir les méthodes d'identification. Et cette identification utilise les caractères biochimiques de *N. gonorrhœæ* qui est Oxydase (+), Glucose (+), et Maltose (-).

Techniques de détection de *N. gonorrhœæ* autres que la mise en culture :

Il s'agit de méthodes de détection à l'Oxydase, l'endotoxine, l'antigène ou l'ADN gonococcique. Toutes se sont avérées plus coûteuses et moins efficaces qu'une technique de mise en culture. Des techniques reposant sur la recherche d'anticorps ont été utilisées, pour détecter les anticorps anti-gonococciques dans les sérums des patients et en sont encore au stade expérimental. [19]

3-3-1-5 Antibiogramme :

Il consiste à mesurer la croissance bactérienne, sur des milieux de culture gélifiés autour des disques de papier buvard calibrés et qui ont été imprégnés d'une quantité d'antibiotique précise. Après incubation à 36°C à l'étuve pendant 24h les disques sont entourés d'une zone d'inhibition dont le diamètre va marquer le caractère sensible, intermédiaire ou résistant à l'antibiotique.

3-3-1-6 Traitement :

Pénicilline G (3g = 5M unités) IM avec Probénicide (1g) : per os
Ceftriaxone ou Ofloxacine avec doxycycline pendant sept jours.
Spectinamycine (2g).

Les endocervicites gonococciques doivent être traitées par la ceftriaxone dose unique de 250mg IM puis par Erythromycine (2g) par jour pendant sept jours. [2]

3-3-2 - CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Il s'agit d'une bactérie cytoparasite obligatoire. Sa découverte remonte à 1906, par Halberstaedter et Von Prowazek- [20].

Les *Chlamydia* sont des bactéries non mobiles, coccoïdes à Gram négatif, dont la taille varie de 0,2 à 1,5µm. [21]

Elle se présente sous 2 formes :

- Corps élémentaires : particules infectieuses de petite taille (0,3µm).
- Corps réticulés : forme métaboliquement active, intracellulaire, se multipliant par division.

Le *Chlamydia trachomatis* est une bactérie intracellulaire obligatoire dont les sérotypes D à K sont responsables d'infections urogénitales sexuellement transmises. L'infection à *Chlamydia trachomatis* est devenue 50 à 80 fois plus fréquente que la gonococcie et représente la première maladie bactérienne sexuellement transmissible dans les pays industrialisés. Contrairement à la gonococcie les infections à *C. trachomatis* seraient plutôt fréquentes chez les femmes appartenant à des classes sociales favorisées. [16]

3-3-2-1 - Pouvoir pathogène

Parmi les 15 sérotypes, seuls les sérotypes D à K sont responsables d'infections des voies génitales et entraînent un grand nombre de cas d'urétrites et cervico-vaginites. Les sérotypes L1, L2, L3 sont responsables de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV).

Les signes cliniques et les symptômes d'infections chlamydiennes peuvent être extrêmement discrets voire totalement absents. L'urétrite à *C. trachomatis* non traité chez l'homme peut évoluer vers l'épididymite. Chez la femme, *C. trachomatis* peut envahir l'endomètre et les trompes de Fallope et déterminer à ces niveaux une endométrite et une salpingite.

3-3-2- 2 - Epidémiologie :

Le *C. trachomatis* est l'agent bactérien le plus fréquent des IST, responsable de 50 millions de nouveaux cas par an dans le monde [22]. Le portage asymptomatique de *C. trachomatis* est incriminé pour beaucoup dans les infections génitales hautes telles que les épидидymites chez l'homme, cervicites, endométrites et salpingites chez la femme.

3-3-2- 3 - Manifestations cliniques :

Le *Chlamydia trachomatis* est une bactérie qui se transmet lors de rapports sexuels non protégés, se multiplie ensuite dans l'appareil génital. Le germe, s'il n'est pas traité, peut envahir les trompes et déclencher une salpingite. Si à ce stade la femme contaminée par ce germe n'est pas traitée, elle peut avoir une inflammation des trompes qui peut se solder par une stérilité.

Il est responsable par ailleurs :

- des urétrites chez l'homme comme chez la femme ;
- d'un trachome (sérotypes A-C) ;
- d'une lymphogranulomatose vénérienne (LGV) (sérotypes L1, L2, L3) ;
- des infections néonatales chez le nouveau-né des femmes infectées par cette bactérie.

3-3-2-4 - Diagnostic :

Les prélèvements sont réalisés chez la femme par écouvillonnage de l'endocol, en procédant par rotations légères pour ramener le maximum de cellules (car *C. trachomatis* est une bactérie cytoparasite intracellulaire), tout en évitant de faire saigner.

3-3-2-5 - Culture :

De nombreuses lignées cellulaires offrent un bon support pour la mise en culture.

La méthode de choix consiste à mettre en culture des échantillons centrifugés, sur des cellules monocouches de Mc Coy synchronisés par le cycloheximide puis à incuber le mélange à 36°C pendant 3 jours et à révéler par Immunofluorescence [23]. La technique est sensible mais peut retarder le diagnostic, et est réservée à des laboratoires spécialisés.

3-3-2-6 - Autres méthodes de diagnostics :

- Test d'Immunofluorescence Directe (IFD);
- Dosage immuno-enzymatique: Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA) directe ;
- Test CHLAMYGEN® : c'est un test rapide;
- Immunofluorescence indirecte (IFI) et ELISA indirecte pour le diagnostic sérologique.

3-3-2-7 - Traitement :

Les cyclines restent l'antibiotique de choix, très actifs sur les *Chlamydia* et pénètrent bien dans les cellules.

Doxycycline 100mg deux fois par jour pendant sept jours.

Azithromycine 1g par voie orale, deux fois par jour pendant 7 jours.

Les endocervicites à *C. trachomatis*: le traitement conseillé fait appel à l'Erythromycine base (2g par jour pendant sept jours) ou 1g par jour pendant 14 jours. [2]

3-3-3 - Gardnerella vaginalis:

La vaginose, autrefois, était appelée la vaginite à *Gardnerella vaginalis*. *G. vaginalis* est un coccobacille à Gram négatif ou à Gram variable communément isolé de l'appareil génital, au niveau des pertes vaginales [15].

La fréquence d'isolement de ce germe du vagin chez la femme indemne d'infection est de 20%, ce qui pose le problème de sa pathogénicité quand il est retrouvé seul [24]. Des prévalences de 31,6% et 15,6% ont été révélées respectivement chez les prostituées et les femmes enceintes en 1993 au Sénégal. [25]

2-3-3-1 [15] Clinique : Il s'agit d'une perte à odeur de poisson pourri, surtout au moment des règles.

Le pH vaginal est supérieur à 4,5 et habituellement à 5.

L'addition de KOH à 10% donne aux sécrétions vaginales une odeur de poisson pourri.

3-3-3-2 L'examen microscopique à l'état frais révèle à la surface des cellules épithéliales vaginales l'aspect de « clue cells » (donnent la clef du diagnostic).

3-3-3-2 L'identification de *G. vaginalis* repose sur la recherche d'une hémolyse sur gélose au sang humain, fermentation de certains sucres, la production d'hippurate et la sensibilité au Métronidazole 50 µg.

La coloration de Gram montre un nombre diminué de lactobacilles, inversement proportionnel au nombre de *G. vaginalis*.

3-3-3-3 La culture est effectuée sur gélose au sang cuit, en anaérobiose et sous atmosphère de 10% de CO₂. Elle est très délicate ; des colonies se développent en 48 à 72 heures d'incubation à 37°C.

3-3-3-4 L'immunofluorescence direct permet avec des anticorps monoclonaux d'identifier *G. vaginalis* et les *mobiluncus*.

3-3-3-5 Le traitement :

- Métronidazole (Flagyl) 500mg 2xjour pendant sept jours.
- Tinidazole (Fasigyme) : une prise unique de quatre comprimés à répéter 8 jours plus tard.
- Erythromycine 2g par pendant sept jours.

3-3-4 Candida albicans : [2]

Le *Candida albicans* donne des candidoses qui sont des mycoses Cosmopolites. C'est un saprophyte des muqueuses digestives, en particulier de la cavité buccale et du côlon (mais jamais de la peau). Il est retrouvé dans le vagin à l'état saprophyte chez 10% des femmes (mais dans 5 à 15% au cours de la grossesse et chez les femmes prenant des contraceptifs oraux).

D'autres levures du genre *Candida* sont responsables des vulvo-vaginites : *C. pseudotropicalis*, *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. glabrata*, *C. parapsilosis*.

De plus 25 à 50% (suivant les enquêtes) des femmes sont porteuses asymptomatiques de *C. albicans* dans la cavité vaginale et on estime que les ³/₄ des femmes feront au moins une infection vaginale due à cette levure dans la vie.

3-3-4-1 Cliniquement : Il existe un prurit, des douleurs à types de brûlures permanentes, exacerbées lors des rapports (Dyspareunie) une dysurie, enfin une leucorrhée blanchâtre, épaisse, grumeleuse et caséeuse. A l'examen, la vulve est oedematiée et rouge, la muqueuse vaginale est érythémateuse et recouverte par endroits d'un enduit blanchâtre. **Prélèvement :** sur le prélèvement on pratiquera un examen direct.

3-3-4-2 Culture :

On utilise les milieux suivants :

- Gélose SABOURAUD
- BOUILLON GLUCOSE

Sur le Sabouraud on observe, après 24 à 48h d'incubation entre 20 et 35°C, on obtient des colonies blanches crémeuses. Dans le bouillon, on observe un trouble homogène avec un voile blanchâtre à la surface.

3-3-4-3 Traitement : Il repose sur

- Nystatine 100 000 à 1 000 000 unités internationales par voie vaginale, une fois par jour pendant 14 jours.
- Miconazole ou Clotrimazole, 200mg par voie intravaginale pendant 7 jours.
- Clotrimazole 500mg par voie intravaginale, en une prise unique.
- Fluconazole 150mg par voie orale, en une prise unique.

3-3-5 *Trichomonas vaginalis* :

Le *Trichomonas vaginalis* [2] est responsable de la trichomonase. Il s'agit d'un protozoaire flagellé globulaire, piriforme ou ovoïde. Il mesure 15 à 30 microns de long sur 7 à 10 microns de large, présente un noyau, un axostyle rigide, plus long que le parasite, quatre flagelles et une courte membrane ondulante. Il est très mobile, s'immobilisant rapidement lorsque le milieu s'assèche ou devient acide. On estime que 10 à 20% des femmes après la puberté sont porteuses du parasite cependant le pourcentage de porteuse est plus élevé dans les pays du Tiers-monde, parmi les prostituées et en général chez les femmes ayant de nombreux partenaires sexuels. En effet *T. vaginalis* a une transmission exclusivement sexuelle, plus rarement par l'intermédiaire de linge ou de serviettes souillées.

Cette notion de transmission se justifie lorsque la trichomonase est diagnostiquée, de rechercher d'autres IST : Gonococcie, *Chlamydia*, syphilis, infection par le VIH, de traiter symptomatiquement les partenaires sexuels en sachant que d'une part plus de 30% de ces partenaires sont parasités et d'autre part que l'affection chez l'homme est le plus souvent, asymptomatique.

3-3-5-1 Cliniquement : on note un prurit vulvaire et vaginal pouvant, s'il est important, entraîner des érosions cutanées, une réaction inflammatoire et œdémateuse locale, de leucorrhées abondantes, fluides ou glaireuses, jaunâtres ou verdâtres et nauséabondes, d'une dyspareunie et d'une dysurie enfin dans 10% des cas environ d'une stérilité.

3-3-5-2 Diagnostic : Chez la femme le prélèvement se fait par écouvillon sous spéculum dans le cul-de-sac postérieur.

L'examen microscopique direct [25] se fait sur un étalement frais de sécrétions vaginales dans l'eau physiologique (NaCl à 0,9%), à l'objectif 40. On reconnaît facilement le parasite à ses mouvements rapides typiques.

La culture est sensible, mais non réalisable en routine.

3-3-5-3 Traitement : Le Métronidazole et Tinidazole s'imposent.

Métronidazole, 2g par voie orale en une dose unique (contre indiqué pendant le premier trimestre de la grossesse)

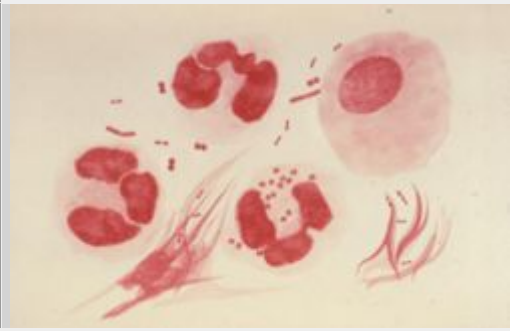
Tinidazole, 2g par voie orale en une dose unique (contre indiqué pendant le premier trimestre de la grossesse).

3-3-5 Autre Germes :

- Le *Mobiluncus* [26] son rôle exact dans la pathogénie de la vaginite chronique n'est pas encore défini.

- Les mycoplasmes (*Mycoplasma hominis* et *Ureaplasma hominis*) sont des parasites des voies génitales et la transmission est en relation avec l'activité sexuelle.

Neisseria gonorrhœe



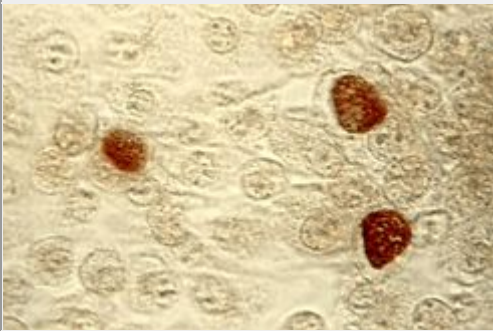
Neisseria gonorrhœe

Classification classique

<u>Règne</u>	<i>Bacteria</i>
<u>Embranchement</u>	<i>Proteobacteria</i>
<u>Classe</u>	<i>Beta</i> <i>Proteobacteria</i>
<u>Ordre</u>	<i>Neisseriales</i>
<u>Famille</u>	<i>Neisseriaceae</i>
<u>Genre</u>	<i>Neisseria</i>

(27)(28)

Chlamydia trachomatis



Chlamydia trachomatis

Classification classique

<u>Règne</u>	<i>Bacteria</i>
<u>Embranchement</u>	<i>Chlamydiae</i>
<u>Ordre</u>	<i>Chlamydiales</i>
<u>Famille</u>	<i>Chlamydiaceae</i>
<u>Genre</u>	<i>Chlamydia</i>

Nom binominal

Chlamydia trachomatis

Trichomonas vaginalis



Légende

Classification classique

<u>Règne</u>	<i>Protista</i>
<u>Embranchement</u>	— à préciser —
<u>Classe</u>	<i>Parabasalia</i>
<u>Ordre</u>	<i>Trichomonadida</i>
<u>Famille</u>	<i>Trichomonadidae</i>
<u>Genre</u>	<i>Trichomonas</i>

Nom binominal

Trichomonas vaginalis

(29) (30)

Candida albicans

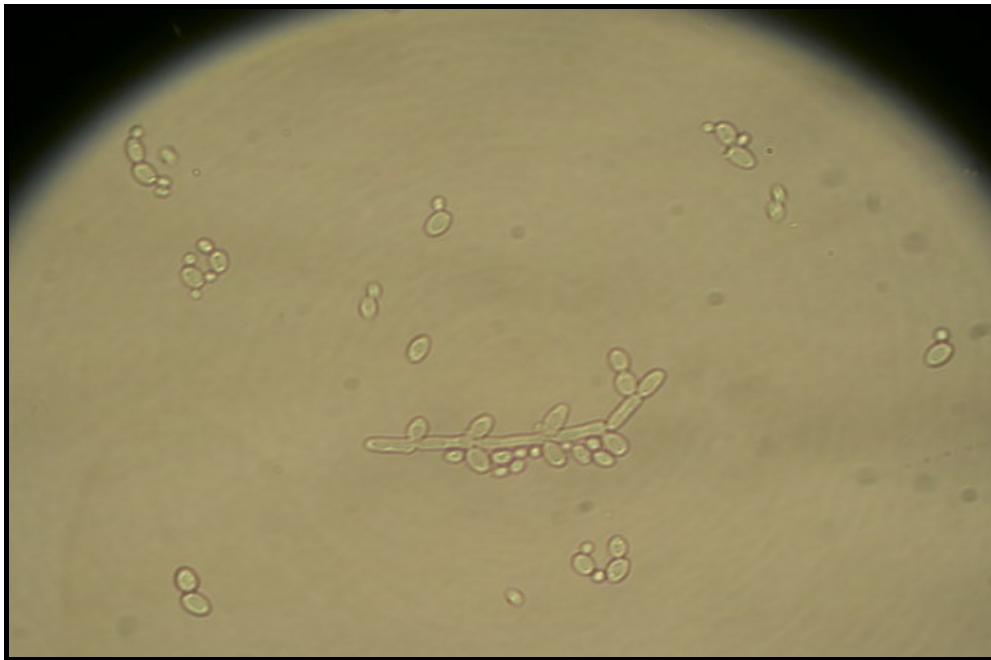


Candida albicans sur lame de **milieu RAT**

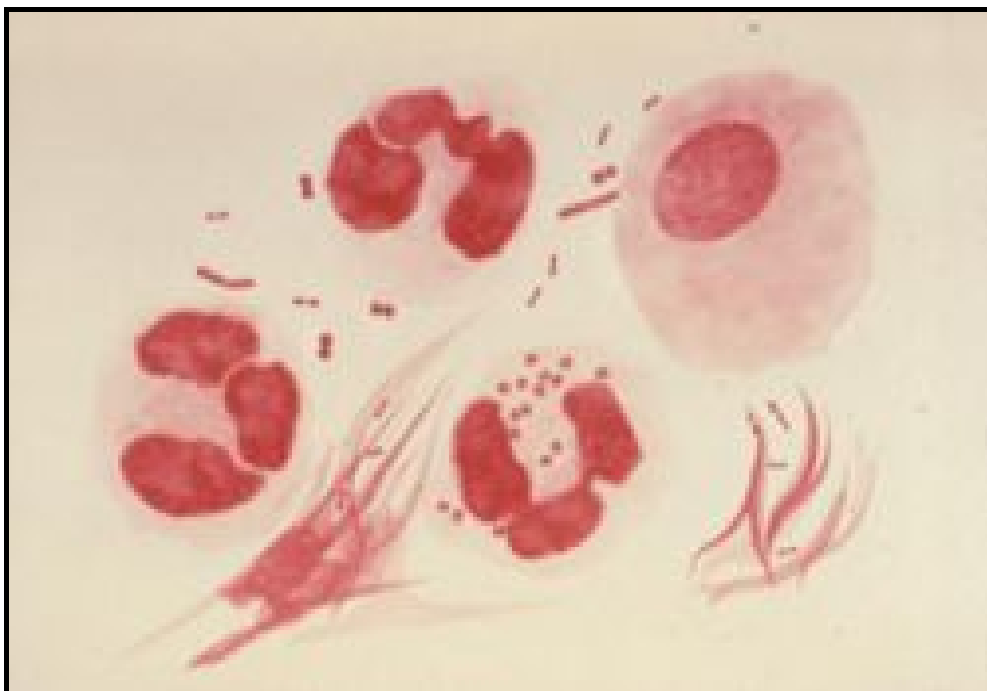
Classification classique

<u>Règne</u>	<i>Fungi</i>
<u>Division</u>	<i>Ascomycota</i>
<u>Classe</u>	<i>Saccharomycetes</i>
<u>Ordre</u>	<i>Saccharomycetales</i>
<u>Famille</u>	<i>Saccharomycetaceae</i>
<u>Genre</u>	<i>Candida</i>

