

CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DES RECIDIVES ET FACTEURS DE RISQUE IST

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT

REPUBLIQUE DU MALI

SUPERIEUR ET DE LA

Un Peuple - Un But - Une Foi

RECHERCHE SCIENTIFIQUE

=====||=====

UNIVERSITE DE BAMAKO



*Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
d'Odonto Stomatologie*



Année Universitaire 2010 -2011

Thèse N° /138

**ASPECT EPIDEMIOLOGIE  
ET CLINIQUE DES IST AU  
CSCOM DE BANCONI**

**THESE**

*présentée et soutenue publiquement le 01/JUIN/2011  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie*

par *Monsieur Souleymane SIDIBE*  
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

**Jury :**

**Président :** Pr SOUNKALO DAO

**Membres :** Dr MAMADOU COULIBALY

**Co-Directeur :** Pr IDRISSA AHMADOU CISSE

**Directeur :** Dr MAHAMAN E MAIGA

CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DES RECIDIVES ET FACTEURS DE RISQUE IST

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

*Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
d'Odonto Stomatologie*



Année Universitaire 2010 -2011

Thèse N° / 138

**ASPECT EPIDEMIOLOGIE  
ET CLINIQUE DES IST AU  
CSCOM DE BANCONI**

**THESE**

*présentée et soutenue publiquement le 01/JUIN/2011  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie*

par *Monsieur Souleymane SIDIBE*  
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

**Jury :**

**Président :** Pr SOUNKALO DAO  
**Membres :** Dr MAMADOU COULIBALY  
**Directeur :** Dr MAHAMANE MAIGA  
**Co-Directeur :** Pr IDRISSE AHMADOU CISSE

ETUDE REALISEE PAR M. SIDIBE SOULEYMANE

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2010 - 2011**

**ADMINISTRATION**

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR : BOUBACAR TRAORE - MAITRE DE CONFERENCES

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR : IBRAHIM I. MAIGA - MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : IDRISAH AHMADOU CISSE - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

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

**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale, <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie - Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL

Mr Mady MACALOU  
Mr Ibrahim ALWATA  
Mr Sanoussi BAMANI  
Mr Tiemoko D. COULIBALY  
Mme Diénéba DOUMBIA  
Mr Bouraïma MAIGA  
Mr Niani MOUNKORO  
Mr Zanafon OUATTARA  
Mr Adama SANGARE  
Mr Aly TEMBELY  
Mr Samba Karim TIMBO  
Mr Souleymane TOGORA  
Mr Lamine TRAORE

Orthopédie/Traumatologie  
Orthopédie - Traumatologie  
Ophtalmologie  
Odontologie  
Anesthésie/Réanimation  
Gynéco/Obstétrique  
Gynécologie/Obstétrique  
Urologie  
Orthopédie - Traumatologie  
Urologie  
ORL  
Odontologie  
Ophtalmologie

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA  
Mr Youssouf SOW  
Mr Djibo Mahamane DIANGO  
Mr Moustapha TOURE  
Mr Mamadou DIARRA  
Mr Boubacary GUINDO  
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA  
Mr Birama TOGOLA  
Mr Bréhima COULIBALY  
Mr Adama Konoba KOITA  
Mr Adégné TOGO  
Mr Lassana KANTE  
Mr Mamby KEITA  
Mr Hamady TRAORE  
Mme Fatoumata SYLLA  
Mr Drissa KANIKOMO  
Mme Kadiatou SINGARE  
Mr Nouhoum DIANI  
Mr Aladji Seïdou DEMBELE  
Mr Ibrahim TEGUETE  
Mr Youssouf TRAORE  
Mr Lamine Mamadou DIAKITE  
Mme Fadima Koréïssy TALL  
Mr Mohamed KEITA  
Mr Broulaye Massoulé SAMAKE  
Mr Yacaria COULIBALY  
Mr Seydou TOGO  
Mr Tioukany THERA  
Mr Oumar DIALLO  
Mr Boubacar BA  
Mme Assiatou SIMAGA  
Mr Seydou BAKAYOKO  
Mr Sidi Mohamed COULIBALY  
Mr Adama GUINDO  
Mme Fatimata KONANDJI  
Mr Hamidou Baba SACKO  
Mr Siaka SOUMAORO  
Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE  
Mr Drissa TRAORE  
Mr Bakary Tientigui DEMBELE  
Mr Koniba KEITA  
Mr Sidiki KEITA  
Mr Soumaïla KEITA  
Mr Alhassane TRAORE

Gynéco-Obstétrique  
Chirurgie Générale  
Anesthésie-réanimation  
Gynécologie  
Ophtalmologie  
ORL  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Pédiatrique  
Odonto-Stomatologie  
Ophtalmologie  
Neuro Chirurgie  
ORL-Rhino-Laryngologie  
Anesthésie-Réanimation  
Anesthésie-Réanimation  
Gynécologie/Obstétrique  
Gynécologie/Obstétrique  
Urologie  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Pédiatrique  
Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire  
Gynécologie  
Neurochirurgie  
Odontostomatologie  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
ORL  
ORL  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale

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

### 1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie, <b>Chef de DER</b>

### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-phthisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Agoussa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/Ophthalmologie

### 4. Assistants

Mr Drissa TRAORE	Anatomie
------------------	----------

## D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Amadou DIALLO  
Mr Moussa HARAMA  
Mr Ogobara DOUMBO  
Mr Yénimégué Albert DEMBELE  
Mr Anatole TOUNKARA  
Mr Bakary M. CISSE  
Mr Abdourahmane S. MAIGA  
Mr Adama DIARRA  
Mr Mamadou KONE  
Mr Sékou F.M. TRAORE  
Mr Ibrahim I. MAIGA

Biologie  
Chimie Organique  
Parasitologie – Mycologie  
Chimie Organique  
Immunologie  
Biochimie  
Parasitologie  
Physiologie  
Physiologie  
Entomologie Médicale  
Bactériologie – Virologie

### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE  
Mr Flabou BOUGOUDOGO  
Mr Amagana DOLO  
Mr Mahamadou CISSE  
Mr Abdoulaye DABO  
Mr Mahamadou A. THERA  
Mr Moussa Issa DIARRA  
Mr Mouctar DIALLO  
Mr Djibril SANGARE  
Mr Boubacar TRAORE  
Mr Mounirou BABY  
Mr Guimogo DOLO  
Mr Kaourou DOUCOURE  
Mr Lassana DOUMBIA  
Mr Abdoulaye TOURE  
Mr Cheik Bougadari TRAORE  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Bouréma KOURIBA

Histoembryologie  
Bactériologie-Virologie  
Parasitologie **Chef de D.E.R.**  
Biologie  
Malacologie, Biologie Animale  
Parasitologie -Mycologie  
Biophysique  
Biologie Parasitologie  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Parasitologie Mycologie  
Hématologie  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Biologie  
Chimie Organique  
Entomologie Moléculaire Médicale  
Anatomie-Pathologie  
Bactériologie-Virologie  
Immunologie

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou DIAKITE  
Mr Bakarou KAMATE  
Mr Bakary MAIGA  
Mr Bokary Y. SACKO

Immunologie – Génétique  
Anatomie Pathologie  
Immunologie  
Biochimie

### 4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA  
Mr Moussa FANE  
Mr Blaise DACKOUCO  
Mr Aldiouma GUINDO  
Mr Boubacar Ali TOURE  
Mr Issa KONATE  
Mr Moussa KONE  
Mr Hama Abdoulaye DIALLO  
Mr Seydina Aboubacar Samba DIAKITE  
Mr Mamoudou MAIGA  
Mr Samba Adama SANGARE  
Mr Oumar GUINDO  
Mr Seydou Sassou COULIBALY  
Mr Harouna BAMBA  
Mr Sidi Boula SISSOKO  
Mr Bréhima DIAKITE  
Mr Yaya KASSOUGUE  
Mme Safiatou NIARE  
Mr Abdoulaye KONE  
Mr Bamodi SIMAGA  
Mr Klétigui Casmir DEMBELE  
Mr Yaya GOITA

Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale  
Parasitologie Entomologie  
Chimie Analytique  
Hématologie  
Hématologie  
Chimie Organique  
Chimie Organique  
Immunologie  
Immunologie  
Bactériologie  
Bactériologie  
Biochimie  
Biochimie  
Anatomie Pathologie  
Hysto-Embryologie  
Génétique  
Génétique  
Parasitologie  
Parasitologie  
Physiologie  
Biochimie Clinique  
Biochimie Clinique

## D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE  
Mr Ousmane DOUMBIA  
Mr Elimane MARIKO

Chimie analytique  
Pharmacie Chimique  
Pharmacologie, **Chef de D.E.R.**

### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO  
Mr Alou KEITA  
Mr Benoît Yaranga KOUMARE  
Mr Ababacar I. MAIGA  
Mme Rokia SANOGO  
Mr Saïbou MAIGA

Matières Médicales  
Galénique  
Chimie Analytique  
Toxicologie  
Pharmacognosie  
Législation

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE  
Mr Ousmane KOITA  
Mr Yaya COULIBALY  
Mr Abdoulaye DJIMDE  
Mr Sékou BAH  
Mr Loséni BENGALY

Galénique  
Parasitologie Moléculaire  
Législation  
Microbiologie-Immunologie  
Pharmacologie  
Pharmacie Hospitalière

### 4. ASSISTANT

Mr Aboubacar Alassane Oumar  
Mr Sanou Khô COULIBALY  
Mr Tidiane DIALLO  
Mr Bourama TRAORE  
Mr Mr Issa COULIBALY  
Mr Mahamadou TANDIA  
Mr Madani MARIKO  
Mr Mody CISSE  
Mr Ousmane DEMBELE  
Mr Hama Boubacar MAIGA  
Mr Bacary Moussa CISSE  
Mr Adama DENOUE  
Mr Mahamane HAIDARA  
Mr Hamadoun Abba TOURE  
Mr Balla Fatoma COULIBALY

Pharmacologie Clinique  
Toxicologie  
Toxicologie  
Législation  
Gestion  
Chimie Analytique  
Chimie Analytique  
Chimie Thérapeutique  
Chimie Thérapeutique  
Galénique  
Galénique  
Pharmacognosie  
Pharmacognosie  
Bromatologie  
Pharmacie Hospitalière

## D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

### 1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou Souncalo TRAORE  
Mr Jean TESTA  
Mr Massambou SACKO  
Mr Alassane A. DICKO  
Mr Seydou DOUMBIA  
Mr Samba DIOP  
Mr Hamadoun SANGHO

Santé Publique, **Chef de D.E.R.**  
Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique  
Epidémiologie  
Anthropologie Médicale  
Santé Publique

### 2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA  
Mr Hammadoun Aly SANGO  
Mr Akory AG IKNANE  
Mr Ousmane LY  
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO  
Mme Fanta SANGHO

Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique  
Santé Publique  
Informatique Médecine  
Santé Communautaire

### 3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO  
Mr Seydou DIARRA  
Mr Abdrahamne ANNE

Biostatistique  
Anthropologie Médicale  
Bibliothéconomie-Bibliographie

### CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA  
Mr Bouba DIARRA  
Mr Zoubeïrou MAÏGA  
Mr Boubacar KANTE  
Mr Souleymane GUINDO  
Mme DEMBELE Sira DIARRA  
Mr Modibo DIARRA  
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA  
Mr Mahamadou TRAORE  
Mr Lassine SIDIBE  
Mr Cheick O. DIAWARA  
Mr Ousmane MAGASSY

Botanique  
Bactériologie  
Physique  
Galénique  
Gestion  
Mathématiques  
Nutrition  
Hygiène du Milieu  
Génétique  
Chimie Organique  
Bibliographie  
Biostatistique

### ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Babacar FAYE  
Pr. Amadou Papa DIOP  
Pr. Lamine GAYE  
Pr. Pascal BONNABRY

Pharmacodynamie  
Biochimie  
Physiologie  
Pharmacie Hospitalière

**DEDICACES**  
**ET**  
**REMERCIEMENTS**

## DEDICACES

Je dédie ce travail :

A **Allah** : le tout Puissant, le Clément et le Miséricordieux.

Merci de m'avoir soufflé la vie et de me donner Muhammad (SAW) comme messager et prophète. Seigneur, je te glorifie de m'avoir toujours protégé et guidé.

Seigneur, c'est toi et seulement toi qui peut remplir mes attentes ; donc accorde moi la force et la volonté de changer ce qui peut changer et le courage d'accepter ce que je ne peux pas changer.

A mon père **Feu Amadou SIDIBE** :

Ce travail est le fruit de tes durs labeurs pour que tes enfants que nous sommes aient un avenir meilleur. Cher papa, nous sommes plus que fier de t'avoir eu comme père.

A ma mère **Hawa DIAKITE** :

Chère maman acceptes ce travail comme le résultat de ta patience et de tes sacrifices. Maman notre fierté pour toi est sans équivoque. Qu'Allah te donne longue vie en parfaite santé.

A ma oncle **Mory SIDIBE** :

Merci de m'avoir accepté chez toi pour mes études universitaires et d'être là constamment pour moi. Que Dieu te donne une longue vie et parfaite santé.

A mes sœurs et frères :

**Mohamed SIDIBE, Bintou SIDIBE, Mariam SIDIBE, Braman SIDIBE, Adjaratou SIDIBE, Diallé SIDIBE**, je vous dédie ce travail. Vous êtes les meilleurs des dons qui me soient faits et la sources de mes inspirations le long de mes études qu' Allah le tout Puissant vous accorder paix et santé. Retrouvez ici, l'expression de mes sentiments fraternels les plus profonds.

## REMERCIEMENTS

A mon tonton **Mory SIDIBE** :

De mon entrée en faculté jusqu'à la fin de ce travail votre soutien le plus complet et inconditionnel ne m'a fait défaut même en une fraction de seconde. Merci infiniment cher tonton, que Dieu vous donne longue vie.

A mes cousins et cousines :

Adam SIDIBE, Kaly SIDIBE, Kaly-awa SIDIBE, Flaténin SIDIBE, Toumani SIDIBE, Mariam SIDIBE, Oumou SIDIBE, Soloba SIDIBE, Fatim SIDIBE, Penda SIDIBE, Braman SIDIBE, Boukary SIDIBE, Alaman SIDIBE, N'bré SIDIBE, Makan SIDIBE, merci pour votre soutien constant et votre amabilité.

A tous les membres de la famille de **Daouda SANGARE** :

Merci pour votre soutien constant tant matériel que moral et votre amabilité.

A mes frères de KITA, Dr. Bangaly SIDIBE, Dr. Falaye SISSOKO, Dr. Moussa Salifou DIALLO , Souleymane T. COULIBALY, Dr. Bakary S KEITA, Dr. Zean A TRAORE et tous les membres de l'Association des étudiants de la Faculté de Medecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie (AEMK) . Merci pour vos conseils et votre disponibilité.

A mes amis de Banconi :

Tiécoura BAGAYOKO, Diatrou DIAKITE, ..... Merci pour vos conseils et votre disponibilité.

A tous les membres et sympathisants de la Coordination Régionale des Etudiants en Santé de Kayes à la FMPOS (CRESKA/FMPOS).Merci pour tout.

A tous les membres du Collectif des Etudiants de la Première Promotion du Numerus Clausus section médecine. Que Dieu vous donne longue vie et plein de succès dans vos entreprises.

A tout le personnel du CSCom de BANCONI:

Je vous remercie de votre disponibilité et la formation que nous avons reçue auprès de vous.

Aux internes de thésards de Banconi :

Je ne regrette pas de vous avoir connu. J'ai pleinement bénéficié de vos qualités.

**HOMMAGES  
AUX  
MEMBRES  
DU  
JURY**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :**

**Monsieur le Professeur Soukalo DAO**

- ✓ **Maître de Conférence à la faculté de Médecine de Pharmacie et Odonto-Stomatoologie (FMPOS).**
- ✓ **Président de la Société Malienne de Pathologie Infectieuse (SOMAPIT)**
- ✓ **Membre de la Société de pathologie Infectieuse de langue Française (SPILT).**
- ✓ **Investigateur Clinique au Centre de Recherche et de Formation sur le VIH/Tuberculose.**

*Cher maître vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse.*

*Votre abord facile, votre sagesse et votre disponibilité font de vous un grand maître de l'art médical. C'est autant de qualité en vous qui ont forcé en nous l'estime que nous avons pour vous.*

*Nous vous prions cher maître, d'accepter le témoignage de notre profonde gratitude et notre très grande reconnaissance.*

**A NOTRE MAITRE ET JUGE :**

**Monsieur le Docteur Mamadou COULIBALY**

- ✓ **Spécialiste en gynéco-obstétrique,**
- ✓ **Médecin de la Polyclinique Mah DOUMBIA**
- ✓ **Directeur de l'Ecole de Santé N'Dounga**

*Cher maître,*

*Votre disponibilité, votre courage et votre esprit scientifique font de vous, un exemple à suivre.*

*Recevez ici notre reconnaissance pour la qualité des enseignements que nous avons reçus de vous et continuons de recevoir pendant nos stages à l'ASACOB*

*Cher maître, nous vous souhaitons bonne continuation pour la réalisation de vos projets.*

**A NOTRE MAITRE ET CO- DIRECTEUR DE THESE :**

**Monsieur le Professeur Idrissa Ahmadou Cisse**

- ✓ **Spécialiste en Rhumatologie et maladies systémique**
- ✓ **Maître assistant en Dermatologie-vénérologie**
- ✓ **Spécialiste en allergologie, Maladies tropicales et parasitaires**
- ✓ **Diplômé d'endoscopie digestive,**
- ✓ **Responsable de cours de Rhumatologie à la FMPOS**
- ✓ **Secrétaire principal à la FMPOS**

*Nous vous remercions d'avoir dirigé ce travail malgré vos multiples occupations.*

*Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.*

*Cher maître, nous avons beaucoup appris avec vous tant sur le plan clinique, thérapeutique que social.*

*Homme de science et littéraire, social et sociable nous espérons que vos yeux nous surveilleront malgré vos préoccupations.*

*Recevez ici cher maître notre reconnaissance et l'expression de notre dévouement absolu.*

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR :**

**Monsieur le Docteur Mahamane MAIGA**

- ✓ **Conseiller en Médecine Communautaire/Médecine Familiale pour le projet des Professionnels de la Santé au Mali (DECLIC),**
- ✓ **Ex-Médecin Directeur du CSCOM de Banconi**
- ✓ **Professeur d'enseignement clinique à l'université de Sherbrooke- CANADA**
- ✓ **Professeur à l'université du Quebec.**

*Cher maître,*

*Votre disponibilité, votre courage et votre esprit scientifique font de vous, un exemple à suivre.*

*Recevez ici notre reconnaissance pour la qualité des enseignements clinique que nous avons reçus de vous et continuons de recevoir pendant nos stages à l'ASACOB*

*Cher maître, nous vous souhaitons bonne continuation pour la réalisation de vos projets.*

## SOMMAIRE

Introduction.....	1
Objectifs.....	3
Généralités.....	4
Méthodologie.....	22
Résultats.....	28
Commentaires et Discussions.....	44
Conclusion et Recommandations.....	47

**CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DES RECIDIVES ET FACTEURS DE RISQUE IST**

**ASPECTS CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIE DES IST AU  
CSCOM DE BANCONI**

**ETUDE REALISEE PAR M. SIDIBE SOULEYMANE**

# INTRODUCTION

ETUDE REALISEE PAR M. SIDIBE SOULEYMANE

## **CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DES RECIDIVES ET FACTEURS DE RISQUE IST**

Les infections sexuellement transmissibles se définissent comme l'ensemble des maladies transmises lors des rapports sexuels (avec ou sans pénétration) avec un partenaire contaminé. Elles sont aujourd'hui un problème de santé publique de par leur fréquence et leur sévérité, touchant les organes reproducteurs ainsi mettant en jeu la pérennité de l'espèce.

Les causes de ces maladies sont le plus souvent des bactéries, des virus, et des parasites. Selon les estimations de l'OMS, on enregistre chaque année dans le monde 340 millions de nouveaux cas d'IST (syphilis, gonorrhée, chlamydie et trichomonas) [11]. Dans les pays en voie de développement, les IST et leurs complications figurent parmi les cinq premiers motifs de consultation chez les adultes [11 ; 1].

Les IST sont la principale cause de stérilité, particulièrement chez la femme. La chlamydie non traitée entraîne dans 10 à 40% des cas une infection génitale haute et 30 à 40% des cas de stérilité tubaire. Ces infections génitales hautes multiplient de 6 à 10 fois le risque de grossesse extra-utérine, autrement dit 40 à 50% des grossesses extra-utérines sont consécutives à une infection génitale haute [11]. Une infection associée au papillomavirus peut conduire à un cancer de l'appareil génital [11 ; 6].

Sans traitement, 25% de grossesse chez les femmes souffrant de syphilis précoce se soldent par une mortinaissance et 14% par la mort du nouveau né, soit une mortalité périnatale totale 40% [6 ; 11]. Jusqu'à 35% des grossesses chez les femmes ayant une gonococcie non traitée se soldent par une fausse couche ou un accouchement avant terme, et jusqu'à 10% par un décès périnatal. En l'absence de traitement, une infection provoquant ou non une ulcération peut multiplier par dix le risque de contraction et transmission de l'infection à VIH [5 ; 11].

La problématique des IST avec la pandémie du VIH revient ainsi au premier plan de la lutte contre cette affection ; mais à noter que le VIH vient souvent faire oublier les autres IST, qui, il est important de le souligner, sont non moins importantes.

Les données statistiques sur ces affections ne sont pas bien décrites en Afrique en particulier au Mali. Mais nous pouvons inférer sans doute que les IST sont au Mali responsables des complications citées plus haut.