Nom binominal

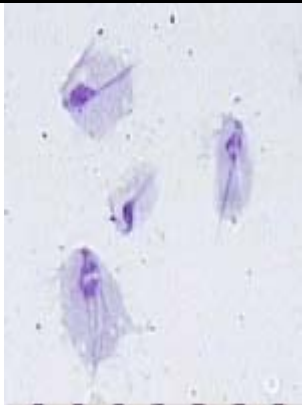

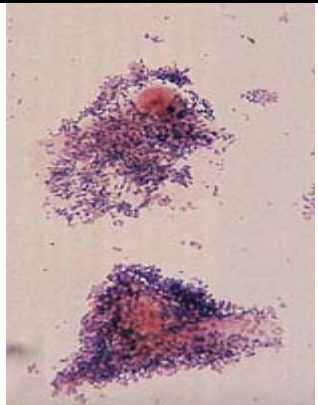


Cas typique de *Candida albicans* (30)



NEISSERIA GONORRHŒÆ (27)

Tableau I : Etude comparative des trichomonases, candidose et vaginose. [31]

	<i>Trichomonas</i>	<i>Candida</i>	Vaginoses
Irritation vulvaire	modérée	importante	Pas ou peu
Douleur vulvaire	présente	importante	Absente
Dysurie	oui	oui	Non
Vagin érythémateux	oui	Oui + vulve	Pas ou peu
Leucorrhées	profuses	modérées	modérées
Couleur des pertes	Verte	Blanc crème	Gris clair
Consistance des pertes	Aqueuse, mousseux, nauséabond	Fine aqueuse, parfois aspect « lait caillé »	Homogène, liquide
pH	>5	<4,5	>5
Test à la potasse	Parfois positif	Négatif	Toujours positif
Examen microscopique	ED : <i>Trichomonas</i> très mobile	ED : levures ou filaments	Gram : « clue cells »
Leucocytes par champ	>10	>5	<5
Traitement	 <i>Trichomonas vaginalis</i> , Giemsa Métronidazole	 Candida : filaments et levures, examen direct. Nystatine ovule	 "Clue cells", Gram Métronidazole

ED : Examen Direct.

3-4 - Les Syndromes d'IST chez la femme :

3-4-1 L'écoulement Cervico-vaginal :

Les écoulements cervico-vaginaux dûs à des IST sont anormaux par leur couleur, leur odeur et/ou leur abondance. L'écoulement peut s'accompagner de prurit, d'œdème, de dysurie ou de douleurs abdominales basses. Il constitue le motif, le plus fréquent de consultation gynécologique des femmes sexuellement actives. [24]

La cervicite en perturbant la fonction physiologique de la glaire cervicale, peut être un facteur de stérilité chez la femme.

3-4-2 Les cervico-vaginites à bactéries pathogènes opportunistes (BPO) ou à « Pyogènes » [14]

- **Aspect clinique :** Les femmes consultées pour « irritation » et leucorrhées « jaunâtres » sans odeur caractéristique et d'abondance variable. Le prurit n'est pas exceptionnel notamment au cours des infections à Streptocoque du groupe B.

L'examen au spéculum permet d'observer, à l'opposé des vaginites non spécifiques, de réels signes inflammatoires : exocervicite sur une large ectopie cervicale avec glaire mucopurulente, ou vaginite érythémateuse associée ou non à une vulvite. Il faut insister sur le dépistage de telles cervico-vaginites pendant la grossesse par l'examen au spéculum car on connaît le leur rôle dans l'étiologie des menaces d'accouchement prématuré (MAP), des ruptures prématurées des membranes (RPM), des chorioamniotites, des méningites et septicémies néonatales.

À l'examen d'un frottis coloré par la méthode de Gram, on constate la quasi-disparition de la flore normale remplacée par des **cocci Gram positif** et/ou des **bacilles Gram négatif**.

3-4-3 Les endocervicites

Elles sont souvent peu symptomatiques et parfois responsables de leucorrhées, qu'elles soient ou non associées à une vulvo-vaginite.

Elles précèdent souvent les infections utéro-annexielles.

Il y a les endocervicites à gonocoques et les endocervicites à *Chlamydia trachomatis*.

3-4-4 Les cervicites aiguës dans un contexte à risque infectieux :

Elles se voient surtout dans le post-partum et le post-abortum. Le traumatisme, la déchirure du col de l'utérus provoquent l'éversion de la muqueuse endocervicale qui se trouve alors dans le vagin et s'y infecte. Cette infection du col provoque une lymphangite des paramètres.

Le diagnostic repose sur :

- la leucorrhée glaireuse, purulente,
- l'aspect du col, congestif, œdématisé,
- l'aspect de la muqueuse endocervicale (rouge, recouvert d'un enduit purulent)

3-4-5 Ulcérations génitales :

On appelle ulcération génitale une perte de substance tégumentaire des organes génitaux. Les ulcérations génitales peuvent être douloureuses ou indolores et s'accompagnent fréquemment de lymphadénopathie inguinale. Les principaux germes sexuellement transmissibles qui provoquent des ulcérations sont *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducreyi*, *Calymmatobacterium granulomatis* (sérotypes L1, L2, L3), le virus herpès simplex types 1 et 2. [24]

3-4-6 Les Algies pelviennes ou douleurs pelviennes chez la femme :

Une douleur pelvienne ou douleur abdominale basse chez la femme est souvent associée à une infection génitale haute. C'est un motif fréquent de consultation en gynécologie. Ce terme inexact sur le plan diagnostic, sert à désigner des infections soupçonnées ou confirmées (salpingites, endométrites, péritonites pelviennes, ovarites etc.) dues à des micro-organismes qui diffusent généralement par voie ascendante à partir de l'appareil génital bas pour envahir l'endomètre, les trompes de Fallop, le péritoine et les ovaires. Lorsqu'une femme se présente pour une douleur pelvienne, avant d'évoquer une étiologie médicale gynécologique ou autre, il faut exclure d'abord une possible urgence chirurgicale, par l'anamnèse bien menée.

Une enquête faite en Angleterre a montré que 20 à 30% des femmes se plaignent de douleurs pelviennes, 45 à 97% de dysménorrhée et seulement 8% de dyspareunie (Zondervan, 1998) [32]

On doit préciser les caractères de la douleur :

- La date d'apparition,
- Le type, siège et irradiation de la douleur,

On doit faire un examen physique et gynécologique :

L'examen au spéculum (sans lubrifiant) recherche :

- Une bride vaginale ;
- Une leucorrhée plus ou moins évocatrice de *Trichomonas*, de mycose, de gonocoque et de *Chlamydia* ;
- Une glaire cervicale louche ou purulente ;
- Un ectropion infecté.

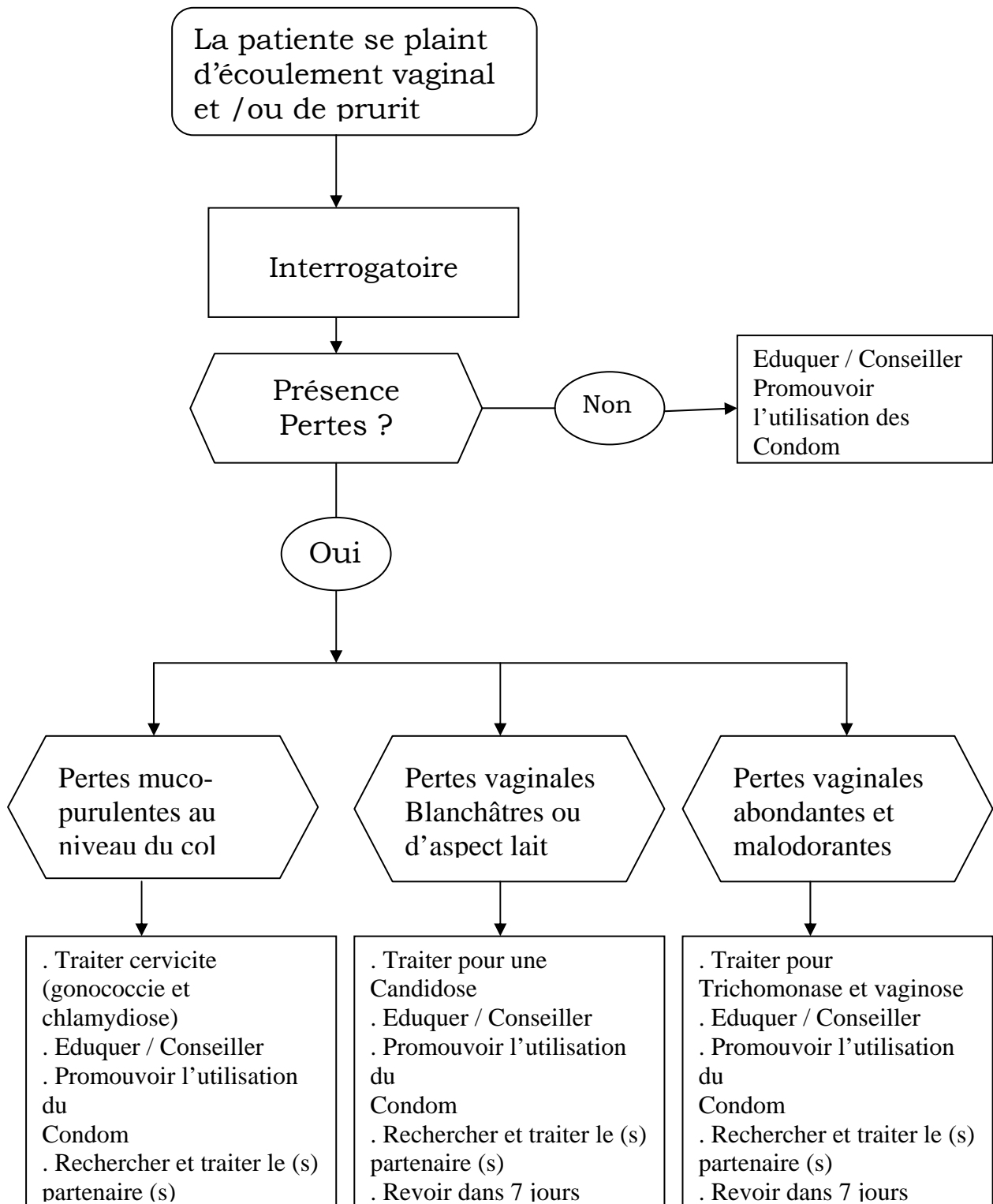
Le toucher vaginal à un ou deux doigts combiné au palper abdominal apprécie : la mobilité du col, l'aspect du corps utérin, les culs-de-sac latéraux et les annexes, les culs-de-sac de Douglas.

Les examens complémentaires donnés en fonction des éléments d'orientation : l'échographie abdominale, un prélèvement bactériologique endocervical etc.

Sur le plan étiologique, plusieurs causes sont à rechercher, mais les infections génitales (vulvo-vaginite et cervicite) sont les plus fréquentes.

3-5 Écoulement Vaginal (Examen avec spéculum)

Définition : Sécrétion anormale provenant du vagin ou du col de l'utérus accompagnée ou non de cervicite.



OUEDRAOGO E. A. [35]

IV. METHODOLOGIE

IV METHODOLOGIE :

1) Lieu et cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au Cabinet Duflo et à l'ASCOTAM dans la commune urbaine de Mopti.

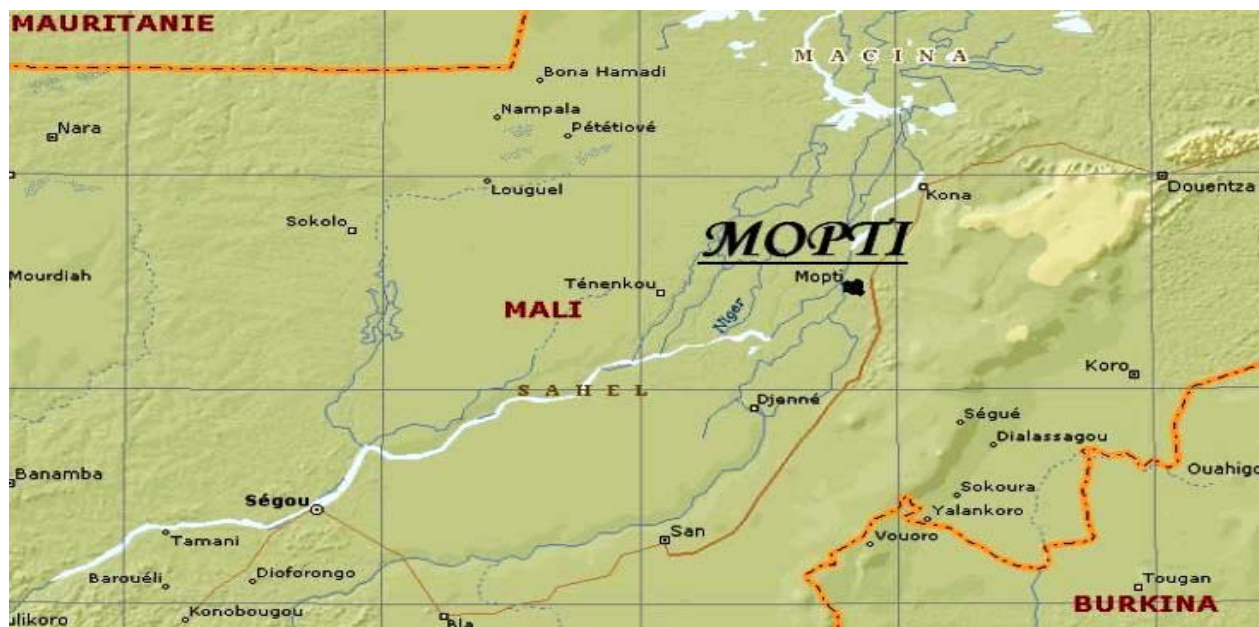
La ville de Mopti :

De façon générale, la région de Mopti est considérée comme parmi les plus pauvres au Mali. Mopti est la troisième ville du pays. Le nombre d'habitants s'élève à près de 100 000 personnes. La densité de la population est de plus de 400 habitants par kilomètre carré, regroupée en grande partie sur la berge du fleuve Niger qui est surpeuplée et très insalubre.

La ville de Mopti est divisée en deux parties, Mopti ville (78 000 habitants) au bord du fleuve et Sévaré (14 000 habitants), quartier de Mopti situé à 13 kilomètres de Mopti, sur l'axe de Bamako Mopti Gao.

Les Ethnies dominantes sont : les Peulh, les Dogon, les Bozo, les Sonrhäi, les Bamanan.

Les langues Peulh et Bamanan servent de moyen de communication.



Le Cabinet Duflo :

Il est la première structure sanitaire Privée de Mopti.

Le personnel : Deux Médecins dont l'un permanent, un Gestionnaire, deux Infirmiers et deux Laborantins, un Manœuvre et un Gardien.

Les unités :

- Une salle de consultation Médicale ;
- Deux salles d'observation ;
- Un Laboratoire d'analyse ;
- Un Magasin,

Il y a le logement du Médecin et du gardien.

ASACOTAMB :

ASCOTAMB (Association de santé communautaire Taïkri, Mossinkoré, Bougoufiè)

Créé en Octobre 1991.