Au Mali, la prévalence déclarée d'IST et/ou des symptômes associés est estimée à 6 % parmi les femmes. Cependant, le pourcentage de femmes avec une IST ou des symptômes tels pertes vaginales, plaie ou ulcère génitaux est de 19 %. Rappelons que cette prévalence est basée sur les seules déclarations des enquêtées et qu'elle doit être prise comme un ordre de grandeur et non comme une estimation précise, car la présence de ces différents symptômes ou signes ne sont pas toujours la preuve d'une IST. C'est à Bamako que l'on note la proportion la plus élevée d'IST déclarée, (10 %). Elle est plus importante en milieu urbain (8 %) qu'en milieu rural (5%). Deux fois moins d'hommes (3 %) que de femmes (6 %) ont déclaré spontanément avoir eu une IST et/ou des symptômes associés à la présence d'IST. De faibles variations sont observées entre les différentes caractéristiques sociodémographiques [4].

## JUSTIFICATION

Les IST dans notre pays sont un véritable problème social compte tenu de ses répercussions sur la femme et du fait de tous les tabous entourant la sexualité. De plus, la polygamie est un facteur favorisant la transmission. D'autres facteurs comme la pauvreté favorisant la promiscuité, l'éducation sont aussi des causes responsables de la transmission. Banconi, l'un des quartiers les plus peuplé, reste une population à grand risque de transmission des IST et peut constituer pour nous un indicateur sur ces affections La lutte contre les IST joue aussi un rôle très important dans la prévention de l'infection à VIH, comme nous l'avons vu plus haut.

L'ASACOBBA est un pilier dans le système de traitement curatif et préventif.

## HYPOTHESES

- la récurrence des IST serait due à la méconnaissance des facteurs de risques.
- le traitement médicamenteux n'est pas correctement fait.

## **OBJECTIFS**

### **OBJECTIF GENERAL**

- Étudier les facteurs de risque tributaires des récives d'IST

### **OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- 1- Déterminer la prévalence des IST récidivantes à l'ASACOBA.
- 2- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patients présentant des IST
- 3- Identifier les facteurs de risque liés aux récives des IST chez les adultes de 15 à 49 ans

CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DES RECIDIVES ET FACTEURS DE RISQUE IST

# GENERALITES

ETUDE REALISEE PAR M. SIDIBE SOULEYMANE

CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DES RECIDIVES ET FACTEURS DE RISQUE IST  
1. LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1.1 – *Définition* :

1.1.1 **Les infections sexuellement transmissibles :**

Sont des maladies infectieuses qui comme leur nom l'indique se transmettent entre partenaires au cours des différentes formes de rapports sexuels : de contacts génitaux et ou de rapports par le sexe oral et ou par l'anus [11].

**Historique :** longtemps appelées maladies vénériennes du fait de la transmission exclusivement copulatoire ; nom provenant du Grec " Venus Déesse" de la Déesse de l'amour ; les IST existent depuis l'antiquité. Dans les années milles neuf cent quatre vingt dix (1990), elles changent de nom pour les maladies sexuellement transmissibles (MST) en son sens regroupant toutes les maladies transmises par la voie sexuelle. Mais depuis mille neuf cents quatre vingt dix neuf (1999) ce terme fut abandonné au profit des infections sexuellement transmissible (IST) pour prendre en compte toutes les personnes infectées car on peut être infecté mais sans être malade proprement dit [11].

Quelques données de l'histoire de découverte des agents responsables des IST :

- 121-210 : la gonorrhée du grecque « écoulement de semence »
- 1784 : blennorrhagie (Swediaur) « mucus » « couler »
- Rabelais : « pisse chaude »
- 1736 : le médecin de Louis XV évoque l'herpès.
- 1836 : A. Donnée : animalcules parlant du trichomonas.
- 1889 : Ducrey parle de chancre mou
- 1905 : LGV découverte par Nicolas Favre et Durant
- 1905 : Donovan (armée des Indes).
- 1907 : chlamydiae fut découvert
- 1964, 1970 : les hépatites A et B
- 1981 : en juin première description des cas de SIDA

1.1.2 **Les approches syndromiques des IST :**

L'approche syndromique regroupe différentes maladies en syndromes selon une présentation clinique et thérapeutique associables. Les approches syndromiques ont été préconisées par l'OMS à partir des années 1980 pour pallier aux insuffisances et limites des approches classiques dans la prise en charge des cas d'IST d'une part, et d'autre part pour répondre à l'émergence de l'épidémie des IST et du SIDA. Déjà utilisée pour d'autres problèmes de santé (IRA, diarrhées etc.), l'approche syndromique est basée sur deux composantes : l'identification du syndrome (*diagnostic syndromique*) et le traitement de tous les germes pouvant causer ce syndrome (*traitement syndromique*) [7].

## CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DES RECIDIVES ET FACTEURS DE RISQUE IST

Classiquement on distingue six algorithmes d'approche syndromique pour les IST (qui sont aussi couramment utilisées de par le Monde) [11] :

- L'approche de l'écoulement urétral et ou dysurie
- L'approche de l'ulcération génitale
- L'approche du bubon inguinal
- L'approche de la tuméfaction scrotale
- L'approche de l'écoulement vaginal et/ou douleur abdominale basse
- L'approche de la conjonctivite du nouveau né (qui, bien que relié aux IST, ne sera pas considéré dans la suite de l'étude actuelle)

### ***1-2. Epidémiologie des IST :***

#### **1-2-1 Terrain ou population cible**

Tel que mentionné précédemment, les IST touchent les personnes ayant des rapports sexuels non protégés avec des partenaires préalablement infectés. Elles se rencontrent surtout dans la classe d'âge de quinze à quarante et neuf ans (15 à 49 ans). Dans le monde on note autant de femmes infectées que d'hommes. Ceci contraste avec l'Afrique, surtout au sud du Sahara, où on note plus de femmes infectées que d'hommes. Aussi cette partie du continent est-elle la plus touchée par ces maladies. Cet état pose ainsi la question de savoir si la prévalence des IST pourrait être un des indicateurs du sous-développement. Partout dans le monde comme au Mali les groupes de personnes les plus touchées sont les femmes libres, les vendeurs ambulants, les coxeurs, les routiers, les aides familiales, les professionnel(les) du sexe. Aussi prendre en compte le cas des HARSAH (Homme Ayant des Rapport Sexuels Avec des Homme). [11].

#### **1.2.2- Agents pathogènes**

On dénombre plus de 30 micro-organismes qui se transmettent couramment au cours des rapports sexuels, les plus fréquents sont : le gonocoque, le *Treponème pallidum*, le *Chlamydiae Trachomatis*, le *Candida albicans*, le *Papilloma Virus*, le virus de l'hépatite B, l'*Herpes Simplex*, le *Trichomonas Vaginalis* le Virus de l'immunodéficiéncie humaine [5 ; 6 ; 10 ; 11 ; 12]. Cependant il ne faudrait pas oublier la présence de co-infections, très fréquentes, et qui sont le plus souvent causes de récidives dues à une prise en charge ciblée uniquement sur un seul germe. Deux exemples de co-infection fréquents sont *Neisseriae gonorrhée* et *Trichomonas Vaginalis* ; *Neisseriae gonorrhée* et *Chlamydia Trachomatis* [6].

Vu le nombre et la complexité de ces agents infectieux nous ne traiterons pas de la clinique spécifique à chaque microorganisme mais plutôt sur les bases syndromiques telles décrites plus haut et utilisées de façon répandue dans notre pays.

CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DES RECIDIVES ET FACTEURS DE RISQUE IST

Tableau I: Bactéries responsables de maladies sexuellement transmissible

Agents pathogènes	Urétrite Cervicite	Ulcération génitale	Adénite (bubon)
<i>Neisseria Gonorrhée</i>	+	0	0
<i>Haemophilus ducrey</i>	0	+	+
<i>Treponema pallidum</i>	0	+ (syphilis primaire)	0
<i>Klebsiella Granulomatis</i>	0 +	+ (donovanose)	0 +
<i>Chlamydia Trachomatis</i>	+	+/-	0
<i>Ureaplasma Urealyticum</i>	+ (si >1000 ucc/m) + PCR	0	0
<i>Mycoplasma hominis genitalium</i>		0 0	0

Tableau II: Virus responsable de maladies sexuellement transmissible

Virus de l'hépatite B	Hépatite virale
Virus de l'hépatite C	Hépatite virale
<i>Herpes simplexe virus (HSV)</i>	Herpès génital Herpès néonatal Ophtalmie herpétique
Cytomégalovirus (CMV)	MNI like
Epstein Barr virus (EBV)	Mononucléose infectieuse
Virus de l'immunodépression humaine (VIH)	Primo-infection VIH SIDA
HTLV 1	Syndrome lymphoprolifératif Neuro-myélopathies
<i>Human papilloma virus (HPV)</i>	Condylomes Cancer du col utérin Papillomes laryngés

Tableau III: Parasites et champignons responsable de maladies sexuellement transmissible [6;10;11]

Levures	Candidose génitale (balanites, vulvo-vaginite, urétrite subaiguë)
<i>Candidas albicans</i>	
Protozoose	Urétrite subaiguë Vulvo-vaginite
<i>Trichomonas Vaginalis</i>	
Ectoparasites	Gale humaine Phtiriase
<i>Sarcoptes scabiei</i> <i>Phtirius inguinalis</i>	

## CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DES RECIDIVES ET FACTEURS DE RISQUE IST

### 1.2.3- Mode de transmission :

- La voie sexuelle : c'est la principale voie de contamination du VIH et des germes responsables d'IST
- La voie maternelle (mère enfant) : deux voies de transmission sont possibles
  - La voie verticale transplacentaire (syphilis congénitale VIH) et
  - La voie filières génitale (conjonctivite du nouveau né).
- la voie sanguine : hépatite B et C, et VIH.

### 1.2.4- Fréquence :

Selon l'OMS 333 000 000 de cas d'IST surviennent chaque année. Les 4 cas d'IST les plus fréquents sont :

- La gonococcie 62 000 000 de cas par ans
- La chlamydie 89 000 000 de cas par ans
- La syphilis 12 000 000 de cas par ans
- La trichomonase 17 000 000 de cas par ans.
- selon l'ONU SIDA les personnes vivantes avec le VIH sont au nombre de 39,5 millions dans le monde dont 24,7 millions en Afrique subsaharienne et 460 000 en Afrique du nord et Moyen Orient. Le nombre de nouveau cas d'infection à VIH en 2008 était de 4,3 millions avec 2,8 millions en Afrique Subsaharien et 68 000 en Afrique du Nord et Moyen Orient. Le nombre de décès dû au SIDA en 2006 était de 2,9 millions à travers le monde avec 2,1 millions en Afrique Subsaharien et 360 000 en Afrique du Nord et Moyen Orient. En 2000, on dénombrait 600 000 enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH dont 520 000 en Afrique ; 90% de ces cas sont le résultat d'une transmission mère-enfant (TME).
- En France, une étude réalisée par le CDAG (Centre de dépistage Anonyme et gratuit) de Reims a montré que 1,6% sur 130 patients inclus étaient VIH positifs.

De 2000 en 2003 une investigation épidémiologie dans 135 centres parisiens a confirmé la recrudescence : - de la syphilis avec 1089 nouveaux cas dont 37 cas en 2000, 207 cas en 2001, 417 cas en 2002, 428 cas en 2003.