Personnels :

- Un Médecin ;
- Une Obstétricienne ;
- Une Matrone ;
- Une Vaccinatrice ;
- Une Gérante ;
- Un Manœuvre.

Unités :

- Consultation curative ;
- Consultation prénatale ;
- Unité de vaccination ;
- Soins ;
- Accouchement ;
- Salle d'observation ;
- Dépôt de Pharmacie ;

En 2006 : 2447 patients consultés sur une population de 26 653 habitants.

545 CPN dans l'année.

En 2007 : 900 CPN en six mois d'activité.

385 accouchements.

2) Période de l'étude :

Notre étude a été faite du 1^{er} Janvier 2007 au 30 Juin 2007.

3) Type de l'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale longitudinale.

4) Population d'étude :

Notre étude a concerné toutes les femmes en âge de procréer vivant dans la commune urbaine de Mopti.

5) Critères de l'étude :**a) Critères d'inclusion :**

- Toutes les patientes reçues en consultation dans les différents centres retenus ;
- Tous les cas de cervicite cliniquement confirmée.

b) Critère de non inclusion :

- Les patientes n'ont pas été consultées dans les différents centres retenus, les jeunes filles impubères, les patientes ayant un cancer du col de l'utérus confirmé.

6) Echantillonnage :

SANGARE A. [7] a observé une
Prévalence de la cervicite à 04,60%

$$P = 04,60\% = 0,046$$

$$q = 1 - P = 1 - 0,046 = 0,956$$

$$\epsilon\alpha = 1,96 \text{ sensiblement égal à } 2$$

$$i = 5\% = 0,05$$

$$n = 70,21.$$

$$n = \frac{\epsilon\alpha^2 Pq}{i^2}$$

Donc la taille minimale de la cervicite à observer dans la population est de 71 patientes. Mais dans notre étude nous avons voulu aller au delà de 130 cas.

❖ La taille de l'échantillon :

Nous avons observé 132 cas de cervicites de diagnostic clinique et bactériologique dans les centres retenus pour l'enquête.

❖ Technique de collecte :

On a appliqué l'entretien individuel et confidentiel pour la collecte de nos données.

Une salle a été choisie uniquement pour recevoir la patiente dès qu'un diagnostic clinique de cervicite était établi. Un entretien minutieux, attentif, et approfondi a été mené avec chaque patiente. Son but était de remplir la fiche d'enquête, de recueillir des informations sur les antécédents et les symptômes et les sensibiliser sur les démarches que nous avons prévues. Ainsi chaque patiente était rassurée quand à la confidentialité de l'entretien.

❖ **Collecte des données :**

Les Registres de consultation, les Supports (fiches d'analyse, ordonnances antérieures etc.) et les fiches d'enquête nous ont servi de base de données pour aboutir à l'échantillon reçu.

❖ **Informatisation des données :**

La Masque de Saisie, la Saisie, l'analyse des données ont été effectuées sur EPI INFO 6.0 et le traitement de texte sur World.

❖ **Aspect éthique :** (Quel a été le bénéfice de l'étude pour celles qui participent à l'étude ?).

La structure (Cabinet DUFLO) a acheté les médicaments et matériels nécessaires pour la toilette vaginale. Chaque patiente bénéficiait de cette prise en charge gratuitement. Elle a aussi assuré notre prise en charge durant toute la période de l'enquête.

Nous avons eu le consentement des patientes pour l'examen et les photos.

7) Description du diagnostic clinique de la cervicite :

➤ **L'accueil :**

Toutes nos patientes ont été bien accueillies et bien rassurées. C'est ainsi qu'on demandait le motif de consultation.

➤ **L'interrogatoire :**

Il a été orienté d'abord en fonction des motifs de consultation.

Puis un questionnaire a été adressé aux patientes sur les symptômes des IST tels que : les écoulements vulvaires, les prurits vulvaires, les dyspareunies, les algies pelviennes etc. Et cela, même si le motif de consultation était différent de ces signes.

➤ **Examen physique :**

Une explication de la symptomatologie clinique a été donnée aux patientes dans le but de les rassurer sur ce qu'on va rechercher à l'examen physique.

La patiente rassurée, ayant donné son accord pour l'examen, était installée sur la table gynécologique.

Un examen physique complet était fait : inspection, palpation, auscultation, percussion cela de la tête au pied.

On notait les signes cliniques en faveur du diagnostic de la cervicite, les ulcérations vulvaires, les œdèmes vulvaires, les cicatrices d'intervention et les lésions de grattage.

➤ **Examen gynécologique :**

Après avoir rassuré la patiente et après l'avoir mis en position gynécologique, un spéculum choisi en fonction de la morphologie de la patiente, était placé sans lubrifiant. Mais souvent le spéculum était lubrifié avec du sérum physiologique pour faciliter sa mise en place et ne pas perturber la flore vaginale.

Après illumination, le col de l'utérus était bien répertorié.

On recherchait en faveur d'une cervicite : des rougeurs cervicales, l'aspect de la glaire cervicale (purulente ou changement de son aspect), l'ectropion infecté, les sécrétions endocervicales (purulentes ou louches).

Un prélèvement à l'aide d'un écouvillon était fait. On y ajoutait quelques gouttes de sérum physiologique pour l'examen bactériologique (au cabinet DUFLO).

Mais à l'ASACOTAMB, il n'y avait pas de laboratoire. Après examen gynécologique, les cas de cervicites cliniquement diagnostiqués étaient adressés au CSRéf de Mopti. Un contrat existait entre les deux centres concernant le bilan des CPN.

Certaines patientes, sont allées faire leur analyse à l'hôpital régional de Mopti.

➤ **Toucher Vaginal :**

L'examen gynécologique était terminé par le toucher vaginal à la recherche d'une sensibilité cervico-vaginale.

8) Méthodologie des examens Complémentaires :

- Prélèvement Vaginal :

Nos prélèvements ont été analysés dans les laboratoires de l'hôpital régional de Mopti, le CSRéf et le Cabinet DUFLO.

Les cas de cervicites diagnostiqués à l'ASACOTAMB étaient adressés au CSRéf de Mopti. Il existait un traitement particulier entre les deux structures ; quant aux prix des examens notamment chez les femmes enceintes. Ce qui fait que beaucoup de nos patientes ont pu faire un bilan conséquent.

Les autres examens complémentaires étaient demandés en fonction de leur nécessité et de la possibilité financière des patientes.

Il faut noter que la culture n'était pas réalisable dans la région de Mopti. Ce qui fait que cela a manqué dans notre étude.

- Les sérologies VIH ont été faites au CESAC et à l'hôpital régional de Mopti.

Parmi les 3 cas de séropositivité observés, deux étaient déjà suivis aux CESAC de Mopti et le 3^{ème} cas a été découvert au Cabinet DUFLO et adressé au CESAC.

- Le dépistage du cancer du col de l'utérus : volontaire et gratuit au Mali cet examen n'est pas faisable à Mopti. Seulement lors des campagnes de sensibilisation, des équipes de dépistages volontaires se déplacent pour sillonner l'intérieur du Mali.

Parmi les patientes ayant bénéficié de cet examen, certaines ont été adressées à l'unité de dépistage de la commune¹ du District de Bamako. De là, les pièces étaient adressées à l'INRSP. Mais d'autres ont été vues avec le résultat d'un dépistage du cancer de l'utérus.

Cet examen a été demandé aux patientes qui avaient la facilité de se rendre à Bamako.

9) Description des Etapes pour une toilette vaginale :

Il faut noter que dans la littérature, nous n'avons eu aucune donnée, aucun travail sur l'application des toilettes vaginales dans la prise en charge des cervicites. Donc c'est une innovation. Nous avons appelé cette en charge des cervicites par les toilettes vaginales avec antiseptique plus coton, la méthode **Yamadou Malick Abdoul Karim Sangaré**.

➤ **Matériels dont on disposait :**

- Une Table gynécologique
- Une lampe scialytique
- Quatre Bassinets
- 15 spéculums (Colin et Cusco)
- Pincés à cœur long
- Pincés longues avec griffes
- Boîte de Gant et de doigtier à usage unique
- Solution antiseptique acide moussante
- Compresses et coton Hydrophile
- Haricots
- Eau de décontamination préparée avec l'eau de Javel dans un récipient
- Stérilisateur électrique
- Poubelle

➤ **Méthode :**

- Informer, sensibiliser et rassurer la patiente sur ce qu'on va faire et sur l'évolution de la pathologie ;
- Mettre la femme en position gynécologique
- Mettre le bassinets sous la patiente ;
- Allumer la lampe ;
- Placer le spéculum (type et dimension en fonction de la morphologie de la patiente) ;
- Bien visualiser le col de l'utérus;
- Badigeonner le col de l'utérus avec une compresse ou un coton imbibé de solution antiseptique acide moussante (Till solution utilisée);
- Nettoyer le col de l'utérus avec une compresse sèche pour l'assécher ;
- Imbibé une compresse de la solution de Bétadine gynécologique et la placer en contact du col de l'utérus pendant au moins 2 heures ;

- Mettre les matériels (spéculum, pinces utilisés) dans le l'eau de décontamination.
- Informer la patiente de la présence d'une compresse intravaginale qu'elle doit retirer après au moins 2heures ;
- Remercier la patiente et lui fixer un rendez-vous ;
- Mettre les compresses utilisées dans la poubelle ;
- Lavage soigné des matériels utilisés puis leur stérilisation.

10) Avantage des toilettes vaginales :

Très peu d'antibiotiques par voie générale diffusent dans les tissus épithéliaux cervicaux.

Les antibiotiques par voie locale (ovules) n'atteignent pas efficacement la muqueuse cervicale quand celle-ci est recouverte d'enduit (sécrétions purulentes).

La toilette vaginale va éliminer ces enduits et permettre aux antibiotiques une bonne fixation sur la muqueuse cervicale.

Donc l'association de l'antibiothérapie par voie générale et/ou locale à la toilette vaginale augmente l'efficacité du traitement et diminue le taux de rechute et de résistance aux antibiotiques.

11) Schémas thérapeutiques :

Les antibiotiques ont été choisis en tenant compte :

- De l'efficacité de l'antibiotique sur le germe ;
- Du degré de gravité et la chronicité de la cervicite ;
- Des conditions financières de la patiente ;
- Du terrain (état de grossesse).

Schéma 1 : Doxycycline 200mg (8, 18, 24 jours).

Schéma 2 : Doxycycline 200mg + Ciprofloxacine 500mg en 10 à 14 jours associé Clotrimazole ovule (7 jours) ou Nystatine ovule pendant 14 jours plus ou moins Métronidazole orale.

Schéma 3* : (Femme enceinte) : Cefixime 400mg en prise unique Erythromycine 500mg (10 jours) plus Nystatine ovule (14 jours) ou Clotrimazole ovule (7 jours)

Schéma 4¹ : Erythromycine 500mg (10 jours) plus Benzatille Bi pénicilline injectable 2 M 400 (1 injection par semaine 4 fois).

Pour les cervicites associées à d'autres pathologies :

- Cervicite et BW positif

Schéma 5¹ : Erythromycine 500mg (14 jours) plus Benzatille Bi pénicilline injectable 2 M 400 (1 injection par semaine 4 fois) ou Roxithromicine 150mg (2 ou 4 semaines) seule avec en association Nystatine ovule (14 jours) ou Clotrimazole ovule (7 jours).

- Cervicite et Toxo positif

Schéma 6¹ : Spiramycine 150mg pendant quatre semaines

- Cervicites et Widal positif

Schéma 7 : Norfloxacin 400mg (14 jours) puis Ciprofloxacine 500mg plus Doxycycline 200mg pendant 7 ou 14 jours ; plus ou moins une ovule.

Schéma 8* (Femme enceinte) : Ceftriaxone 1g IVD lente pendant 5 jours puis Erythromycine 500mg (10 jours) et/ou une ovule.

NB : En général un traitement antifongique a été fait en fin de l'antibiothérapie. Ce qui avait pour but d'une part, prendre en charge les candidoses digestives, ne pas diminuer l'efficacité de l'antibiotique choisi et d'autre part, éviter les candidoses post antibiothérapie (sauf contre indication).

* désigne le schéma strictement utilisé chez la femme enceinte ;

¹ désigne le schéma utilisable chez la femme enceinte ou pas.

V. RESULTATS

V. RESULTATS :

Durant la période de l'étude allant 1^{er} Janvier au 30 Juin 2007, nous avons recensé 132 cas sur 769 patientes en âge de procréer.

1) Nombre de cas de cervicites diagnostiqués :

Effectif des patientes reçues au cabinet DUFLO de Mopti.

	Janv.	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Total
Nombre de patientes entre 13 à 50ans	43	63	158	63	78	59	464
Nombre de cas de Cervicites	6	7	24	13	13	5	68

Total1 : **68 cas de cervicites** ont été reçus au Cabinet DUFLO en fonction des patientes âgées de 13 à 50ans (464 patientes), soit **14,6%**.

Effectif des patientes reçues à l'ASACOTAMB de Mopti.

		Mai	Juin	Total
CM	Nb de patientes âgées entre 13 à 50ans	59	68	127
	Nb de cas de cervicites	12	15	27
CPN	Nb de patientes Reçues en CPN	178		178
	Nb de cas de cervicites	37		37

Total2 : **64 cas de cervicites** ont été reçus à l'ASCOTAMB de Mopti.

Le pourcentage des cas de cervicites reçues en CM (27 cas) en fonction des patientes âgées de 13 à 50ans reçues en CM (127 patientes), est de **21,3%** ; celui des cas de cervicites reçues en CPN (37 cas) en fonction de l'ensemble des femmes (178 patientes) reçues en CPN est de 20,8% en un mois.

Sur l'ensemble :

- La tranche d'âge des patientes de 13 à 50 ans reçues en consultation : **769** Patientes ;
- Nombre de cas de cervicites diagnostiquées : **132** cas soit **17,2%** en fonction des patientes âgées de 13 à 50 ans.

2) Données sociodémographiques :

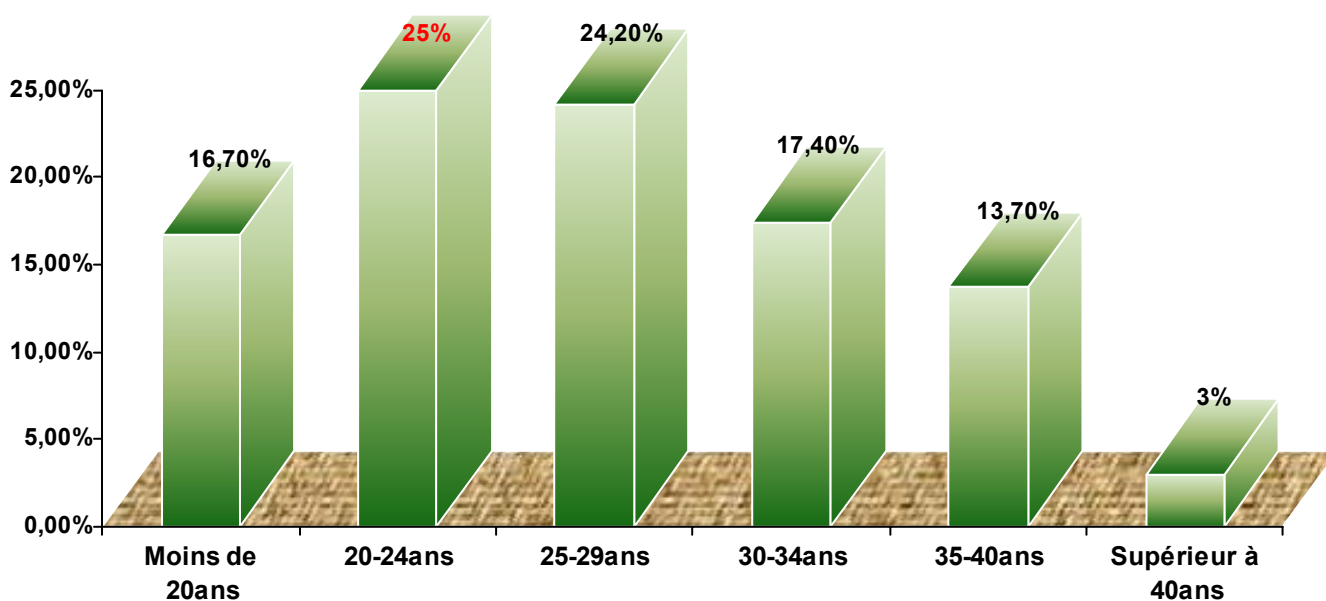


Figure 1: Répartition des Patientes en fonction de l'âge.

La Tranche d'âge de 20-24 ans a été la plus élevée 25%.

Tableau I : Répartition des patientes en fonction de la profession.

Profession	Fréquences	Pourcentages
Femmes au foyer	102	77,2
Vendeuses /Commerçantes	9	06,8
Elève/Etudiantes	6	04,5
Salariées	5	03,8
Restauratrices	2	01,5
Couturières	3	02,3
Autres	5	03,8
Total	132	100%

Autres : Aide-ménagère=1, Coiffeuse=1, Tailleuse=1, Transitaire=1, secrétaire=1 ;

Les Femmes au foyer ont constitué 77,2% de la l'échantillon.

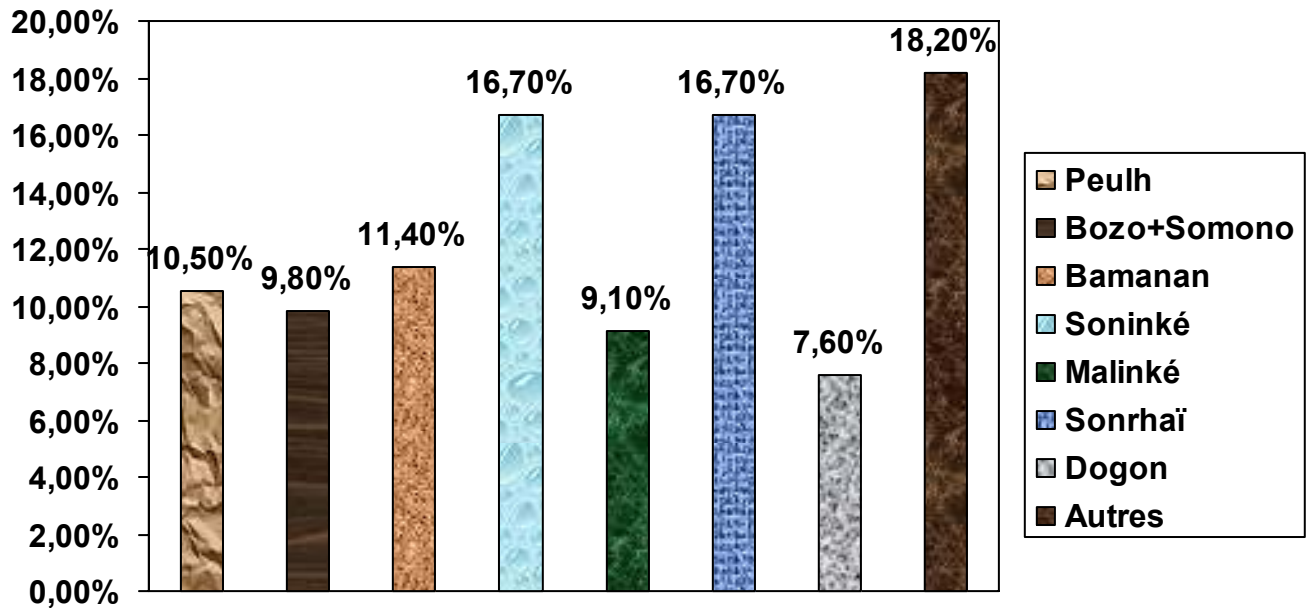


Figure 2: Répartition des Patientes en fonction de leur Ethnie.

Autres : Sénoufo=3 ; Minianka=4 ; Bobo=2 ; Bela=5 ; Mossi=6 ; Diawaodo(Niger)=1, Haoussa(Niger)=1, Kakolo=1, Ebré(Nigeria)=1.

Les Soninké et les Sonrhäi ont représenté 16,7%.

Tableau II : Répartition des patientes en fonction du niveau d'instruction.

Niveau	Fréquences	Pourcentages
Non alphabétisée	77	58,3
Niveau primaire	40	30,2
Niveau secondaire	14	10,6
Niveau supérieur	1	00,8
Total	132	100%

Plus d'une femme sur deux des femmes de notre série était analphabète soit 58,3%.

Tableau III : Répartition des Patientes en fonction de la Provenance

Provenance	Fréquences	Pourcentages
Cabinet DUFLO	68	51,5
ASACOTAMB	62	47,0
AM	2	01,5
Total :	132	100%

Selon la provenance, 51,5% des Patientes ont été reçues au Cabinet DUFLO de Mopti. Les deux patientes de l'AM nous ont été adressées pour prise en charge, après un diagnostic clinique.

3) Motif de consultation :

Tableau IV : Répartition des patientes en fonction du Motif de consultation.

Motif de consultations	Fréquences	Pourcentage
Leucorrhées	15	11,4
Douleur pelvienne	19	14,4
Prurit+leucorrhée+ Douleur pelvienne	16	26,6
Douleur pelvienne +dyspareunie	3	
Leucorrhée +douleur pelvienne +dyspareunie	4	
Autres associations	12	
CPN	30	22,7
Désirs de grossesses	5	03,8
Hypoménorrhée	1	00,8
Métrorragie	2	01,5
Motifs Médicaux	25	18,9
Total :	132	100%

Les motifs de consultations étaient marqués par les CPN 22,2%, suivaient la douleur pelvienne 14,4% et les leucorrhées 11,4%. Il faut noter cependant quelques associations de motifs dont le chef de file est l'association prurit, leucorrhée plus douleur pelviennes.

4) Antécédents :

- Gynécologiques :

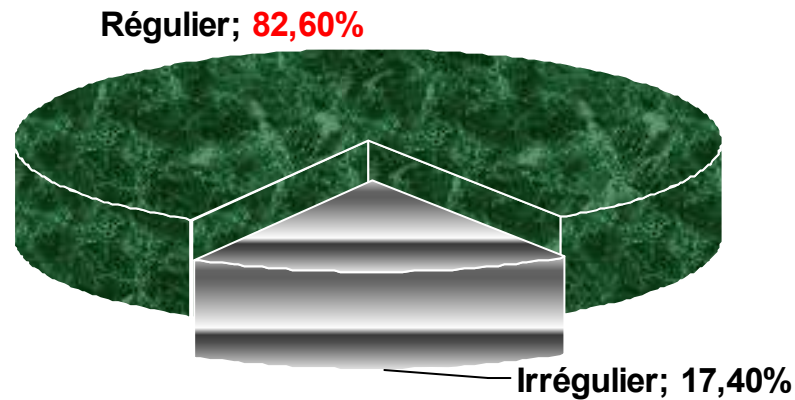


Figure 3: Répartition des patientes en fonction de la régularité du cycle menstruel (28 jours).

Le cycle menstruel de nos patientes a été régulier dans 82,6% des cas.

Tableau V : Répartition des patientes en fonction de la durée des menstruations.

Durée en jour	Fréquences	Pourcentages
Inférieure à 3js	14	10,6
4js	86	65,1
5 et 6js	29	22,0
Plus de 6js	3	02,3
Total :	132	100%

La durée des menstruations à 4js a été retrouvée à 65,1%.

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction de la connaissance de l'âge de la ménarche.

Ménarche en Nb d'année	Fréquences	Pourcentages
Inconnue	80	60,6
11-13ans	26	22,0
14-15ans	18	13,6
16ans ou plus	3	03,8
Total :	132	100%

Plus de la moitié des patientes de notre étude avait une méconnaissance de l'âge de la ménarche 60,6% des cas.

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction du Statut matrimonial.

Statut matrimonial	Fréquences	Pourcentages
Mariée monogame	76	57,6
Mariée polygame	36	27,3
Célibataire	11	08,3
Divorcée	4	03,0
Veuve	3	02,2
Concubinage	2	01,5
Total	132	100%

Les Mariées monogames ont constitué 57,6% de nos patientes, tandis que les divorcées, veuves et les concubins étaient faiblement représentés.

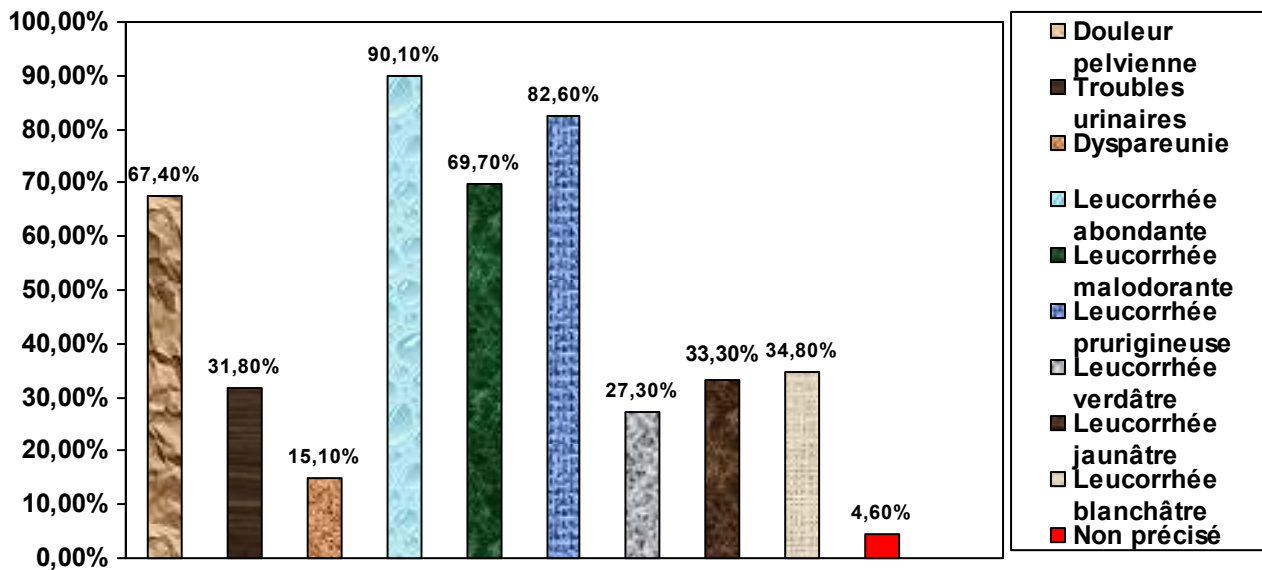


Figure 4: Répartition des patientes en fonction des antécédents de symptômes cliniques.

Les maîtres symptômes étaient : les leucorrhées abondantes (90,1%) puis la leucorrhée prurigineuse et la douleur pelvienne respectivement soit 82,6% et 67,4%.

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction des antécédents de traitement et évolution.

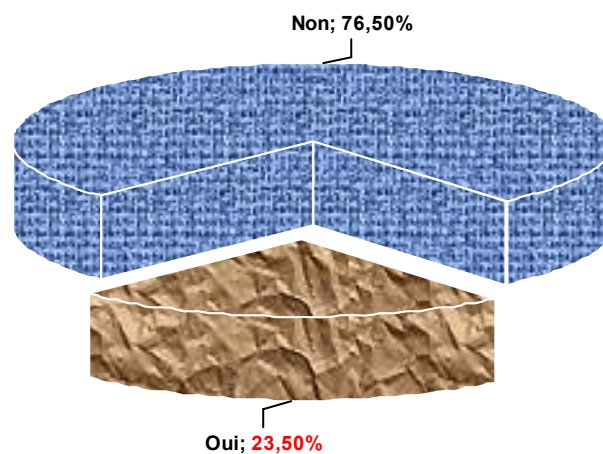
Atcdt de Traitement	Fréquences	Pourcentages
Patiente guérie	77	58,3
Symptôme amélioré	36	27,3
Symptôme persistant	14	10,6
Aucun traitement	5	03,8
Total :	132	100%

Après traitement antérieur, 10,6% des patientes avaient noté la persistance de leur symptôme et 3,8% parmi les femmes vues n'avaient reçu aucun traitement.

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction des méthodes appliquées pour les traitements antérieurs.

Méthodes	Fréquences	Pourcentages
Examen bactériologique (avant traitement)	11	08,3
Application de toilette vaginale	2	01,5
Traitement du couple et des coépouses	19	14,4
Traitement seul		
Sans conseil	74	56,1
Traitement traditionnel	15	11,4
Aucune méthode	6	04,5
Aucun traitement	5	03,8
Total :	132	100%

Dans 56,1% des cas la patiente n'a pas reçu de conseils sur les mesures de prévention. Il faut noter l'émergence de la thérapie traditionnelle contre cet évènement sanitaire (11,4%).

**Figure 5: Répartition des patientes en fonction de l'application de la contraception.**

Les patientes ayant appliqué la contraception ont représenté 23,3% des cas.

Tableau X : Répartition des patientes en fonction de la nature de la contraception.

Nature	Fréquences n=31	Pourcentages
Contraceptifs oraux	18	58,1
Stérilet	2	06,4
Contraceptifs injectables	9	29,0
Préservatifs	2	06,4
Total :	31	100%

Chez 58,1% des patientes, la méthode utilisée était les contraceptifs oraux.

- **Obstétricaux :**

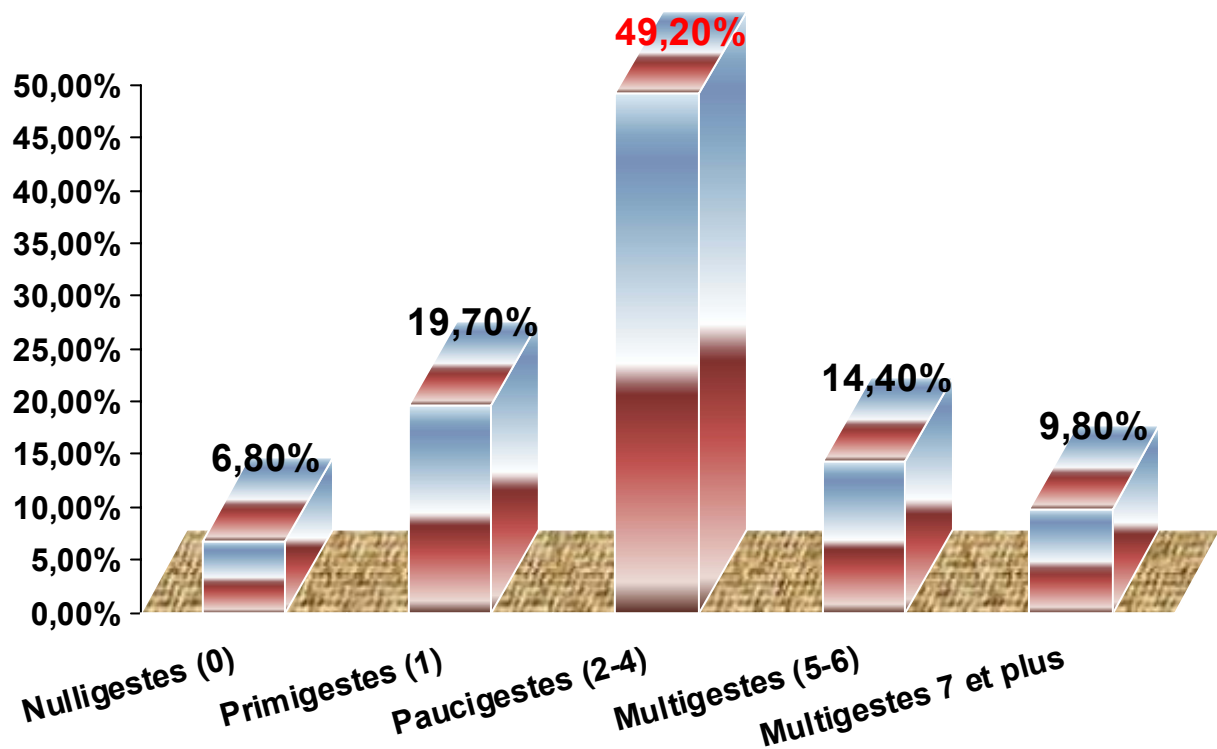


Figure 6: Répartition des patientes en fonction de la Gestité.
Les Paucigestes ont représenté 49,2% des patientes.

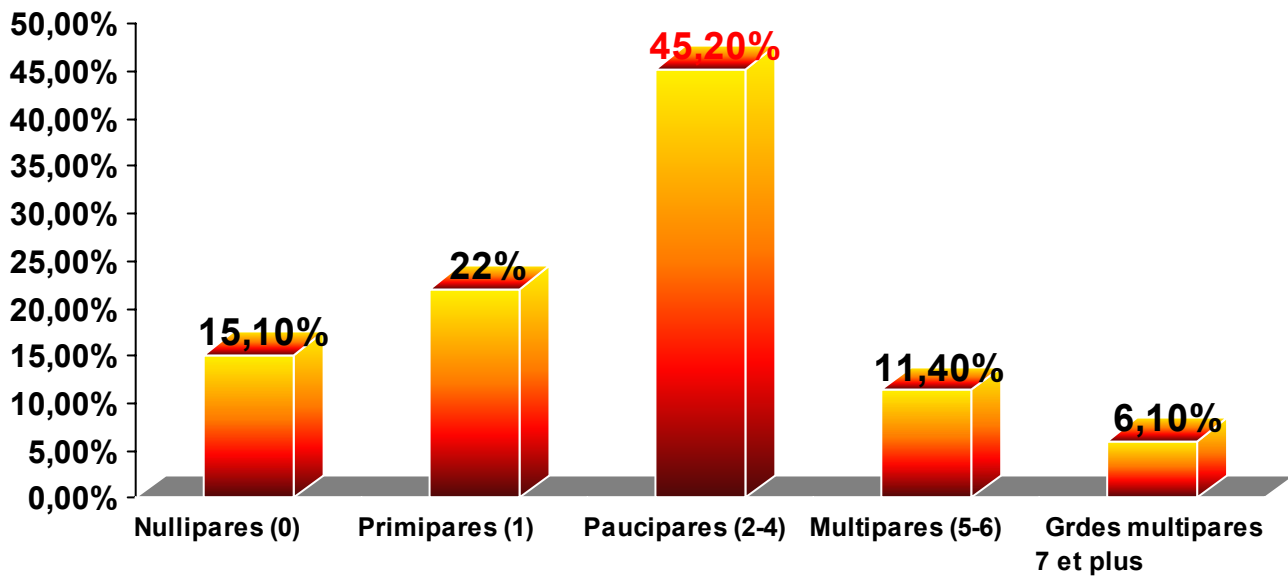


Figure 7 : Répartition des patientes en fonction de la parité.
Les Paucipares ont représenté 45,4% des patientes.