- de la gonococcie dont 82 cas par 100 000 habitants en 2000, 70 cas par 100 000 habitants en 2002, 105 cas par 100 000 habitants en 2003.
- de la chlamydie avec 1985 cas en 2002 dont 1343 chez les femmes, 642 chez les hommes.
- De la lymphogranulomatose vénérienne avec 123 cas en 2004 exclusivement chez les homosexuels masculins.

## CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DES RECIDIVES ET FACTEURS DE RISQUE IST SITUATION AU MALI

- Au Mali la population totale est de 11 677 000 la population âgée de 15 à 49 ans est de 509 600

La population vivant avec le VIH en 2001

(Adulte = 15 à 49 ans) = 110 000 soit 1,7%

Les enfants de 0 à 14 ans = 13 000

Les orphelins du SIDA en 2001 = 70 000 (10)

Le taux de prévalence VIH1 et VIH2 selon les régions effectué par EDS3 en 2001 est :

Bamako 2,5%, Ségou 2%, Koulikoro 1,9%, Kayes 1,9%, Kidal 1,5%, Mopti 1,4%, Sikasso 1%, Tombouctou 0,8%, Gao 0,6%, soit 1,7% du niveau National dont 2,0% pour les femmes et 1,3% pour les hommes.

Le taux de prévalence VIH1 et VIH2 suivant les régions, et effectué par EDS4 en 2006 est :

Bamako 2,0%, Mopti 1,6%, Ségou 1,5%, Koulikoro 1,4%, Gao 1,4%, Kayes 0,7%, Kidal 0,6%, Sikasso 0,7%, Tombouctou 0,7%, soit 1,3% du niveau National dont 1,5% pour les femmes et 1% pour les hommes.

### ❖ Fréquence de la syphilis au MALI

Les Femmes libres = 12,7%

Les Vendeuses ambulantes = 11,8%

Les coxeurs = 14,7%

Les routiers = 13,4%

Les aides familiales = 14,3%

### ❖ Fréquence de la gonococcie et de la Trichomonose au MALI

Les Femmes libres = 4,7%

Les Vendeuses ambulantes = 7,0%

Les coxeurs = 5,4%

Les routiers = 3,7%

Les aides familiales = 3,0%

Sources : EDS-4

### 1-2-5 Les facteur de risque des IST

Le risque d'être contaminé par une IST dépend à la fois de la probabilité de rencontrer un partenaire infecté et de la susceptibilité à contracter la maladie. Il n'est ce pendant pas toujours aisé de faire la part de ces deux déterminants.

## CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DES RECIDIVES ET FACTEURS DE RISQUE IST

### ➤ **Le nombre de partenaires sexuels :**

Le risque de contracter une IST est classiquement lié au nombre de partenaires avec qui l'on a eu des relations sexuelles sans protection. Mais il est aussi lié à la fréquence de la maladie dans la population considérée. Ainsi si la prévalence d'une maladie donnée est élevée le risque de contamination augmente aussi. On voit donc que la notion de partenaires multiple n'est pas toujours nécessaire pour contracter une IST : un seul partenaire suffit souvent [5 ; 6].

### ➤ **L'âge :**

Le jeune âge est dans toutes les études un facteur de risque de contamination par une IST. Des hypothèses comportementales et biologiques peuvent expliquer cette association. Même si les adolescents n'ont pas nécessairement plus souvent que leurs aînés de multiples rapports sexuels simultanés, la durée de leurs relations amoureuses est en moyenne plus courte. Le nombre cumulatif de partenaires sexuels sur 6 mois ou 1 an est alors plus grand que chez les adultes, par une addition de relations uniques successives sur une courte période de temps. Ce point doit être souligné car il peut rendre inopérant chez ces jeunes gens des messages de prévention portant sur la réduction du nombre de partenaires sexuels.

Des facteurs biologiques contribuent peut-être aussi à une plus grande susceptibilité à la contamination. L'existence d'un ectopion (plus fréquent chez les jeunes) a été associée à l'infection à Chlamydia Trachomatis. On a également émis l'hypothèse d'une immunité locale partielle qui se développerait au cours du temps, et dont l'absence au début de la vie sexuelle favoriserait la contamination [6].

Ainsi l'OMS a estimé qu'avoir des rapports sexuels avant l'âge de 21 ans est un aussi un facteur de risque à la contraction d'IST [6 ; 11].

### ➤ **Le sexe :**

Pour la plupart des IST, les taux spécifiques par âge sont beaucoup plus élevés chez l'homme que chez la femme. Ce *sex ratio* s'explique à la fois par un plus grand nombre de partenaires sexuels en moyenne chez les hommes, et par un diagnostic plus aisé de certains germes qui entraînent une symptomatologie plus bruyante que chez la femme. Mais cette situation est contradictoire en clinique car on constate que les femmes consultent beaucoup plus que les hommes pour les IST [6 ; 10].

### ➤ **Facteurs socioculturels**

Le statut marital est lié au risque d'IST, les personnes célibataires, divorcées et séparées étant plus fréquemment atteintes. Cette association reflète le comportement sexuel différent des personnes vivant seules. Le fait de vivre en milieu fortement urbanisé est également un facteur de risque d'IST. En effet, le nombre de partenaires possibles et la fréquence

## CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DES RECIDIVES ET FACTEURS DE RISQUE IST

des relations sexuelles peut être plus élevé en ville. De plus, la prise en charge est différente puisque les opportunités d'accès aux diagnostics et aux traitements sont plus faciles en milieu urbain que rural.

### ➤ **Les pratiques sexuelles**

L'épidémie de SIDA a permis dans les études sur la transmission hétérosexuelle du VIH de mettre en évidence des pratiques sexuelles susceptibles d'augmenter le risque de contamination par les IST. Les rapports anaux passifs sans protection constituent un risque accru de contamination car la muqueuse rectale est réputée plus fragile que la muqueuse vaginale. Les relations sexuelles pendant la période menstruelle constituent aussi un facteur de risque de transmission du fait de la présence du virus dans les menstrues [6 ; 10].

### ➤ **La contraception**

Les contraceptions barrières utilisées correctement à chaque rapport offrent une protection contre la plupart des IST. Dans les études sur le portage cervical de *Chlamydia trachomatis*, on a observé une plus grande prévalence chez les femmes prenant des contraceptifs oestro-progestatifs, et ce indépendamment du nombre de partenaires sexuels [6]. La plus grande fréquence de l'ectropion chez la femme qui prend des CO apporte à cela une explication possible. Des facteurs favorisant hormonaux et biochimiques locaux ont été envisagés [5 ; 6]. De plus, on peut supposer que les femmes sous CO sont moins portées à utiliser le préservatif puisqu'elles se croient souvent à tort protégées contre les IST avec leur contraceptif oral. Elles sont donc plus à risque de contracter la chlamydie, entre autres.

### ➤ **L'infectivité propre à chaque germe**

Tous les germes n'ont probablement pas la même probabilité d'être transmis aux sujets contacts. Les partenaires de sujets porteurs d'une association *gonocoque-chlamydia* sont plus souvent infectés par le gonocoque que par *Chlamydia*. Il est cependant possible que cette différence soit expliquée par une plus grande facilité d'isoler *N. gonorrhée* [6].

## CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DES RECIDIVES ET FACTEURS DE RISQUE IST

des relations sexuelles peut être plus élevé en ville. De plus, la prise en charge est différente puisque les opportunités d'accès aux diagnostics et aux traitements sont plus faciles en milieu urbain que rural.

### ➤ Les pratiques sexuelles

L'épidémie de SIDA a permis dans les études sur la transmission hétérosexuelle du VIH de mettre en évidence des pratiques sexuelles susceptibles d'augmenter le risque de contamination par les IST. Les rapports anaux passifs sans protection constituent un risque accru de contamination car la muqueuse rectale est réputée plus fragile que la muqueuse vaginale. Les relations sexuelles pendant la période menstruelle constituent aussi un facteur de risque de transmission du fait de la présence du virus dans les menstrues [6 ; 10].

### ➤ La contraception

Les contraceptions barrières utilisées correctement à chaque rapport offrent une protection contre la plupart des IST. Dans les études sur le portage cervical de *Chlamydia trachomatis*, on a observé une plus grande prévalence chez les femmes prenant des contraceptifs oestro-progestatifs, et ce indépendamment du nombre de partenaires sexuels [6]. La plus grande fréquence de l'ectropion chez la femme qui prend des CO apporte à cela une explication possible. Des facteurs favorisant hormonaux et biochimiques locaux ont été envisagés [5 ; 6]. De plus, on peut supposer que les femmes sous CO sont moins portées à utiliser le préservatif puisqu'elles se croient souvent à torts protégées contre les IST avec leur contraceptif oral. Elles sont donc plus à risque de contracter la chlamydie, entre autres.




### ➤ L'infectivité propre à chaque germe

Tous les germes n'ont probablement pas la même probabilité d'être transmis aux sujets contacts. Les partenaires de sujets porteurs d'une association *gonocoque-chlamydia* sont plus souvent infectés par le gonocoque que par *Chlamydia*. Il est cependant possible que cette différence soit expliquée par une plus grande facilité d'isoler *N. gonorrhée* [6].

### 1.3 Quelques rappels sur les syndromes cliniques des IST :

Les algorithmes décisionnels, ou approches syndromiques, sont des arbres décisionnels pour la prise en charge d'une affection tant sur le plan clinique, thérapeutique que prophylactique [7].

Les algorithmes fonctionnent sur la base de trois étapes à suivre et qui sont :

- 1- l'identification du problème clinique (cases rectangles) 
- 2- la prise de décision (cases losanges) 
- 3- la conduite à tenir (cases carrées) 

L'utilisation des algorithmes de prise en charge des cas d'IST présente plusieurs avantages et certaines limites. Plusieurs facteurs entrent en jeu, entre autre le niveau socio-économique et culturel, la religion, l'éducation, le niveau intellectuel mais aussi les facteurs liés aux germes responsables de IST c'est-à-dire leur prévalence dans la région et leur résistance aux antibiotiques.




**Tableau IV : Avantages et limites des algorithmes dans la prise en charge des IST [7].**

Avantages	Limites
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientés sur les problèmes du patient, permettent une amélioration de la qualité de prise en charge ;</li> <li>• Démarche rapide du diagnostic syndromique, ce qui favorise la composante éducative ;</li> <li>• Facilité, rapidité d'utilisation et coûts faibles ;</li> <li>• Traitement prescrit lors du premier contact ;</li> <li>• Support du laboratoire non nécessaire ;</li> <li>• Schémas thérapeutiques standardisés retardant le développement des résistances aux antibiotiques choisis ;</li> <li>• Standardisation de la prise en charge avec augmentation de la confiance du public dans les services de santé ;</li> <li>• Outils efficaces pour la formation des prestataires de soins et pour l'évaluation de cette formation ;</li> <li>• Outils efficaces pour la surveillance épidémiologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu efficaces vis à vis des cas faiblement symptomatiques ;</li> <li>• Non utilisables pour les cas asymptomatiques (fréquents chez la femme) ;</li> <li>• Tendance au sur - traitement avec augmentation des coûts ;</li> <li>• Besoins d'une évaluation régulière du profil épidémiologique des syndromes et de la sensibilité des germes aux antibiotiques.</li> </ul>

### 1.3 Quelques rappels sur les syndromes cliniques des IST :

Les algorithmes décisionnels, ou approches syndromiques, sont des arbres décisionnels pour la prise en charge d'une affection tant sur le plan clinique, thérapeutique que prophylactique [7].