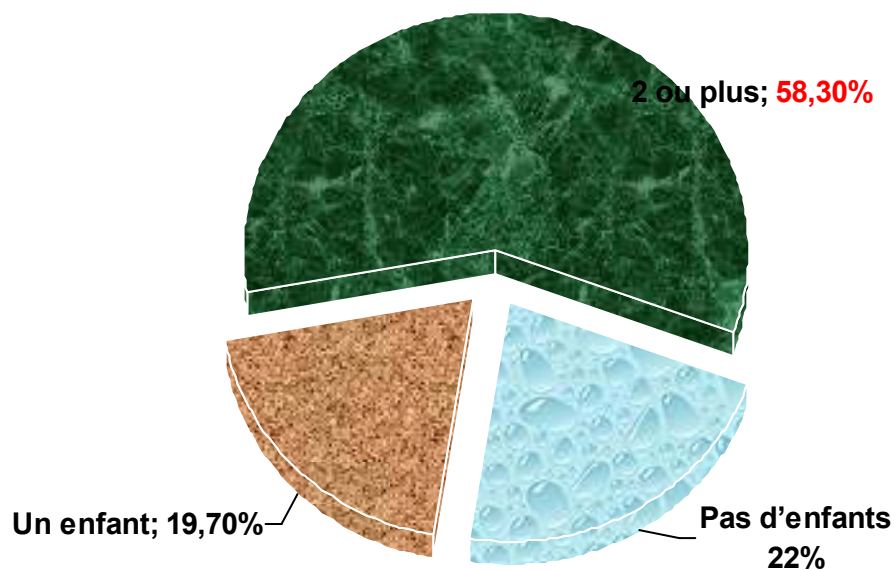


Figure 8: Répartition des patientes en fonction du nombre d'enfants vivants.

Dans 58,2% des cas, la patiente a eu au moins deux enfants vivants.

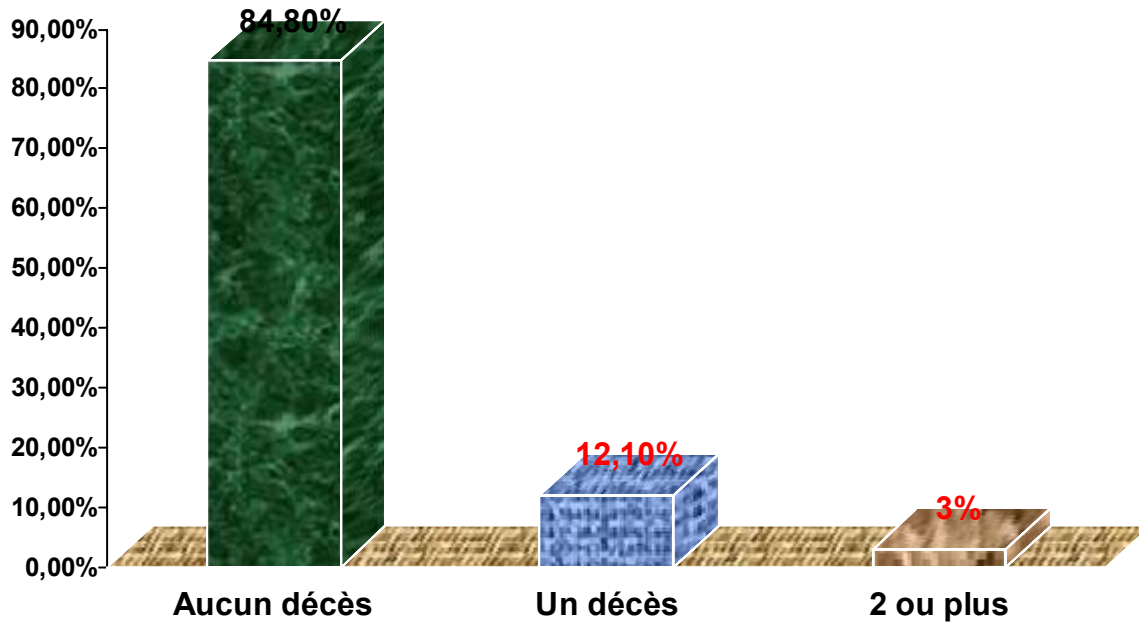


Figure 9: Répartition des patientes en fonction du nombre d'enfants décédés.

Dans 15,1% (12,1+3) des cas, la patiente a eu au moins un décès d'enfant.

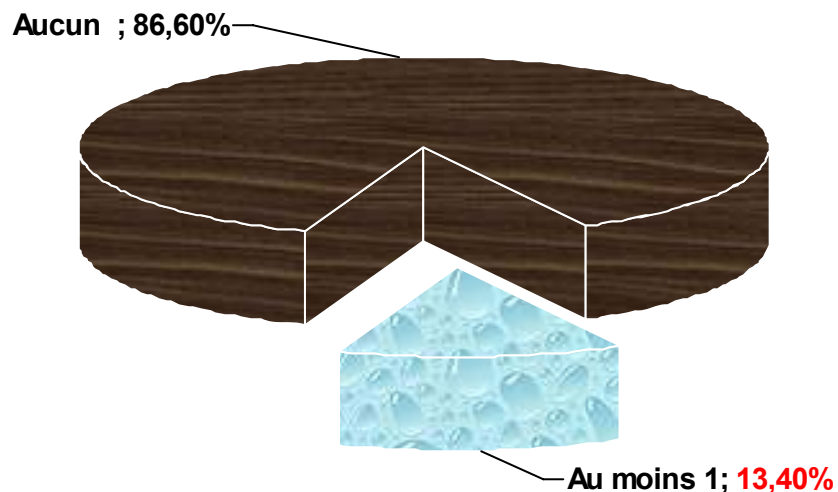


Figure 10: Répartition des patientes en fonction de l'antécédent de mort-né.

Dans 13,4% des cas, la patiente a eu au moins un antécédent de mort-né.

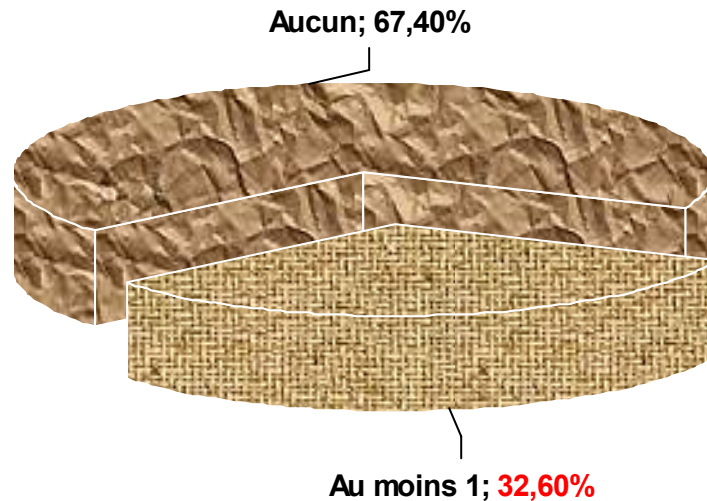


Figure 11 : Répartition des patientes en fonction de l'antécédent d'avortement.

Dans 32,6% des cas, la patiente a eu au moins un antécédent d'avortement.

Tableau XI : Répartition des patientes en fonction de la nature de l'avortement.

Nature de L'avortement	Fréquences N=43	Pourcentages
Spontané	35	81,3
Provoqué	8	18,6
Total :	43	100%

Cet avortement a été provoqué dans 18,6% des cas.

- **Chirurgicaux :**

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction des antécédents Chirurgicaux.

Natures	Fréquences	Pourcentages
Aucun	122	92,4
Césarienne	4	03,0
Pyosalpinx	2	01,5
Coeliotomie pour Obstruction tubaire	1	00,8
Appendicectomie	1	00,8
Imprécise	2	01,5
Total :	132	100%

La quasi-totalité de nos patientes n'avaient aucun antécédent chirurgical soit 92,4%.

- **Médicaux :**

Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction des antécédents Médicaux.

Nature	Fréquences	Pourcentages
Aucun	109	82,6
Diabète	2	01,5
VIH	2	01,5
Drépanocytose	3	02,3
Ulcères Gastro-Duodenal /Gastrite	6	04,5
HTA	1	00,8
Asthme	8	06,1
Rhumatisme Articulaire Aigu	1	00,8
Total :	132	100%

Nous remarquons la présence de quelques maladies d'importance en santé publique qui constituent une préoccupation dans le cadre de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR) telles que le diabète, le HIV, La drépanocytose, l'ulcère-gastro-duodénal et l'asthme. Elles ont représenté 17,4%.

5) Symptômes cliniques :

Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction de l'apparition de symptômes.

Nature	Fréquences N=132	Pourcentages
Ecoulement vulvaire	111	84,1
Prurit vulvaire	98	74,2
Pertes malodorantes	64	48,5
Variation de l'aspect des pertes	42	31,8
Abondance des pertes	97	73,5
Brûlure vaginale	71	53,0

A part les pertes malodorantes et la variation de l'aspect des pertes respectivement 48,5% et 31,8%, plus de la moitié de nos patientes ont contracté un écoulement vulvaire, un prurit vulvaire, l'abondance des pertes et une brûlure vaginale.

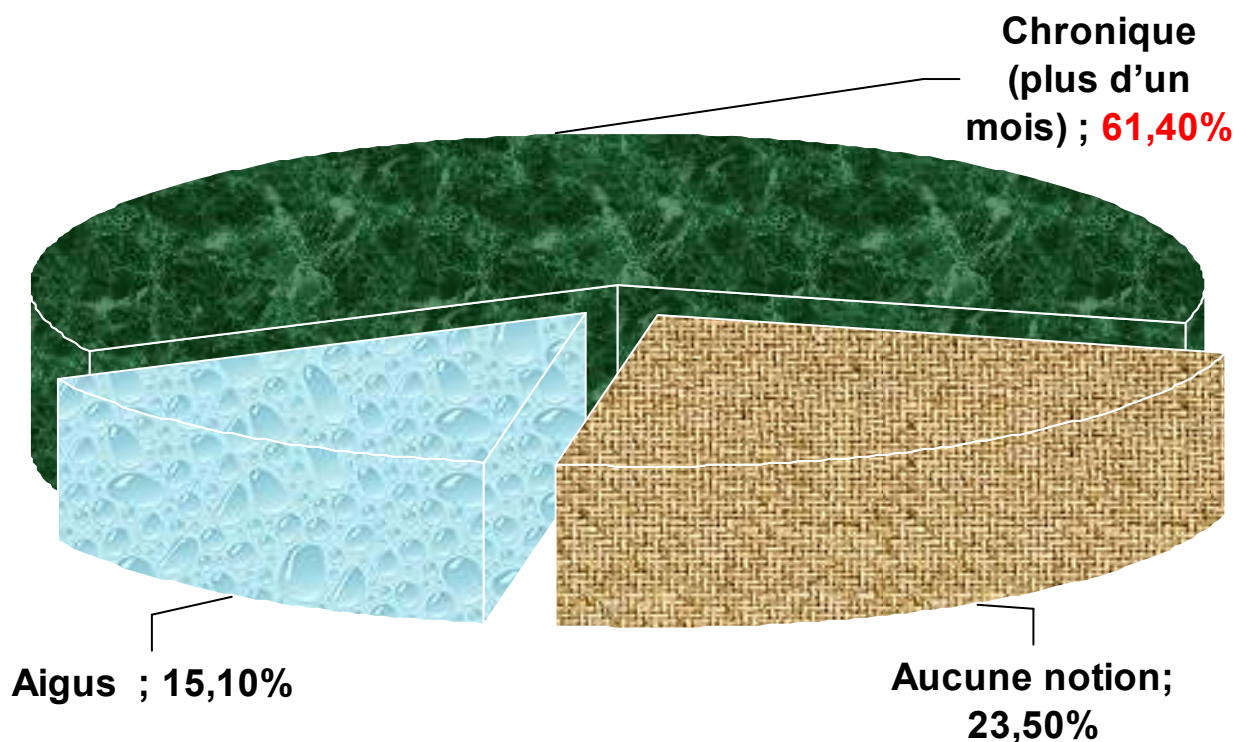


Figure 12: Répartition des patientes en fonction de la chronicité des symptômes.

La symptomatologie clinique observée a été chronique dans 61,4% des cas.

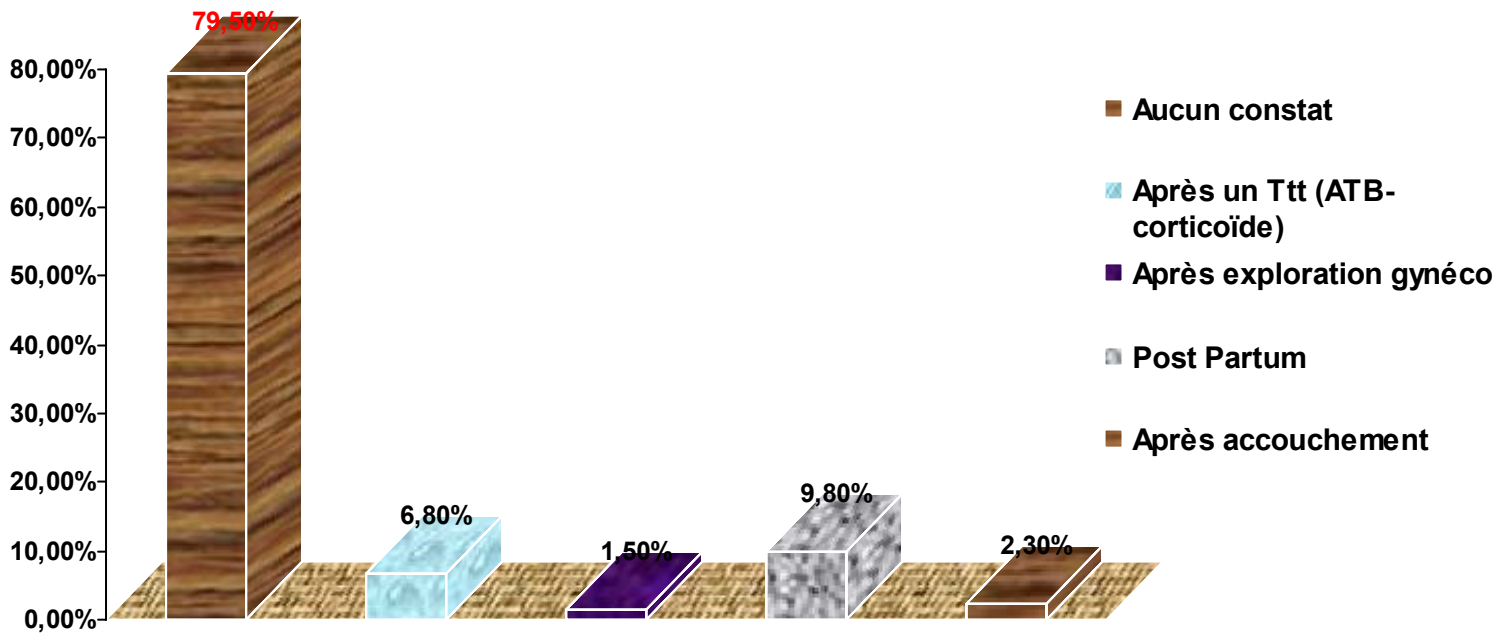


Figure 13: Distribution des patientes selon les circonstances de survenue des symptômes.

Dans 79,5% des cas, la patiente n'a pas pu trouver une explication à la survenue des symptômes.

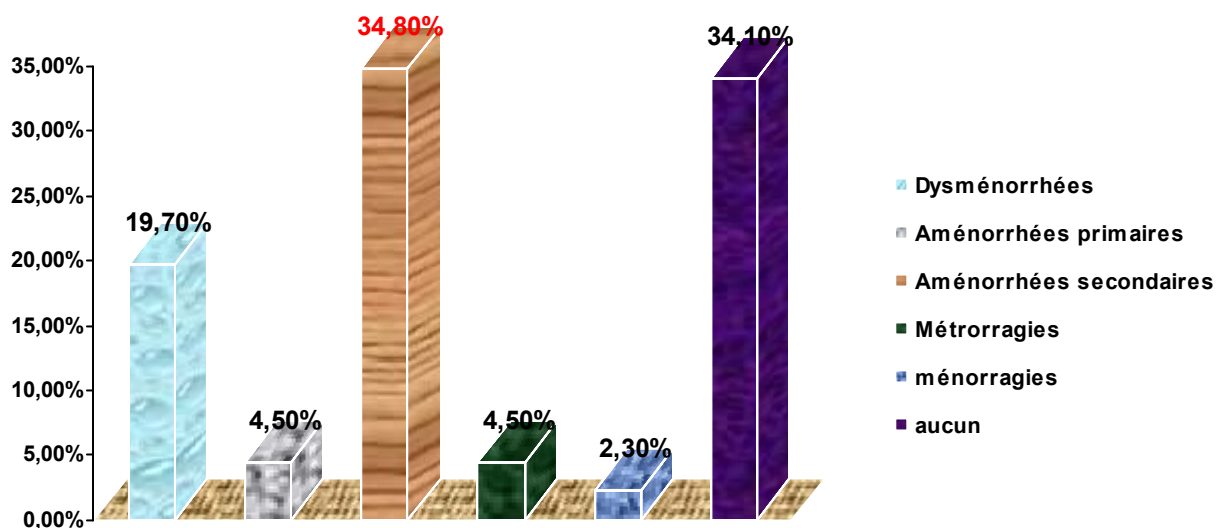


Figure 14: Répartition des patientes en fonction des symptômes liés aux cycles menstruels.