Les algorithmes fonctionnent sur la base de trois étapes à suivre et qui sont :

- 1- l'identification du problème clinique (cases rectangles) 
- 2- la prise de décision (cases losanges) 
- 3- la conduite à tenir (cases carrées) 

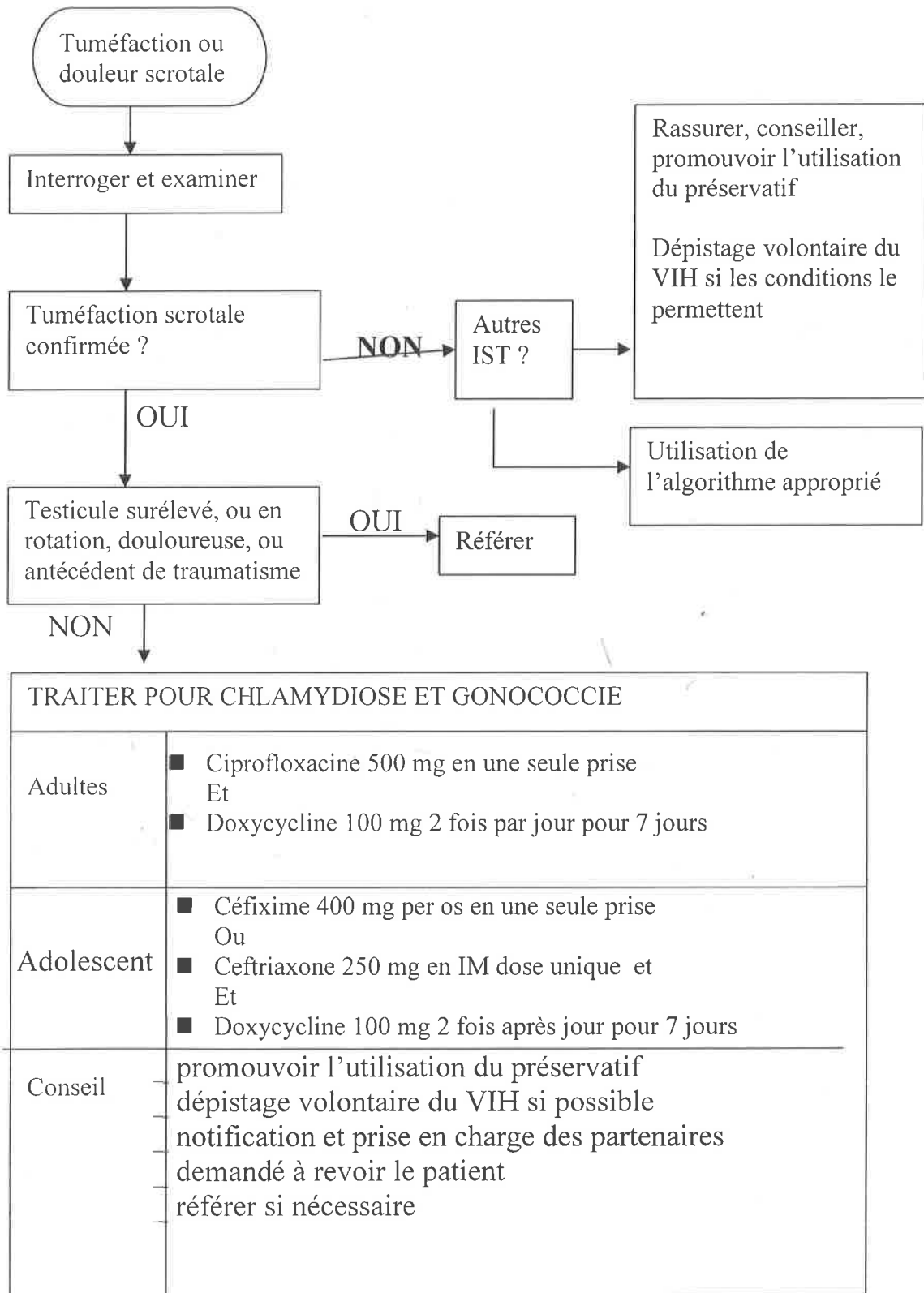
L'utilisation des algorithmes de prise en charge des cas d'IST présente plusieurs avantages et certaines limites. Plusieurs facteurs entrent en jeu, entre autre le niveau socio-économique et culturel, la religion, l'éducation, le niveau intellectuel mais aussi les facteurs liés aux germes responsables de IST c'est-à-dire leur prévalence dans la région et leur résistance aux antibiotiques.

**Tableau IV : Avantages et limites des algorithmes dans la prise en charge des IST [7].**

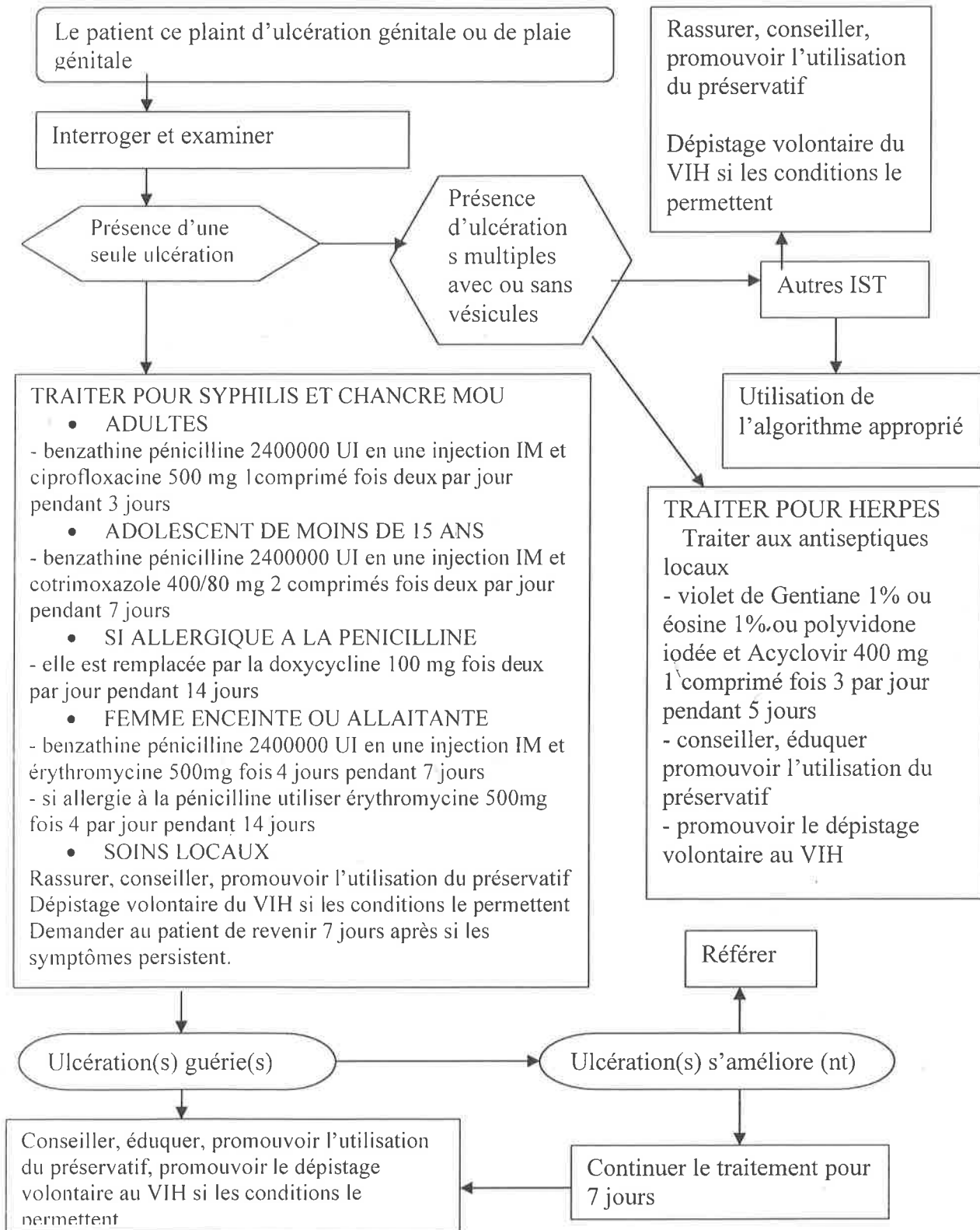
Avantages	Limites
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientés sur les problèmes du patient, permettent une amélioration de la qualité de prise en charge ;</li> <li>• Démarche rapide du diagnostic syndromique, ce qui favorise la composante éducative ;</li> <li>• Facilité, rapidité d'utilisation et coûts faibles ;</li> <li>• Traitement prescrit lors du premier contact ;</li> <li>• Support du laboratoire non nécessaire ;</li> <li>• Schémas thérapeutiques standardisés retardant le développement des résistances aux antibiotiques choisis ;</li> <li>• Standardisation de la prise en charge avec augmentation de la confiance du public dans les services de santé ;</li> <li>• Outils efficaces pour la formation des prestataires de soins et pour l'évaluation de cette formation ;</li> <li>• Outils efficaces pour la surveillance épidémiologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu efficaces vis à vis des cas faiblement symptomatiques ;</li> <li>• Non utilisables pour les cas asymptomatiques (fréquents chez la femme) ;</li> <li>• Tendance au sur - traitement avec augmentation des coûts ;</li> <li>• Besoins d'une évaluation régulière du profil épidémiologique des syndromes et de la sensibilité des germes aux antibiotiques.</li> </ul>