Selon les symptômes liés aux cycles menstruels, 34,8% des patientes ont eu une aménorrhée secondaire.

Tableau XV : Répartition des patientes en fonction de la survenue des algies pelviennes.

Algies Pelviennes	Fréquences	Pourcentages
	N=132	
Présente	115	87,1
Intermittente	110	83,3
continue	3	02,3
Aucune irradiation	71	53,8
Irradiation lombaire	50	37,9
Irradiation crurale	11	08,3

Les algies pelviennes ont été présentées dans 87,1%. Dans la variation du rythme, les algies pelviennes intermittentes et l'irradiation lombaire avaient occupé une place de choix soit 83,3% et 37,9% respectivement.

Tableau XVI : La survenue des troubles urinaires chez les patientes de notre étude.

Troubles urinaires	Fréquences	Pourcentages
Absence	81	61,4
Dysurie	48	36,3
Urine trouble	1	00,8
Hématurie	2	01,5
Total :	132	100%

Dans 38,6% des cas, la patiente a présenté des troubles urinaires.

Tableau XVII : Manifestation des troubles sexuels chez les patientes de notre échantillon :

Troubles sexuels	Fréquences	Pourcentages
	N=132	
Baisse de la libido	36	27,3
Anorgasmie	2	01,5
Dyspareunie d'intromission	6	04,5
Dyspareunie à la pénétration profonde	73	55,3
Impossibilité de pénétration	1	00,8
Dyspareunie	67	50,7

Une dyspareunie profonde a été observée dans 55,3% de cas.

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction de l'apparition de troubles psychoaffectifs liés aux troubles sexuels.

Nature	Fréquence	Pourcentage
Aucune crainte de l'acte sexuel	97	73,5
Crainte de l'acte Sexuel	27	20,4
Refus total de l'acte sexuel	8	06,1
Total :	132	100%

Des troubles psychoaffectifs ont été notés dans 26,5% des cas.

6) Examen clinique :

Tableau XIX : Répartition des patientes en fonction des signes à l'inspection vulvaire.

Nature	Fréquences	Pourcentages
Ulcération vulvaire	16	12,1
Écoulement vulvaire	51	38,6
Œdème vulvaire	18	13,6
Aucun signe	47	35,6
Total :	132	100%

Les écoulements vulvaires ont été notés à l'inspection de la vulve dans 38,6% des cas.

Tableau XX : Répartition des patientes en fonction de la sensibilité du col de l'utérus à la palpation/TV.

Palpation/TV	Fréquences	Pourcentages%
Cri ombilicale à la palpation	85	64,4
Sensibilité des Annexes	18	13,6
Sensibilité du Col à la mobilisation	106	80,3
Urétrite	12	09,1

Dans 80,3% des cas, le col de l'utérus a été sensible à la palpation/TV.

Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction de l'aspect du col de l'utérus au spéculum.

Examen au spéculum	Fréquences N=132	Pourcentages
Coloration anormale (rougeâtre) de l'exocol	111	64,4
Aspect du col	Oedematié	113
	Ectropion Surinfecté	19
Aspect de la glaire cervicale	Limpide	2
	Lait caillé /blanchâtre	40
	Louche	34
	Mucopurulent	68
	Pertes striées de sang	5
Saignement cervical	Isolé	5
	Au contact	28

Un col de l'utérus oedematié a été observé dans 84,1% des cas avec un aspect de la glaire cervicale mucopurulent dans 51,5% des cas ; 21,2% des patientes ont saigné au contacte.

Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction d'une suspicion de grossesse.

Grossesse	Fréquences	Pourcentages
Négative à l'examen clinique	74	56,1
Négative après un TEST	14	10,6
Positive à l'examen clinique	33	25,0
Positive après un TEST demandé	11	08,3
Total :	132	100%

Une grossesse a été diagnostiquée chez 44 patientes, soit 33,3% des cas.

Tableau XXIII : Utilisation de l'arbre décisionnel (Algorithme) dans le diagnostic étiologique des cervicites.

Diagnostic	Fréquences	Pourcentages
Pertes mucopurulentes au niveau du col (suspicion de gonocoque et chlamydia)	24	18,2
Pertes vaginales blanchâtres ou d'aspect Lait caillé (suspicion de candidose)	38	28,8
Pertes vaginales abondantes et malodorantes (Trichomonas et Vaginose bactérienne)	70	53,0
Total :	132	100%

Une suspicion de *Trichomonas* et de la vaginose bactérienne a été faite dans 53%.

Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction du diagnostic clinique.

Diagnostic clinique	Fréquences	Pourcentages
Exocervicites	33	25,0
Endocervicites	13	09,8
Exocervicites + vaginites	74	56,1
Exo et Endocervicites	12	09,1
Total :	132	100%

La cervicite a été associée à une vaginite dans 56,1% des cas.

7) Examens complémentaires :

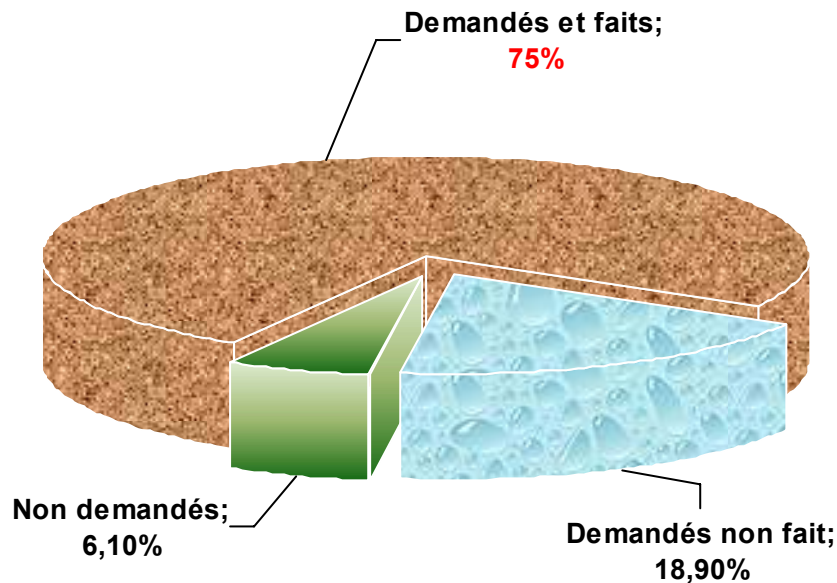
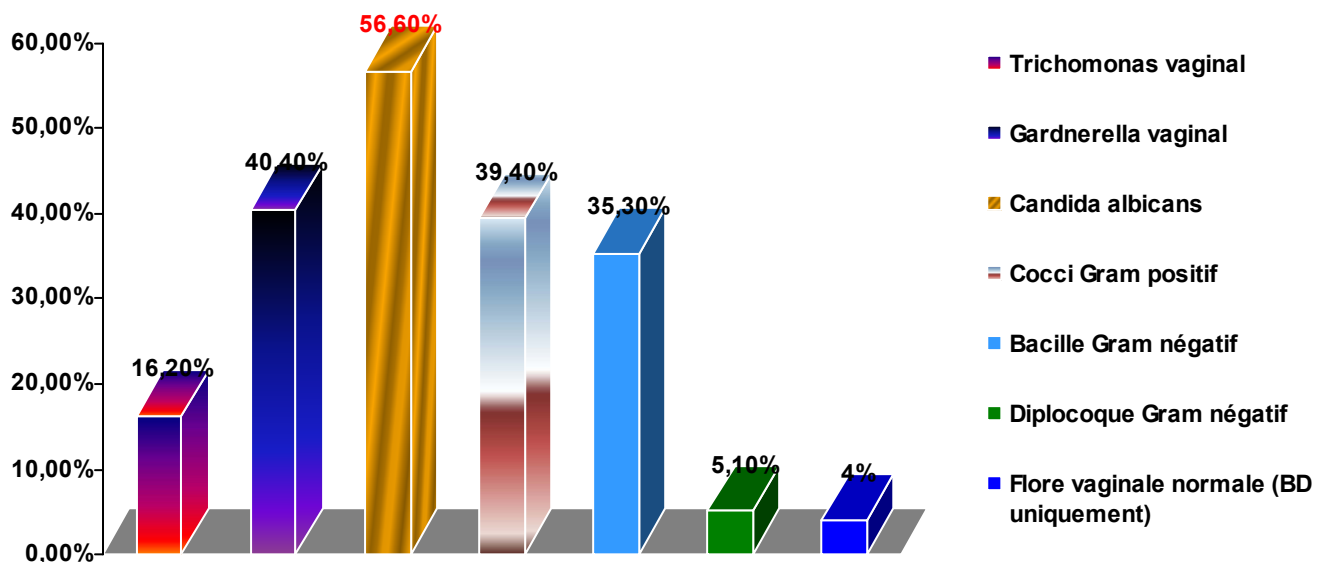


Figure 15 : Répartition des patientes en fonction de la réalisation des prélèvements vaginaux.

Les prélèvements cervicovaginaux ont été réalisés et analysés au laboratoire chez 75% de nos patientes.



BD : Bacille de Döderlein.

Figure 16: Répartition des patientes en fonction des germes retrouvés aux résultats des Prélèvements cervicovaginaux.

Le *Candida albicans* a été le germe le plus rencontré avec 56,6%.

Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction des résultats des examens complémentaires réalisés.

Nature	Demandé Non fait/ Non demandé		Demandé et fait		Résultats			
					Normal		Pathologique	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ECBU	88	66,7	44	33,3	23/44	52,3	21/44 (prés. Germe)	47,7
Toxo	80	60,6	52	39,4	38/52 (Négatifs)	73,1	14/52 (Positifs)	26,9
BW	75	56,8	57	43,2	42/57 (Négatifs)	56	33/57 (Positifs)	44
Sérologie HIV	64	48,5	68	51,5	65/68 (Négatifs)	95,4	3/68 (Positifs)	4,4
Dépistage Cancer du col	115	87,1	17	12,9	Voire tableau XXXXI			

Un isolement de germe a été fait à l'ECBU chez 21 patientes sur 44, soit 47,7% de celles qui ont fait cet examen.

La toxoplasmose a été positive chez 14 des 52 patientes ayant fait cet examen, soit 26,9%.

Le BW a été positif chez 33 des 57 patientes ayant fait cet examen, soit 44%.

Le VIH/SIDA a été positif chez 3 patientes parmi les 68 patientes qui ont fait la sérologie VIH soit 4,4% des cas.

Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction du résultat du dépistage de cancer du col.

Résultats (Examen anapath)	Fréquences n=17	Pourcentages
Endocervicite non spécifique	2	11,8
Cervicite chronique sur métaplasie atypique	1	05,9
Aspect histologique évoquant une cervicite chronique	10	58,8
Dysplasie légère sans condylome	1	05,9
Normal	3	17,6
Total :	17	100%

Chez 58,8% des patientes, le dépistage a montré une cervicite chronique parmi celles qui ont fait le dépistage du cancer du col de l'utérus.

8) Prise en charge :

Tableau XXVII : Répartition des patientes en fonction de l'application de la toilette vaginale.

Toilette vaginale (en nombre de fois)	Fréquences	Pourcentages%
Non effectuée	5	03,8
Ayant interrompu le suivi	12	09,1
Ayant fait 3 et 4 Toilettes	105	79,5
Ayant fait 5 toilettes	7	05,3
Ayant 6 et plus	3	02,3
Total :	132	100%

Dans 79,5% des cas, la patiente a effectué 3 ou 4 toilettes vaginales avant d'obtenir une guérison clinique du col de l'utérus. Il faut noter qu'on faisait une toilette vaginale tous les trois jours voire tous les deux jours pour les cas sévères.

Les produits utilisés pour ces toilettes : Till, Bétadine solution gynécologique.

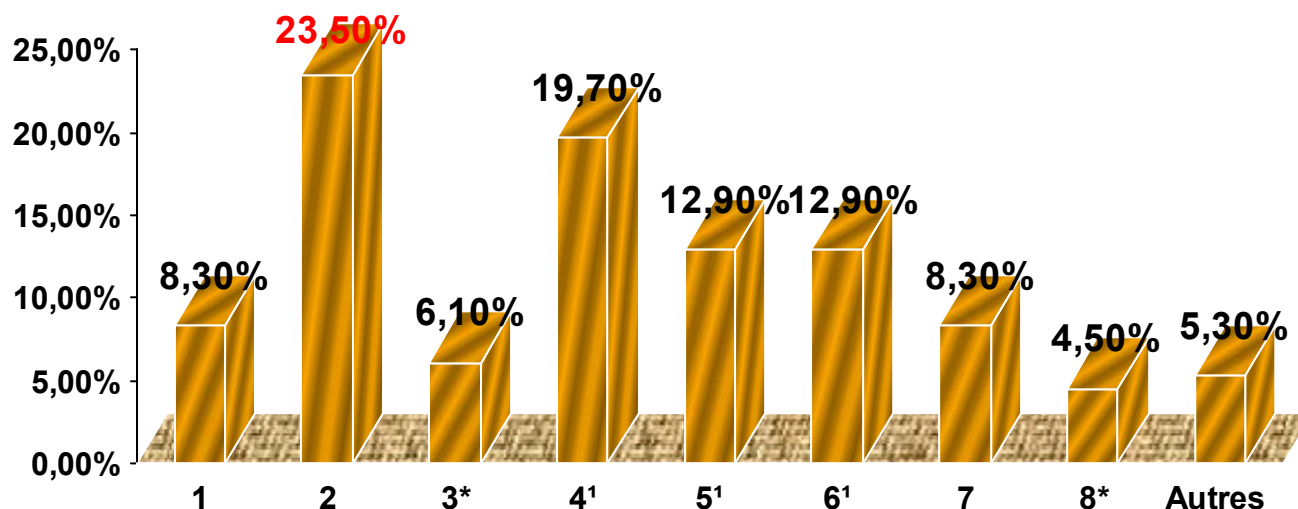


Figure 17: Répartition des patientes en fonction du schéma de l'antibiothérapie appliqué.

Voire pages 38-39 pour le détail des schémas.

Le schéma 2 a été le plus utilisé avec 23,5%.

Tableau XXVIII : Répartition des patientes en fonction de la durée de l'antibiothérapie.

Durée en jour /semaines	Fréquences	Pourcentages
Moins de 15js	15	11,4
15-21js (3semaines)	48	36,4
22-28js (4semaines)	33	25,0
29-35js (5semaines)	13	09,8
6semaines et plus	9	06,8
Traitement interrompu	14	10,6
Total :	132	100%

Un traitement antibiotique de trois semaines a été observé dans 36,4% des cas.

Tableau XXIX : Répartition des patientes en fonction de l'association d'autres médicaments à l'antibiothérapie.

Médicaments associés	Fréquences N=132	Pourcentages
AINS	29	22,0
Antalgiques	56	42,4
Antiprurigineux	41	31,1
Antibiothérapie seul	47	35,6

Les antalgiques ont été les médicaments les plus couramment associés dans 42,4% des cas.

Tableau XXX : Répartition des patientes en fonction du traitement du conjoint.

Nature	Fréquences	Pourcentages
Conjoint vu d'abord en consultation	11	08,3
Traitement systématique	94	71,2
Traitement étiologique en fonction d'un bilan	14	10,6
Conjoint non disponible	13	09,8
Total :	132	100%

Le traitement a été systématique chez le conjoint dans 71,2%. Il faut cependant signaler la réticence de certains conjoints dans 9,8% des cas.

Tableau XXXI : Répartition des patientes en fonction de la disparition des signes cliniques à l'examen clinique suivi de contrôle.

Nature	1 ^{er} contrôle (moins de 15jrs)		2 ^{ème} contrôle Trois semaines		3 ^{ème} contrôle quatre semaines et plus		En fin (Six semaines)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Disparition des symptômes	17	12,9	68	51,5	11	8,3		
Non vue au contrôle	7	5,3	9	6,8	10	7,6		
Persistance de symptômes							10	7,6

Chez 51,5% des patientes, une guérison clinique a été obtenue (disparition des signes cliniques) après un examen de contrôle à la 3^{ème} semaine.

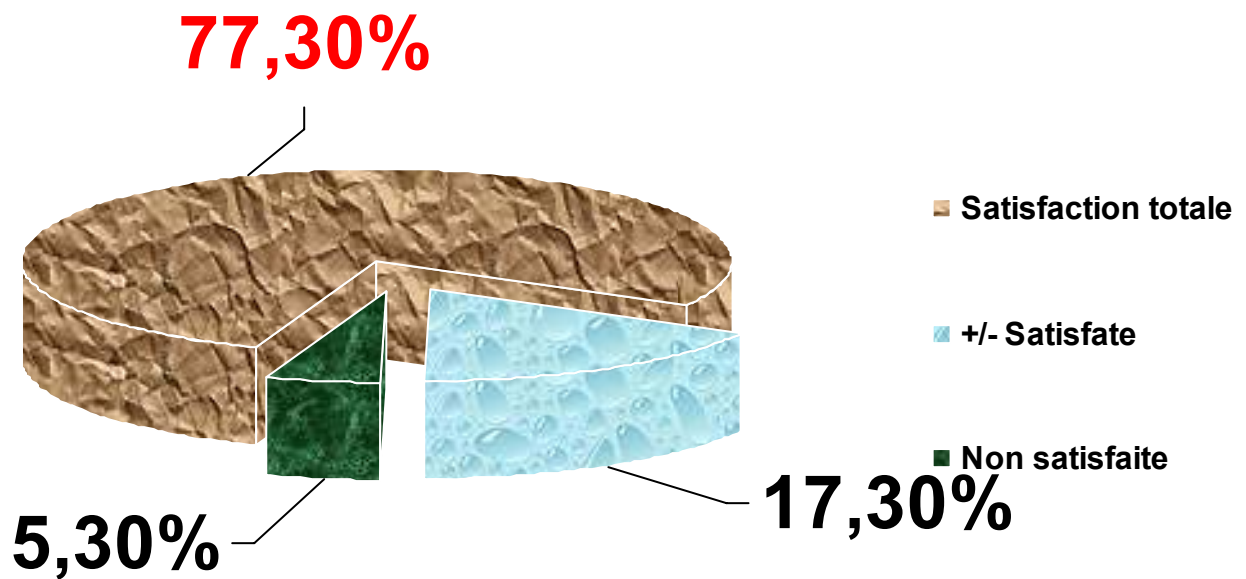


Figure 18 : Répartition en fonction de la satisfaction des patientes à la prise en charge.

Dans 77,3% des cas, la patiente a été satisfaite de la prise en charge des cervicites.

V.I.D.I.S.C.U.S.S.I.O.N

VI. DISCUSSION :

Notre étude s'est étalée sur une période de 6 mois allant du 1^{er} Janvier 2007 au 30 Juin 2007 au cabinet DUFLO et à l'ASACOTAMB de Mopti.

Il s'agissait d'une étude transversale longitudinale.

Au cours de cette période, 132 cas de cervicites ont été cliniquement diagnostiqués.

Des difficultés ont été rencontrées notamment dans la faible documentation sur les cervicites.

Nous avons obtenu une prévalence de 17,2% en fonction des patientes âgées de 13 à 50 ans.

La fréquence des cervicites dans la population des femmes vues pour CPN a été de 20,8%.

COULYBYLY K. [33] a observé 18% de cervicites dans sa série.

1. Données sociodémographiques :

1-1. Selon l'âge :

Les Tranches d'âge de 20-24 ans et 25-29 ans ont été les plus élevées avec respectivement 25 et 24,2%.

La moyenne d'âge : 26,6 ans avec des extrêmes de 16 et 50ans.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans cette tranche d'âge, l'activité sexuelle est plus importante.

DIOP K. D. [8] a trouvé 21,5% et 24,26% respectivement pour les tranches d'âge de 20-24 ans et 25-29 ans.

Une étude menée en Guinée [6] a obtenu des résultats similaires avec une moyenne d'âge de 26,7 ans et des valeurs extrêmes de 14 et 41 ans.

1-2. Profession :

Pendant notre étude, nous avons noté une prédominance des Femmes au foyer avec 77,2% des cas.

Des résultats similaires ont été observés par DIARRA D. [34] avec 77% et BOLO KOURA A. [9] avec 61,6%.

1-3. Ethnie :

Les Soninké et Les Sonrhaï ont été majoritaires avec 16,7%.

L'explication semble être liée à la spécificité de la région de Mopti et l'activité commerciale que ces ethnies mènent (leur donnant une possibilité financière).

1-4. Niveau d'instruction :

Les analphabètes ont été les plus représentées avec 58,3% des patientes. Cela s'explique par le fait que la population du MALI est majoritairement analphabète.

Il faut noter que les patientes alphabétisées des écoles coraniques étaient incluses dans les niveaux primaires et secondaires.

OUEDRAOGO E. A. [35] au Burkina Faso, a obtenu 45,5% d'analphabètes.

1-5 Statut Matrimonial :

Selon le statut matrimonial, 57,6% de nos patientes étaient Mariées monogames.

DIARRA D. [34] et KOITA I. [36] avaient eu respectivement 59,76% et 48,2%.

2. Motifs de consultation :

Les patientes ont consulté pour une symptomatologie associée (prurit, douleur pelvienne, dyspareunie, leucorrhée) soit 26,5% suivie de celles qui ont été vues pour CPN 22,7%

A noter que 18,9% des patientes ont été reçues pour une consultation médicale et chez lesquelles une cervicite a été découverte.

SANGARE A. [7] a eu 56,85% de patientes ayant consulté pour des symptômes associés (douleur + prurit + leucorrhée + trouble de la vie sexuelle) et 22,2% pour celles vues pour bilan prénatal.

3. Selon la provenance 51,5% des patientes ont été reçues au Cabinet DUFLO de Mopti.

4. Antécédents :

4-1. Gynécologique :

- Le **cycle** menstruel a été régulier dans 82,6%.

DIARRA D. [34] a eu 85% dans sa série.

- La **durée des menstruations** à 4js a été retrouvée à 65,1% et les limites extrêmes étaient 1 et 9js.

- L'âge de la **ménarche** a été inconnu dans 60,6% des cas.

- Les **leucorrhées** abondantes, prurigineuses et malodorantes ont été respectivement notées dans 90,1% - 82,6% et 69,7% dans les antécédents de symptômes.

- Un antécédent de **douleurs Pelviennes** a été observé chez 67,4% de nos patientes.

- Dans 58,3% des cas, la patiente s'est sentie guéri avec les traitements antérieurs contre 27,3% des cas d'amélioration.

KOITA I. [36] avait obtenu 39,7% de cas d'amélioration dans sa série.

- Un traitement seul, non accompagné des conseils/IEC a été retrouvé dans 56,1% des cas.

Les symptômes sont en général récidivants chez nos patientes. Ce qui pourrait confirmer l'inefficacité des traitements antérieurs et/ou le non accompagnement du traitement par des conseil/IEC.

- La **contraception** a été pratiquée dans 23,3% des cas.

Les contraceptifs oraux ont été les plus appliqués avec 58,1% des cas.

4-2 Obstétricaux :

- Selon la **gestité**, 49,2% étaient des Paucigestes (2-4). Le maximum de grossesses a été 11.

DIARRA D. [34] a eu 64% de gestité (1-6).

Notre chiffre inférieur pourrait s'expliquer par le fait qu'on n'a pas la même tranche.

- Les **Paucipares** (2-4) ont représenté 45,4% des cas avec une limite extrême à 9 accouchements.

DIARRA D. [34] a eu 62% (1-6) et 66,5% quant à KOITA I. [36] dans leur série.

- Dans 58,2% des cas, la patiente a eu au moins deux **enfants vivants**.

Le nombre maximal d'enfants vivant par Mère a été 9.

Une étude faite en Guinée Bissau [6] a obtenu des résultats similaires avec une moyenne de deux enfants vivant par mère d'enfant avec des limites extrêmes de 0 et 8.

- Selon les **antécédents d'enfant décédé**, 15,1% (12,1%+3%) des patientes ont eu au moins un décès d'enfant. Le nombre maximal de décès par femme a été 4.

- Selon les **antécédents de mort-né**, on a retrouvé 13,4% des patientes ayant fait au moins un accouchement de mort-né. Le maximum a été 3 par femme.

L'étude faite en Guinée [6] a obtenu 8,3% de mort-nés.

- Dans 32,6% des cas, la patiente a eu au moins un **antécédent d'avortement**. Cet avortement a été provoqué dans 18,6% des cas.

L'étude faite en Guinée [6] a obtenu un résultat similaire avec 30% d'avortements.

DIARRA D. [34] quant à lui, a eu 38% d'avortements spontanés et 17% d'avortements provoqués.

4-3 Les antécédents chirurgicaux ont représenté 7,6% des cas.

DIARRA D. [34] a obtenu 17%.

4-4 Les antécédents Médicaux connus ont représenté 17,4% des cas.

4-5 Les symptômes et signes cliniques :

L'écoulement et prurit vulvaire et leur abondance ont été notés dans 84,1%, 74,2% et 73,5% respectivement.

DIARRA D. [34] a obtenu 95% d'écoulement vulvaire et 66,9% de prurit vulvaire.

DIOP K. D. [8] a trouvé 65,09% de pertes vaginales abondantes.

- La symptomatologie clinique observée a été **chronique** dans 61,4% des cas.

DIARRA D. [34] a obtenu une chronicité de 66,4% dans sa série.

- Dans 79,5% des cas, la patiente n'a pas trouvé d'explication à la survenue des symptômes (circonstance de survenue inconnue).

- **L'aménorrhée secondaire** était à 34,8% contre 34,1% de règles normales. L'importance de sa fréquence est due au fait qu'on a réalisé un mois de recrutement des cas de cervicites chez les patientes vues pour CPN (à l'ASACOTAMB).

- Les **algies pelviennes** étaient présentes dans 87,1%. Ces douleurs étaient intermittentes dans 83,3% sans irradiation dans 53,8%.

DIARRA D. [34] a trouvé 90% de douleur pelvienne intermittente.

- Dans 38,6% des cas, la patiente a présenté des **troubles urinaires**.

Cela a été légèrement supérieur chez DIARRA D. [34] avec 46,4%.

L'importance de cette fréquence s'explique par la situation anatomique du méat urinaire à proximité de l'orifice vaginale.

- Une **dyspareunie profonde** a été observée dans 55,3% de cas.

DIARRA D. [34] a eu 100% de dyspareunie dont 72,46% de dyspareunie de fond.

Ces troubles sexuels s'expliquent par le fait que le col de l'utérus fait partie des zones sensibles (érogènes) de la femme. En temps normal, la femme éprouve du plaisir pour ça. En cas de cervicite, les cris et grimaces que les femmes font dès que le col est touché lors de l'accomplissement des devoirs conjugaux, semblent être interprétés par leur conjoint comme un sentiment. Ce qui fait que beaucoup de femmes souffrent dans leur peau.

De l'autre côté, les leucorrhées aussi semblent être appréciées (par profanation), parce que, le vagin serait toujours mouillé. Ce qui faciliterait l'acte.

- Des **troubles psychoaffectifs** ont été notés dans 26,5% des cas dont 20,4% ont présenté une crainte à l'acte sexuel et 6,1% un refus catégorique. Les perturbations sexuelles comme l'anorgasmie (1,5%), la baisse de la libido (27,7%) posent un réel problème d'équilibre conjugal.

Ces troubles étaient liés à la Dyspareunie.

- Dans 80,3% des cas, le col de l'utérus a été sensible à la **palpation/TV**.

Il faut noter qu'une urétrite a été cliniquement retrouvée (9,1%) en faisant sourdre de l'urètre, une sécrétion purulente au toucher vaginal.

Chez DIARRA D. [34], la sensibilité du col a été observée dans 32%.

Notre chiffre largement supérieur est dû au fait que notre population était des cas de cervicite et chez Diarra, il s'agissait des infections génitales basses.

- Dans notre étude, 84,1% avaient un **col oedematié**, 64,4% des patientes ont présenté une rougeur de l'exocol et 51% avaient une **glaires mucopurulente**.

- Une **grossesse** a été diagnostiquée chez 44 patientes, soit 33,3% des cas.

4-6 Examens complémentaires :

- Les **prélèvements cervicovaginaux** ont été réalisés et analysés au laboratoire chez 75% de nos patientes.

Dans notre étude, le ***Candida albicans*** a été le germe le plus rencontré avec 56,6% suivi de *Gardnerella vaginalis* avec 40,4%. Mais le diplocoque Gram négatif (gonocoque) a été retrouvé à 5,1%.

Il faut noter que les *Trichomonas vaginalis* avec 16,2%, ont été identifiés à l'état frais.

Dans 4% des cas la clinique a été contrastante à la biologie. C'est-à-dire aucun germe retrouvé à l'examen bactériologique alors que des signes cliniques ont été observés. Cela pourrait être dû probablement à la toilette faite avant le prélèvement ou à la durée longue entre le prélèvement et l'analyse au laboratoire.

DIOP K. D. [8] a observé 57% de *G. vaginalis*, 45,75% de *C. albicans* et 18,54% de *T. vaginalis*.

- Un **isolement de germe** a été fait à l'ECBU chez 21 patientes sur 44, soient 47,7% de celles qui ont fait cet examen.

DIARRA D. [34] a obtenu 46,4% d'infection urinaires.

La **toxoplasmose** a été positive chez 14 des 52 patientes ayant fait cet examen, soit 26,9%.

- Le **BW** a été positif chez 33 des 57 patientes ayant fait cet examen, soit 44%.

SANGARE S. [37] a eu 33,67% de BW positif dans population féminine.

La différence pourrait s'expliquer par le fait que chez SANGARE S. il s'agissait d'un dépistage.

- Le **VIH/SIDA** a été positif chez 3 patientes parmi les 68 patientes qui ont fait la sérologie VIH soient 4,4% des cas. Il faut noter que parmi les patientes n'ayant pas fait cet examen, 15,9% (21 patientes) étaient par refus.

OUEDRAOGO E. A. [35] a obtenu 11,6% de VIH1 et VIH2. Mais dans sa série, il y avait des sujets de sexe masculin inclus.

- Chez 58,8% des patientes ayant fait le dépistage du cancer du col, **l'anapath** a montré une cervicite chronique parmi celles qui ont fait le **dépistage du cancer du col** de l'utérus.

4-7 Prise en charge :

- Chez 79,5% des patientes, on a fait 3 ou 4 fois la toilette vaginale avant d'obtenir la guérison clinique du col de l'utérus. Le nombre de fois extrême de toilette a été 8.

A noter qu'on faisait une toilette vaginale tous les trois jours.

- Les **schémas 2 et 4¹** ont été les plus utilisés avec respectivement 23,5% et 19,7%.

Autres antibiotiques :(Acide clavulanique+Amoxicilline, Ofloxacine 200mg, josamycine, Colpoceptine ovule et Polygynax ovule).

- Selon la **durée de l'antibiothérapie**, un traitement de trois semaines a été observé dans 36,4% des cas.

- Les **antalgiques** ont été les médicaments les plus couramment associés avec 42,4% des cas. Ceci parce que la plainte majeure était la douleur pelvienne.

Un traitement systématique du conjoint a été observé dans 71,2% des cas. Mais pour ce qui concerne le traitement de la (des) coépouse (s), nous avons demandé une consultation.

- Chez 64,4% des patientes, on a obtenue une **guérison clinique** (disparition des signes cliniques) à l'examen de contrôle après 3 semaines.

La persistance des symptômes a été notée chez 7,6% des patientes après Six semaines de contrôle et suivi.

DIARRA D. [34] a obtenu 33,9% de guérison au contrôle clinique avec un taux de persistance de 16,95%

Dans notre étude, 77,3% des patientes ont été **satisfaites** de la prise en charge.

Celles plus ou moins satisfaites 17,3%, se sont plaintes en partie, du coût des médicaments.

Les patients non satisfaites ont représenté 5,3%. Ces patientes font partie des cas où une persistance des signes a été observée.

VII. CONCLUSION

VII. CONCLUSION :

Pendant la période de l'étude, **132** cas de cervicites de diagnostic clinique et bactériologique ont été observés dans les deux centres retenus avec une prévalence de **17,2%** chez les patientes âgées de 13 à 50 ans.

La symptomatologie clinique retrouvée :

- L'écoulement vulvaire (leucorrhée) a représenté **84,1%**
- Les algies pelviennes ont été retrouvées à **87,1%**
- La dyspareunie profonde **55,3%**
- Le col de l'utérus a été sensible à la palpation/TV avec **80,3%**
- La glaire cervicale mucopurulente **51,5%**
- Le col de l'utérus oedematié a été observé à **84,1%** à l'examen au spéculum
- Les symptômes retrouvés étaient chroniques dans **61,4%**
- Les exocervicites plus vaginites ont représenté **56,1%**

Sur le plan prise en charge :

- Nous avons obtenu une guérison clinique du col de l'utérus dans **79,5%** des cas avec 3 ou 4 toilettes vaginales. Ces toilettes ont été faites à un rythme régulier, chaque trois jours.
- La durée de l'antibiothérapie de 21 jours (3 semaines) a été retrouvée avec **36,4%**.
- Une disparition totale des symptômes a été obtenue sur une durée inférieure ou égale à trois semaines (21 jours) de suivi et de contrôle clinique soit **64,4%** et cela malgré la chronicité des symptômes.
- Nous avons obtenu **7,6%** de cas de résistance. Les symptômes ont persisté au delà de six semaines de suivi. Parmi ces cas les ectropions étaient dominants. Une sensibilisation dans le but d'une consultation de référence a été faite.

VIII. Recommandations :

Nous recommandons :

➤ **Aux autorités :**

- De renforcer la collaboration multidisciplinaire (Bactériologie, Gynécologie, Clinique, Anatomo-pathologie).
- D'équiper les laboratoires nationaux, régionaux et locaux de matériels nécessaires et adaptés pour un bon diagnostic étiologique des infections génitales.
- D'assurer la formation et le recyclage du personnel régulièrement.
- De sociabiliser le coût des analyses médicales et le prix des médicaments.