**1.1 Algorithme descriptif de la prise en charge des IST**

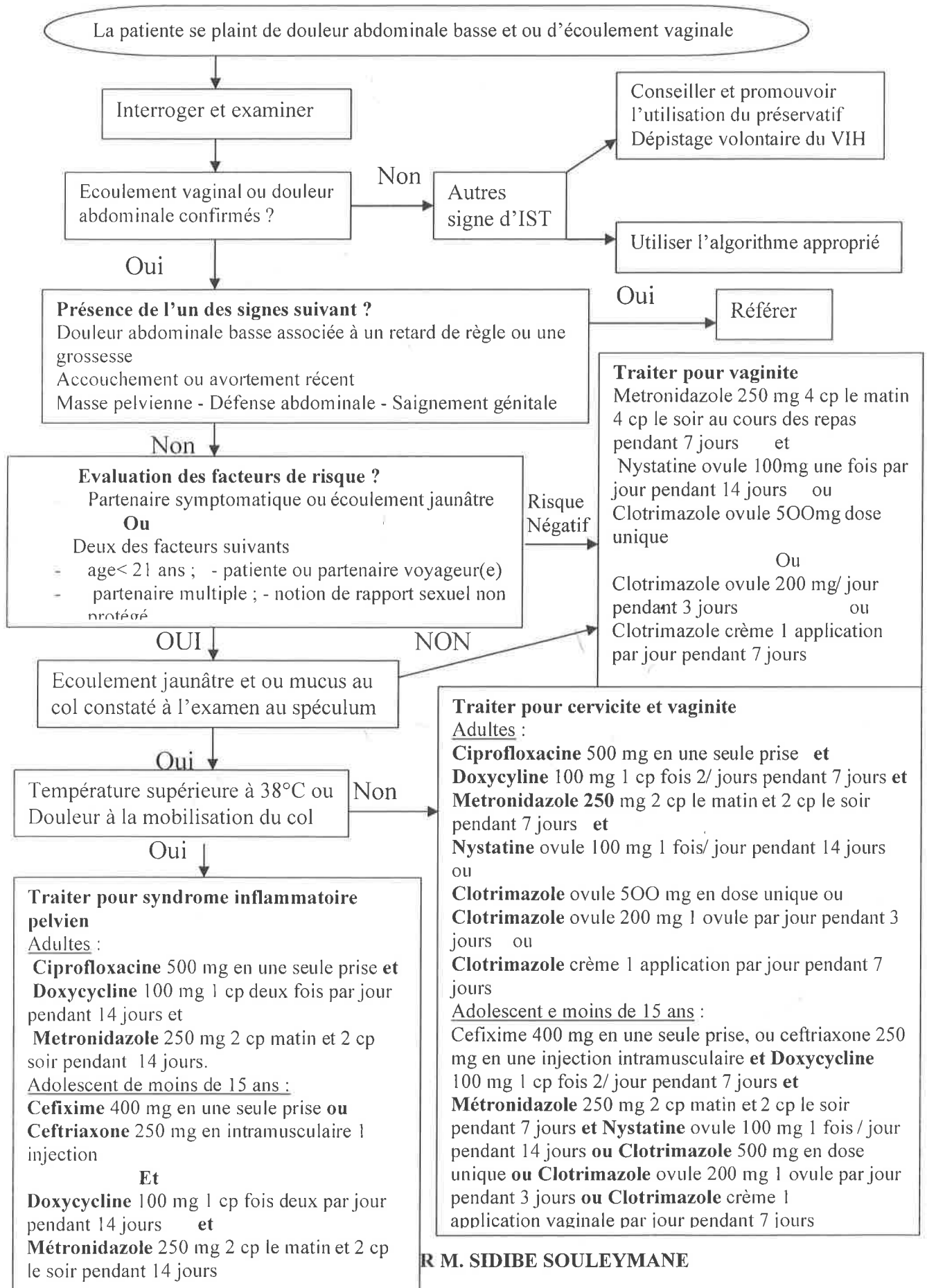
**Tableau V : Tuméfaction du scrotum [10] :**



**Tableau VI : Ulcération génitale [10] :**



CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DES RECIDIVES ET FACTEURS DE RISQUE IST  
**Tableau VII : Douleur abdominale basse (vaginite et cervicite) et ou écoulement vaginal [10]**



R M. SIDIBE SOULEYMANE

**Traitement de la cervicite et vaginite chez la femme enceinte**

**Cefixime** 400 mg en une seule prise et

**Erythromycine** 500 mg 1 cp fois 4 / jour pendant 7 jours et

**Métronidazole** 250 mg ovule une ovule par jour pendant 10 jours et

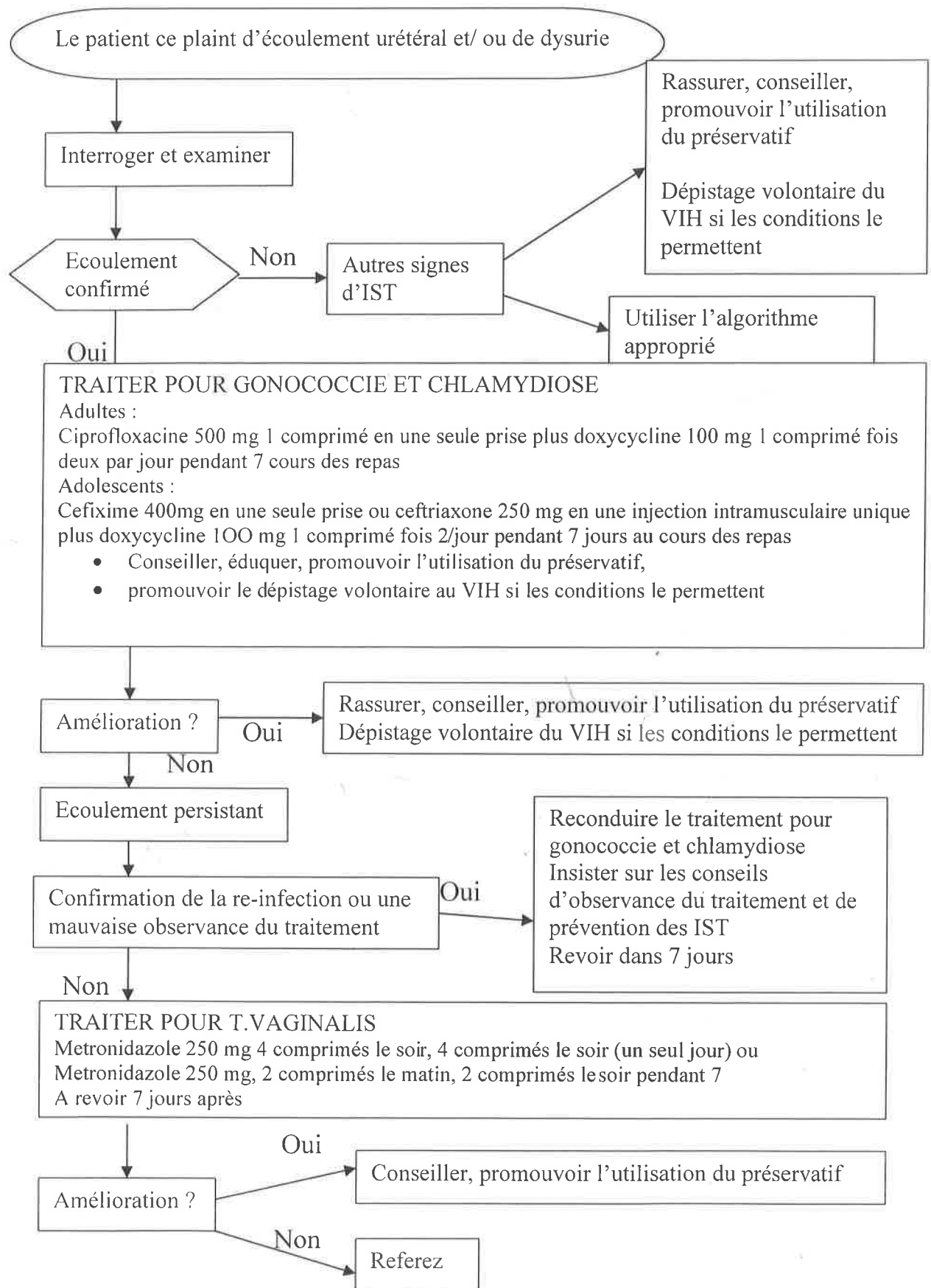
**Nystatine** ovule 100 mg 1 ovule par jour pendant 14 jours ou

**Clotrimazole** ovule 500 mg en dose unique ou

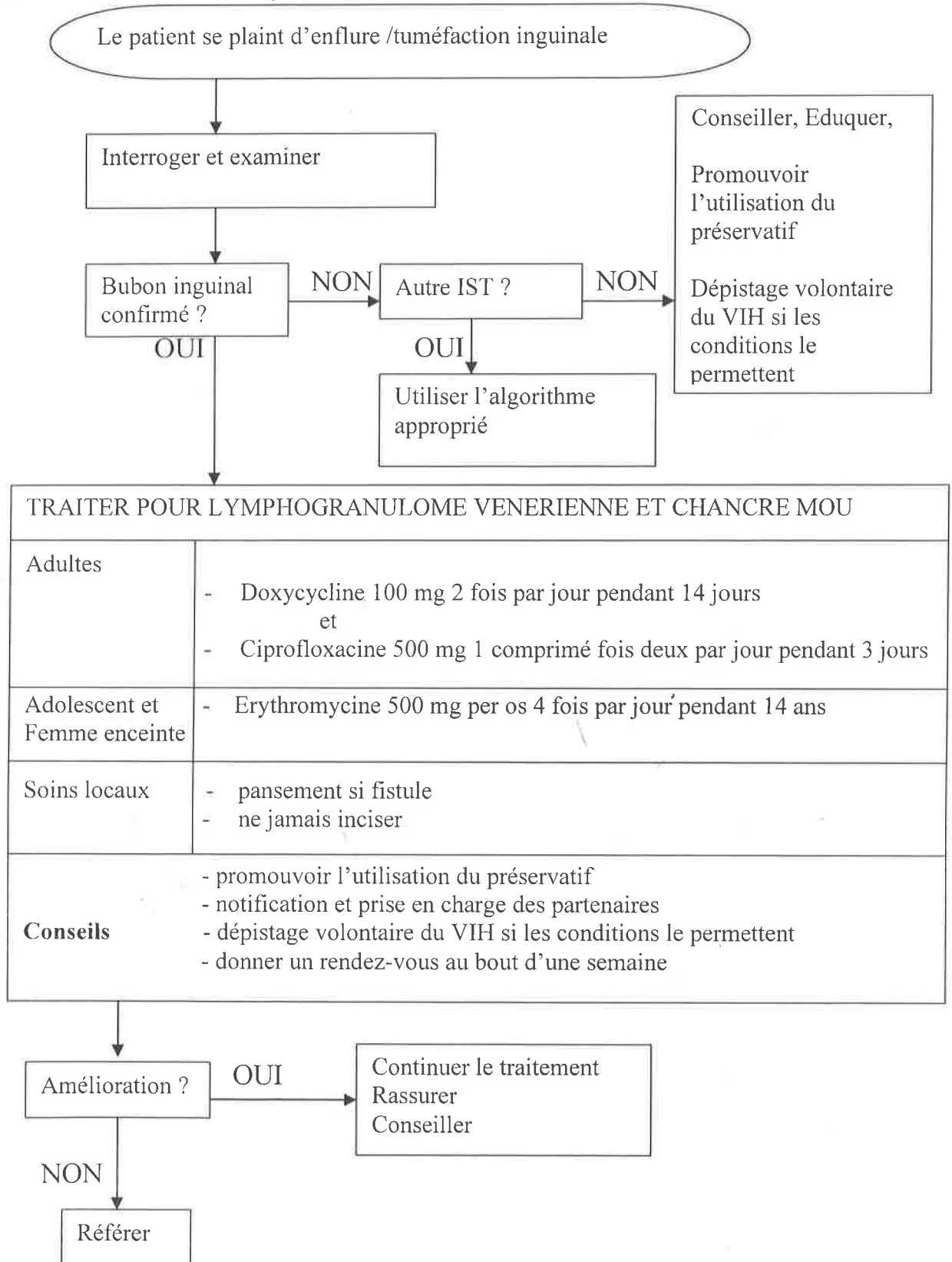
**Clotrimazole** ovule 200 mg 1 fois par jour pendant 7 jours ou