➤ **Aux Cliniciens :**

- De pratiquer l'examen au spéculum et de ne pas seulement se contenter d'un toucher vaginal chez les femmes vues en consultation.
- D'appliquer l'arbre décisionnel (Algorithme) pour le diagnostic des cervicites dans les structures où la culture et l'antibiothérapie sont irréalisables et également chez les patientes n'ayant pas la possibilité financière pour faire la sérologie des *Chlamydias*.
- De se doter des spéculums à usage unique surtout pour des centres qui n'ont pas d'outils adaptés pour la stérilisation du matériel.
- D'appliquer les toilettes vaginales dans la prise en charge des exocervicites (méthode YMAKS). Ceci dans le but de faire un bon suivi, de renforcer l'efficacité des médicaments choisis et de diminuer le taux de rechute et la résistance des germes aux antibiotiques.

➤ **Aux Personnels de Laboratoire :**

- De mieux s'outiller et d'acquérir des compétences pour améliorer la qualité des prestations.

➤ **Aux Malades :**

- De consulter son médecin ou sa Sage-femme ou de se rendre dans un centre dès qu'un symptôme apparaît. Cela pour éviter leur chronicité.

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**1. Organisation Mondiale de la Santé.**

Maladies Sexuellement Transmissibles. Forum mondial de la santé 1996.

2. B. HEDON, D. DARGENT, P. MADELERAT, R. FRYDMAN.

Gynécologie - ELLIPSES AUPELF/UREF 618 – HED P. 210-226.

3. OMS. Les Jeunes et les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST).

Aide mémoire N° 110 Mars 1996.

4. I STD. Com Sexually Transmitted Diseases (STDs).

5. J. LANSAC / P. LECOMTE / H. MARRET. – Gynécologie pour le praticien. Masson 6^{ème} édition P. 75-77.

6. R. LEFAIT-ROBIN, A-NETO, L. CARDOSO, P. MENDONCA, M. BANGURA, D. BONNIN, P. SEDNAOUI, F. DIAS. Contrôle des Maladies Sexuellement Transmissibles chez les femmes en âge de procréer. Disponible sur [http : //www.santetropicale.com/Resume/44604.pdf/](http://www.santetropicale.com/Resume/44604.pdf/). Consulté en Décembre 2007.

7. SANGARE A. Etude cyto bactériologique des prélèvements génitaux chez les femmes à l'INRSP de Bamako Thèse Pharm. Bamako, 2001 N°39.

8. DIOP KHADIDIA D. Prévalence de *Neisseria gonorrhœæ* dans les prélèvements génitaux examinés à l'INRSP Thèse Pharm., Bamako 2003 N°8.

9. BOLO KOURA A. Etude bactériologique des sécrétions vaginales au Laboratoire de Biologie de l'Hôpital du Point G. Thèse Pharm., Bamako 2004 N°32.

10. Groupe d'étude de l'OMS. – Prise en charge des patients atteints de Maladies Sexuellement Transmissibles. OMS Genève 1997.

11. MINITERE DE LA SANTE. EDS IV Mali ; 2006, Rapport final en 2007.

12. W. KAHLE, H. LEONHARDF, W. PLATZER. - Anatomie des Viscères Flammarion Médecine-Sciences 4, rue Casimir Delavine - 75006 Paris. P. 282-296.

13. Cervicite disponible sur

http://www.aly-www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/cervicite.html. Consulté en Février 2008.

14. J. LANSAC / P. LECOMTE / H. MARRET. – Gynécologie pour le praticien. Masson 6^{ème} édition P. 276-280-285-286.

15. M. DOLIVO / J. HENRY-SUCHET J. ORFILA / F. EB – Maladies transmises par voies sexuelles. 2^{ème} Edition Masson 616 Dol P.38-39

16. Professeur Jean-Claude BEANI. Infections urogénitales à gonocoque et Chlamydia trachomatis (en dehors de la maladie de Nicolas Favre) (95b)- Janvier 2004 (Mise à jour mai 2005) disponible sur <http://www-sante.ujf>. Consulté en Février 2008.

17. J. ARNAUD – BAHANDIER, I. EGASSE – BROCA. Les Maladies sexuellement Transmissibles. C.B.S Schoufield. MADSI. 616.97 SCH. P. 164.

18. SOULEYMANE M'BOUP, CHEICK S BOYE, OUANGRE A. Prévalence de Neisseria gonorrhœæ au niveau de différentes populations au Sénégal. 1993; p 3: 10-11.

19. KHAPP JS.

Historical perspectives and identification of Neisseria and related species. Clin Microbiol Rev 1988; 1: 415-431.

20. HALBBERSTAEDT, PROWAZECK S.

Zur aetologie des trachoma. Dech. Med. WSCHR.1907; 1285-1287. In : LEON Le MINOR, Bactériologie médicale, 2^{ème} édition, Flammarion Médecine-Sciences, 1984.

21. PRESCOT – HARLEY – KLEIN Microbiologie. Bruxelles : De Boeck Université 2^{ème} éd, 1995 ; 1014p

22. S M'BOUP, BOYE S B, OUANGRE A.

Guide du laboratoire pour le diagnostic des MST, prévalence de Chlamydia trachomatis dans différentes populations au Sénégal. 1996: 45, 28-30.

23. RIPA K T, MANDH P A.

Culture of Chlamydia trachomatis in cycloheximide treated Mc Coy cells. J Clin Microbiol 1997; 6: 328-33.

24. RAPPORT D'UN GROUPE D'ETUDE DE L'OMS;

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

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

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

26. SIMONET M. Bacteroides et les autres bactéries de la flore de Veillon. In : BERCHE P, GAILLARD JL, et SIMONET M, eds. Bactériologie : les bactéries des infections humaines. Paris : Flammarion, 1988 ; 367.

27. *Neisseria gonorrhœæ* disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Neisseria_gonorrhoeae . Consulté en Février 2008.

28. *Chlamydia trachomatis* disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Chlamydia_trachomatis . Consulté en Février 2008.

29. *Trichomonas vaginalis* disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Trichomonas_vaginalis . Consulté en Février 2008.

30. *Candida albicans* disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Candida_albicans . Consulté en Février 2008.

31. Infections Vaginales disponible sur <http://www.bioltrop.fr/09-diagautre/infections-vaginales.htm> Consulté en Février 2008.

32. J. LANSAC / P. LECOMTE / H. MARRET. – Gynécologie pour le praticien. Masson 6^{ème} édition P. 330-331.

33. COULYBALY K. Le Diagnostic étiologique de l'écoulement vaginal et évaluation de sa prise en charge syndromique par les prescripteurs aux Centres de santé de Référence des communes 5 et 6 du district de Bko à propos de 200 cas. Thèse de Pharm. Bko 2003, N°40.

34. DIARRA D. Infections génitales basses à la consultation externe dans les services de Gynécologie – Obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE à propos de 200 observations. Bamako 2000, N°57.

35. OUEDRAOGO E. A. Etude de la prévalence des IST/SIDA chez les consultants des Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) de la ville de BOBO DIOULASSO (BOURKINA FASO) ; Bamako 2004 Thèse de Pharm. N°32.

36. KOITA I. Place de *Neisseria gonorrhoeæ*, *Candida albicans*, *Trichomonas Vaginalis* et *Gardnerella vaginalis* dans les infections génitales chez 275 femmes examinées à Bamako 2000, Thèse de Pharm ; N°2

37. SANGARE S. Evaluation de la séroprévalence de la Syphilis au centre urbain de Mopti à propos de 1067cas. Thèse de Méd. 2007 ; N°190.

ANNEXES

COMPARAISON DE DEUX COLS DE L'UTERUS

COL SAIN



Dr Malick TRAORE – Interne Abdoul Karim SANGARE

CERVICITE SAIGNANT



Dr Malick TRAORE – Interne Abdoul Karim SANGARE

QUESTIONNAIRE/ PATIENTES

I) IDENTIFICATION/ CODE.....**Q1** N° :..... **Q2** Date :...../ /2007**Q3** Nom :.....**Q4** Prénom :..... **Q5** Age :.....**Q6 Profession :**

- 1) Ménagère,
- 2) Aide ménagère,
- 3) Vendeuse/commerçante,
- 4) élève/ étudiante,
- 5) salariée,
- 6) Autres.....

Q7 Ethnie :

- 1) Peulh
- 2) Bozo
- 3) Bamanan,
- 4) Soninké
- 5) Malinké
- 6) Bobo
- 7) Minianka
- 8) Sénoufo
- 9) Autres.....

Q8 Statut matrimonial :

- 1) Mariée monogame
- 2) mariée polygame
- 3) célibat
- 4) divorcée
- 5) veuvage
- 6) concubinage.

Q9 Niveau d'instruction :

- 1) Aucun
- 2) Primaire
- 3) Secondaire
- 4) Supérieur

Q10 Motif de consultation :

- 1) Leucorrhée
- 2) Douleur pelvienne
- 3) Prurit
- 4) ulcération vulvaire
- 5) dyspareunie
- 6) Association.....7) Autres.....

Q11 Provenance :

- 1) Elle-même
- 2) HRSD
- 3) CSRéf Mopti
- 4) INPS de Sévaré
- 5) Cabinet médical Tama
- 6) Autres

II) ANTECEDENTS

1) Gynécologique

Q12 DDR :

- 1) Connue 2) inconnue

Q13 Cycle :

- 1) Régulier 2) irrégulier

Q14 Durée :..... Q15 Menarche :.....

Q16 Douleur pelvienne :

Q17 Trouble urinaire :

Q18 Dyspareunie :

Q19 Dysménorrhée :

Q20 Leucorrhée :

a) Abondante :

b) Odeur :

c) Prurigineuse :

d) Aspect :

- 1) Verdâtre 2) Jaunâtre 3) Blanchâtre ;

e) autres.....

Q21 Traitement/Plainte :

- 1) guérit 2) amélioré 3) persiste 4) aucun

Q22 Technique du traitement :

- 1) avec analyse 2) avec TV 3) Traitement du couple
- 4) Traitement de/des coépouses 5) Aucune

Q23 Contraception : oui=1, non=2

a) Pilule

b) Stérilet

c) Préservatif

d) Injectable

e) aucune

2) Obstétrical :

Q24 Gestité

Q25 Parité

Q26 Enfant vivant

Q27 Décédé

Q28 mort-né

Q29 Avortement

1) spontané 2) provoqué

Q30 Curetage: oui; non

3) Chirurgical :

Q31 Présent :

1) oui et type.....;

2) non

4) Médicaux :

Q32 Diabète

Q33 VIH

Q34 Drépanocytose

Q35 Autres.....

III) SYMPTOMES

Q36 Leucorrhée : oui=1, non=2

a) Physiologique

b) Prurit vulvaire

c) Odeur

d) Abondante

e) colorée

f) brûlure vaginale

g) chronique

h) aiguë

Q37 Circ. Survenues :

1) d'elle-même ;

2) après ATB ;

3) après exploration gynéco.

Q38 Règle :

a) dysménorrhée

b) aménorrhée. Ire

c) aménorrhée IIre

g) Autre.....

Q39 Algies pelvienne :

a) Irradiation.....

b) modalité

1) Intermittente 2) Continue ;

c) siège

Q40 saignement anormal : oui=1, non=2

a) métrorragie

b) ménorragie

c) absence

Q41 Troubles urinaires :

a) dysurie

b) pyurie

c) hématurie

d) absence

Q42 Trouble sexuel :

a) douleur de pénétration profonde

b) douleur d'intromission

c) Anorgasmie

d) Autre.....

Q43 Trouble Psychoaffectif :.....

IV) EXAMEN CLINIQUE

Q44 Inspection : oui=1, non=2

a) ulcération vulvaire

b) écoulement vaginal

c) Autre.....

Q45 Palpation/TV :

a) ombilic sensible

b) annexe sensible

c) état de la muqueuse

d) Autre.....

Q46 Spéculum :

a) coloration de l'exocol

1) normale= rose

2) patho = rougeur

b) col

1) œdématié

2) Ectropion

3) Autre

c) aspect de la glaire :

1) Limpide

2) Lait caillé

3) Louche

4) Purulente

5) Autre.....

d) saignement cervical

1) isolé 2) au contact

e) Leucorrhée striée de sang : oui// non//

Q47 Grossesse :

1) Positive 2) Négative 3) Test demandé/Positif

Diagnostic clinique :.....

V) EXAMEN COMPLEMENTAIRE

Q48 Prélèvement cervico-vaginal:

1) demandé et fait

2) demandé non fait

3) non demandé

Q48a Résultat à l'état frais.....

Q48b Résultat après coloration.....

Q48c Culture/antibiogramme :

1) demandé et fait

2) demandé non fait

3) non demandé

4) Résultat.....

Q49 ECBU **Résultat**

Q50 Selle POK **Résultat**

Q51 Toxo **Résultat**

Q52 BW **Résultat**.....

Q53 Dépistage cancer du col

1) non demandé

2) Positif

3) Négatif

Q54 Examen Anapath du col :.....

Q55 VIH

Q56 Sérologie chlamydiae :

Q57 NFS-VS :.....

Q58 CRP.....

Q59 Glycémie.....

Q60

Echographie.....

VI) PRISE EN CHARGE

Q61 Nombre de toilette: // // // //

Q62 Médicaments utilisés :

a) Antibiotique

- 1) Doxy
- 2) Erythromycine
- 3) Benzathyl Bi pénicilline
- 4) Métronidazole cp
- 5) Nystatine
- 6) ceftriaxone.
- 7) Association.....
- 8) Autres antibiotique :.....

Q62a Autres :

- a) Anti-inflammatoire
- b) Antalgique
- c) Préciser.....

Q63 Matériels utilisés : oui=1, non=2

- a) compresse
- b) Coton
- c) Solution antiseptique
- d) Pommade HEC
- e) Autres

Q64 Partenaire et coépouse :

- 1) Examen demandé
- 2) traité systématiquement
- 3) autres.....

Q64a Résultats des examens partenaire et coépouse :

- a) Résultat
- b) Traitement

Q65 Examen clinique de contrôle :

- a) Guérison définitive. (En jour).....
- b) signes persistants :.....
- c) Second traitement.....

Q66 Résultat attendus : oui=1, non=2

- a) Satisfaction
- b) Disparition des symptômes
- c) Persistance des symptômes
- d) Avis psycho affectif.....

Q67 Technique

appliquée :.....

Q68 CAT à tenir définitif à la fin du Traitement :

- a) Aucun RDV donnez (guérison complète)
- b) Référence
- c) Autre investigation :.....

Fiche Signalétique

Nom : SANGARE

Prénoms : Abdoul Karim

Titre : Diagnostic Clinique, Bactériologique et prise en charge pratique des cervicites.

Année : 2007 – 2008

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque FMPOS

Secteur d'intérêt : Clinique - Gynécologie - Bactériologie.

Résumé :

Il s'agit d'une Etude prospective de type longitudinal portant sur 132 cas de cervicites de diagnostic clinique et bactériologique dans le Cabinet DUFLO et l'ASACOTAMB dans la commune urbaine de Mopti.

Le but de ce travail était d'informer les autorités sanitaires et les cliniciens ainsi que la population sur l'ampleur de la cervicite chez la femme en activité génitale.

Les objectifs de cette thèse sur les cervicites étaient d'évaluer leur fréquence dans les consultations, d'évaluer la symptomatologie clinique, d'apprécier l'efficacité des toilettes vaginales dans leur prise en charge et en fin d'évaluer le taux de guérison après la prise en charge.

Sur une période de 6 mois allant de Janvier à Juin 2007, la prévalence de la cervicite a été de 17,2% en fonction des patientes âgées de 13 à 50 ans.

L'écoulement vulvaire (leucorrhée) a représenté 84,1%. Les algies pelviennes ont représentées à 87,1% et la Dyspareunie profonde à 55,3%. La symptomatologie clinique retrouvée a été chronique dans 61,4%. Nous avons obtenu une guérison clinique du col de l'utérus dans 79,5% des cas avec trois ou quatre toilettes vaginales. La durée de 21 jours (3 semaines) a été retrouvée à 36,4%. Nous avons obtenu une disparition totale des symptômes sur une durée inférieure ou égale à trois semaines dans 64,4% avec 7,6% des cas de résistance.

Mot clés : Cervicite - Diagnostic - Prise en charge.

Identification sheet

Family Name: SANGARE

First Name: Abdoul Karim

Title: Clinic Diagnosis and bacteriologic and practical costs of cervicitis

Year: 2007 – 2008

Town: BAMAKO

Origin country: MALI

Deposit place: Library FMPOS

Interest sector: Clinic – gynecology – bacteriology

Summary:

The question is about a prospective study of strengthwise type being about 132 cases of cervicitis of clinic diagnosis and bacteriologic in the surgery DUFLO and the ASACOTAMB in the urban commune of Mopti.

The goal of this work was to inform the health authorities and the clinicians also that the population about extensiveness of the cervicity at woman in genital activity.

The objectives of this thesis on the cervicity were to value their frequency in the consultations, to estimate the clinic symptomatologic, to appreciate the rate of recovering after the costs. Over a period of 6 month going from January to June 2007, the frequency of the cervicity has been of 17,2% in fonction of age bracket from 13 to 50 years of female sex. The discharge vulval (leucorrhoea) presented 84,1%.The Pelviennes algies presented to 87,1% and the deep dyspareunic to 55,3%. The finding clinic symptomatologic has been chronic in 61,4%. We got a clinic recovering of col de l'uterus in 79,5% of cases with three or four vaginal toilets. The period of 21days (3weeks) has been recovered to 36,4%. We got a total disappearance of symptoms over a period inferior a equal to three weeks in 64,4% with 7,6% resistance cases.

KEY WORD: Cervicity-Diagnosis-Costs

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

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

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que reçue de leur père.

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

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

Je le jure.