**Clotrimazole** crème 1 application vaginale par jour pendant 7 jours

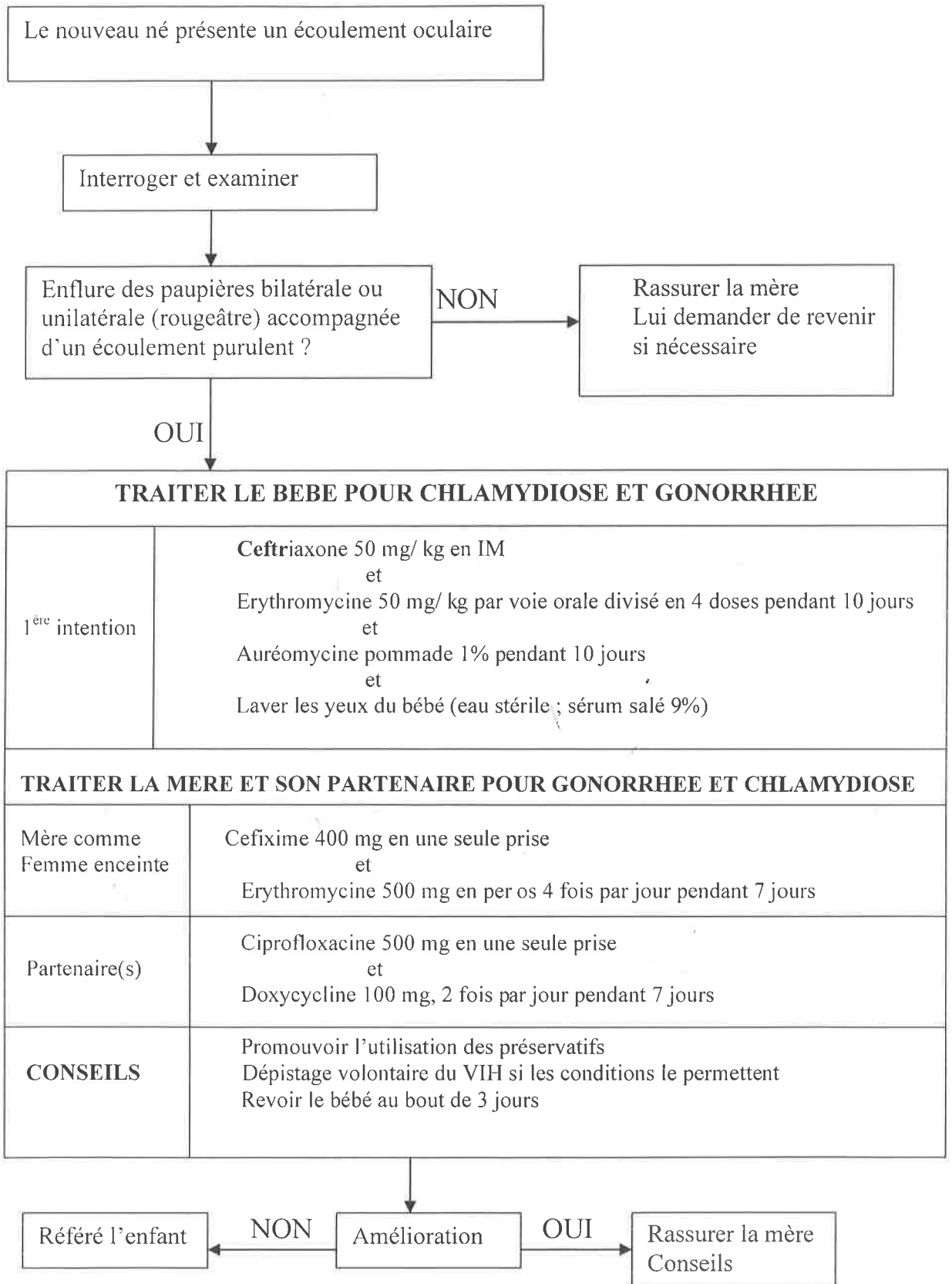
**Tableau VIII : Ecoulement urétral et/ou dysurie [10] :**



**Tableau IX : Bubon inguinal [10] :**



**Tableau X : Conjonctivite du nouveau né [10] :**



## 1.5 LES MALADIES COUVERTES PAR LES APPROCHES SYNDROMIQUES

Les algorithmes des IST couvrent la majorité des infections transmises par voie sexuelle mais le plus souvent de façon non spécifique. Il s'avère donc important de connaître aussi la spécificité des maladies les plus rencontrées ; de façon clinique et biologique.

### 1.5.1 LES TUMEFACTIONS SCROTALES

Cette approche se base sur les atteintes de l'épididyme simple la plus fréquente chez le jeune homme ou associé à l'atteinte testiculaire de type inflammatoire (épididymite ou orchi-épididymite). On exclue la rotation du testicule ; les traumatismes et les hydrocèles.

Ces affections sont la conséquence du gonocoque et la chlamydia les plus fréquemment rencontrés dans les IST chez des patients sexuellement actifs. Chez les sujets au delà de trente cinq ans et sans vie sexuelle active ; il existe d'autres causes d'orchi-épididymite qui sont retrouvées en première ligne. Ce sont *Escherichia coli* ; *Klebsiella spp.* ou *Pseudomonas aeruginosa*. La tuberculose et la brucellose doivent aussi porter l'attention car sont souvent incriminées.

La tuméfaction scrotale associée à un écoulement urétral renforce la certitude d'une infection sexuellement transmissible.

En association au traitement syndromique, le traitement de la douleur et un support de la bourse peuvent être utile [12].

### 1.5.2 LES ULCERATION GENITALES

Les ulcérations génitales traumatiques écartées ; ceux d'origine infectieuse sont dus à plusieurs germes. La plus fréquente des causes dans une région particulière est influencée par la prévalence locale des IST/VIH

Les ulcérations causées par la syphilis, la lymphogranulome vénérienne (LGV), le granulome inguinal et l'herpès simplexe virus (HSV) ne peuvent pas être exactement distinguées cliniquement. Chez les patients infectés par le HIV il est fréquent de rencontrer des ulcérations inhabituelles ou atypiques raison pour laquelle l'approche syndromique doit prendre en compte le dépistage et le traitement du VIH et de l' HSV car il reste le plus prévalent des ulcérations génitales.

Secondairement aux ulcérations génitales peuvent se greffer une infection bactérienne [12].

### 1.5.3 DOULEUR ABDOMINALE BASSE ET / OU ECOULEMENT VAGINAL

Ce tableau est spécifique des infections chez la femme entre autre celles du col (cervicite), du vagin (vaginite et vaginose bactérienne), endométrite, salpingite et les maladies inflammatoires pelviennes.

### 1.5.3.1 Ecoulement vaginal

Écoulement vaginal anormal est défini comme un écoulement vaginal de couleur et/ou d'odeur et/ou de consistance inhabituelle. Il est souvent accompagné de prurit vulvaire ou de dyspareunie ou 'irritation lors de la miction ou encore de douleur abdominale basse. Un écoulement vaginal anormal est à rechercher systématiquement devant ces signes.

L'écoulement vaginal anormal peut être le signe d'une infection du vagin (vaginite) et/ou du col (cervicite) ou d'une infection génitale haute.

L'examen physique (gynécologique) reste très capital dans ce tableau car souvent permet de poser le diagnostic [12].

Les germes les plus souvent rencontrés et responsables sont :

- pour la vaginite : *Gardnerella Vaginalis*, *Trichomonas vaginalis* et *Candida albicans*
- pour la cervicite : *Neisseria gonorrhée* (gonococcie) et *Chlamydia trachomatis* (chlamydie)

### 1.5.3.2 Douleur abdominale basse

L'endométrite, la salpingite, les maladies inflammatoires pelviennes résultantes des IST peuvent se présenter avec des douleurs abdominales basses chez une femme sexuellement active. Les maladies inflammatoires pelviennes peuvent aussi survenir en dehors des IST dans ce cas les causes sont le plus souvent polymicrobiennes dans un contexte d'examen gynécologique sans respect des règles d'asepsie. Cet acte peut alors entraîner des agents infectieux de flore vaginale dans l'appareil génital ;

Les germes les plus couramment rencontrés restent encore le gonocoque et chlamydia. Les moins fréquents sont *Mycoplasma hominis* et *Ureaplasma urealyticum*.

Les germes non sexuellement transmissibles et responsables de maladies inflammatoires pelviennes sont les *Actinomyces*, *Mycoplasma tuberculosis*, les anaérobies et *Mobiluncus* [12].

### 1.5.4 ECOULEMENT URETRAL ET / OU DYSURIE

Son diagnostic est évoqué si à l'examen physique du méat urétral, un écoulement ou une inflammation de l'orifice externe de l'urètre est observé. Dans la majeure partie des cas le signe couramment évoqué est la dysurie.

Les causes les plus fréquentes et symptomatiques chez l'homme sont dues à *Neisseria gonorrhée* et *Chlamydia trachomatis*. *Mycoplasma genitalium*, *trichomonas*, HSV, Adénovirus, et possiblement *Ureaplasma urealyticum* sont des moins fréquentes de dysurie.

Dans 50 % des cas, à la biologie, le germe causal de l'infection n'est pas retrouvé. Des études récentes ont montrées la relation entre la pratiques

**CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DES RECIDIVES ET FACTEURS DE RISQUE IST** sexuelle et le germe en cause comme exemple : la fréquence de HSV et des Adénovirus chez les sujets pratiquant le sexe oral [12].

#### 1.5.5 LE BUBON INGUINAL

Ce sont des adénopathies localisées au niveau du pli inguinal et qui ont souvent tendance à fistuliser. Le LGV et le chancre mou sont les plus souvent rencontrés. Rarement on ne trouve que des signes d'une IST et le chancre mou est souvent accompagné d'un bubon inguinal [12].

### 1.6 LES ALGORITHMES THERAPEUTIQUES DES SYNDROMES D'IST

Une étude faite à l'INRSP au Mali, sur les prélèvements urétraux a permis d'obtenir par ordre d'importance des germes responsables d'IST : *Neisseria gonorrhée*, *Trichomonas vaginalis*, et l'association *Neisseria Trichomonas*. Par ailleurs, des prélèvements vaginaux ont permis d'identifier les germes responsables de vulvo-vaginite par ordre d'importance ; *Candida albicans*, *Gardenella vaginalis*, *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhée*, le *streptocoque B*, *Escherichia coli*.

Au cours de cette étude a été testée également la sensibilité des germes aux différents antibiotiques : les antibiotiques les plus efficaces sur *Neisseria gonorrhoeae* ont été **les fluoroquinolones** (Ofloxacin, ciprofloxacine) ; les **céphalosporines de troisième génération** : (céfotaxime, céfixime, ceftriaxone) et **les cyclines** (doxycycline, minocycline).

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

Le *tréponema pallidum* est sensible à **la benzathine pénicilline** et à **l'érythromycine** [13].

L'émergence des souches résistantes aux quinolones (ciprofloxacine) aux cyclines (tétracyclines) aux pénicillines se confirme de plus en plus dans des nombreux pays et constitue un problème réel de santé publique [3]

Une étude réalisée par le réseau de surveillance, de biologiste ou de cliniciens pour les infections à gonocoques (RENAGO) de 2001 à 2003 en France, a montré que *Naesseria gonorrhoeae* est résistante à la pénicilline ou à la tétracycline environ à 31,4% du total des souches. Aucune résistante à la ceftriaxone et à la spectinomycine n'a été observée [2]. Aux Etats Unis, la ciprofloxacine n'est plus recommandée dans les états d'Hawaï et de Californie pour les traitements de Gonococcie.

# METHODOLOGIE

ETUDE REALISEE PAR M. SIDIBE SOULEYMANE

## I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive portant sur 127 patients ayant été vus en consultation pour IST clinique. Les patients choisis étaient ce de la tranche d'âge de 16 à 45 ans venu en consultation médicale.

## II. Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée au centre de santé communautaire de Banconi (CSCOM, ASACOBA). C'est un établissement à caractère privé.

### 1- Présentation du quartier :

#### 1.2 Historique :

Les Premiers habitants de Banconi sont venus de Sikasso à l'époque des conquêtes de Samory Touré à la fin du 19<sup>e</sup> siècle.

L'autorisation de s'installer leur a été donnée par les Touré, habitants de l'actuel quartier de Bozola et qui avait la propriété des terres. Le nom Banconi provient de son lieu d'installation : petit (ni) marigot (co) aux palmiers (ban). Des peulhs de Wassolo, des minyanka de Koutiala, des Soninké de Nioro, des Bambara de Bélédougou sont les habitants de ce quartier. Les 3 premiers secteurs du quartier furent Salembougou, Flabougou et Zeguenekorobougou puis sont apparus ceux de Layebougou (1974), Plateau et finalement Djanguinebougou.

#### 1.3 Population :

La population actuelle de Banconi provient de tous les cercles du Mali. Depuis sa création, le quartier de Banconi n'a cessé de s'étendre. Aujourd'hui il occupe une surface de 280 Ha. Sa population a également subi une croissance accélérée. Elle était estimée à 47 891 habitants en 1995; le recensement de 2001 donne 100 000 habitants. Les estimations actuelles donnent un chiffre de 120 000 habitants ; soit une densité très élevée de 428 habitants/ha.

Banconi a doublé sa population en 10 ans. La population de Banconi est jeune, 91% de la population a moins de 45 ans dont 65.6% a moins de 25 ans.

L'effectif moyen des ménages est de 7 personnes, dont 2 actives.

#### 1.4 Caractéristiques Socio-économiques

Banconi est un quartier urbain, dont les habitants ont conservé des liens très étroits avec leurs lieux de provenance, aussi bien sur le plan social (visite des parents, ou événements sociaux) qu'économique. La population de Banconi comporte des personnes à la recherche de travail

## CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DES RECIDIVES ET FACTEURS DE RISQUE IST

pendant la saison sèche et ce la en fait une péri urbaine. La population est pauvre. L'enquête de l'INRSP sur les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Banconi a conclu à une population à revenu faible.

### *2- Présentation du centre :*

En février 1989 à l'initiative des "notables" du quartier de Banconi en commune I a été crée l'ASACOBABA ou Association de Santé Communautaire de Banconi.

Sa première initiative a été de créer le centre de Santé Communautaire de Banconi qui a ouvert ses portes le 09 Mars 1989. Le centre avait seulement des activités curatives puis secondairement la prévention et par la suite la santé de la mère et de l'enfant. L'originalité de ce centre communautaire réside dans :

- l'autofinancement à partir de ses ressources propres
- l'emploi de jeunes diplômés maliens,
- la qualité de l'accueil et des soins,
- La prise en charge de l'ensemble des soins de Santé primaires et secondaires,
- l'information et la sensibilisation des populations quant aux attitudes nouvelles à adopter en matière de Santé.
- le plus faible coût possible de soins de prévention,
- la recherche de l'impact maximum des services vis-à-vis de la population du quartier.

L'objectif qui lui a été assigné est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population du quartier par sa participation active et volontaire.

L'ASACOBABA bénéficie de la personnalité morale, et peut donc à ce titre fonctionner selon les principes de gestion d'une véritable entreprise à but non lucratif. Ainsi elle est à même de recruter du personnel non fonctionnaire et les rémunérer grâce au système de recouvrement des coûts.

**a- DESCRIPTION DU CENTRE [16]**

Le centre de santé communautaire de l'ASACOBBA est situé en plein cœur du quartier de Banconi, dans le secteur de Flabougou.

Le centre est installé dans ses propres locaux grâce aux efforts conjugués de la population de Banconi, des mairies de la commune I (Bamako) et d'Angers (France).

**a) Personnel**

Le CSCOM de Banconi est dirigé par un médecin directeur et comprend un personnel technique de 22 agents repartis comme suit :

➤ **Personnel contractuel** : tous à la charge de la population de Banconi

- Trois (03) médecins généralistes,
- Quatre (04) Infirmières diplômées d'état dont une tient la pharmacie,
- Une Sage Femme
- Une (01) Biologiste,
- Un (01) comptable,
- Un (01) assistant administratif,
- Cinq (07) matrones,
- Deux (02) gardiens,
- Un (01) chauffeur,

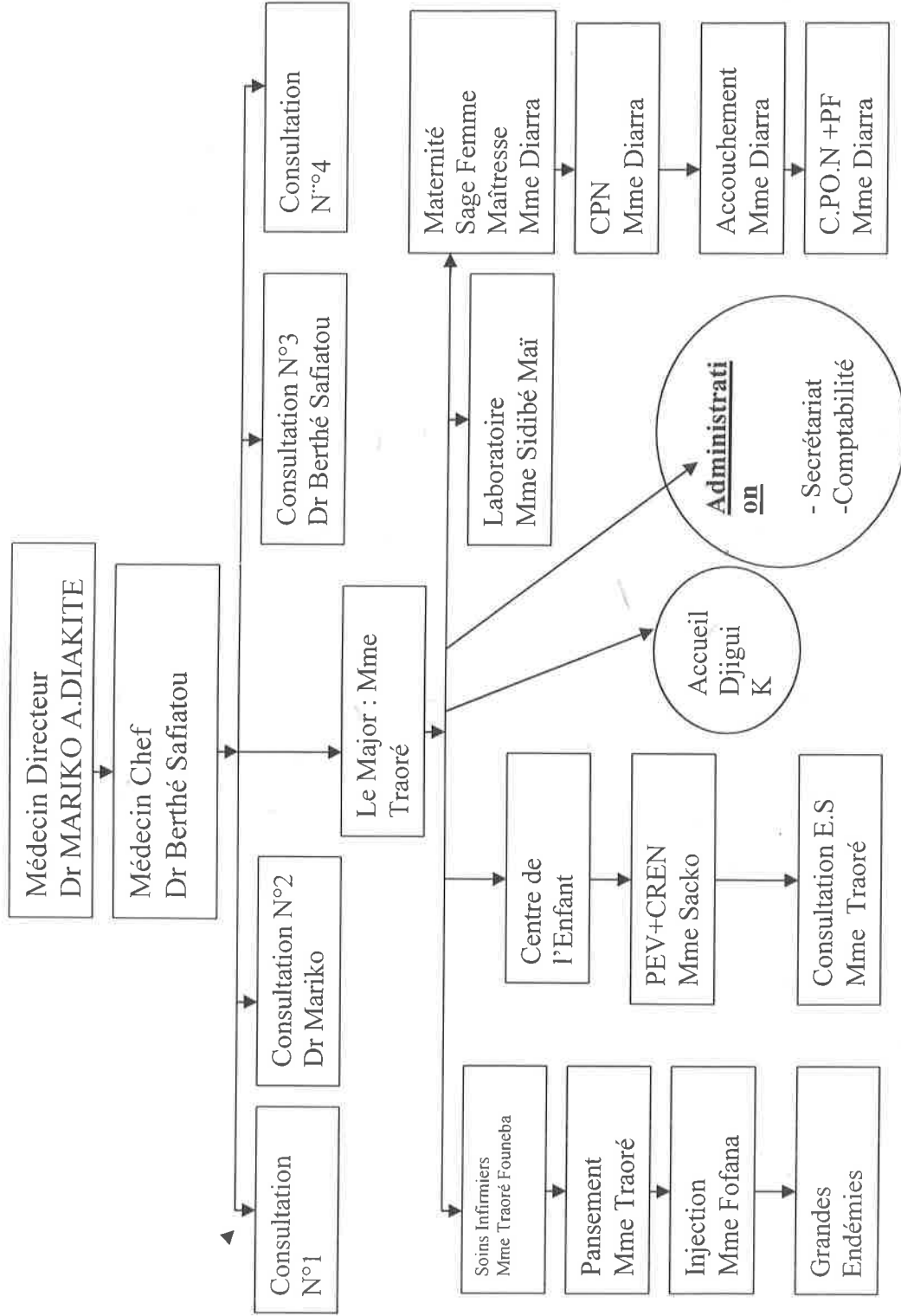
➤ **Personnel fonctionnaire** :

- un médecin,

➤ **Autres** :

- Le nettoyage est assuré par quatre manœuvres journaliers,
- le ramassage des ordures est assuré par deux GIE (Groupement d'Intérêt Économique).

ORGANIGRAMME FONCTIONNEL DU CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE BANCONI



ETUDE REALISEE PAR M. SIDIBE SOULEYMANE

TABEAU XI : Représentation graphique de l'organisation du centre

## ASPECTS CLINIQUE ET ÉPIDEMIOLOGIE DES IST

**b) Les infrastructures** se composent de :

➤ **Un dispensaire** : qui comprend :

- Quatre salles de consultation,
- Un dépôt de pharmacie,
- Un laboratoire,
- Deux salles de soins infirmiers (la salle Isabelle Ridoux et la salle de pansement),
- Un grand hangar servant de salle d'accueil et d'attente.

➤ **Une maternité** : qui comprend :

- Un hangar d'attente servant en même temps de salle de CCC (Communication pour le Changement de Comportement),
- deux salles de consultation prénatale,
- une salle de consultation post - natale et de planification familiale,
- une salle de repos pour l'équipe de garde,
- deux salles de séjour pour les accouchées contenant une dizaine de lits,
- une salle de mis en observation des malades,
- le bureau de l'infirmière major,
- la dernière salle est réservée à l'échographie et à l'électrocardiogramme (ECG).

➤ **Le nouveau bloc** : est un bâtiment à 1 niveau qui comprend :

Au rez-de-chaussée :

- deux salles d'accouchements,
- deux salles d'observation pour les parturientes,
- une grande salle des enfants servant pour le programme élargi de vaccination(PEV), la consultation des enfants sains, l'éducation et la récupération nutritionnelle(CREN),
- une salle contenant les équipements de la chaîne de froid,
- le bureau de l'infirmière responsable du centre de l'enfant,
- trois toilettes pour les patients.

A l'étage :

- une salle des archives,
- le bureau du médecin directeur,
- une salle de conférence,
- les toilettes pour le personnel.

➤ **A l'entrée du centre,**

À gauche :

- le guichet,
- le bureau du comptable,
- le bureau de l'administrateur des archives,
- le logement du médecin directeur.

## ASPECTS CLINIQUE ET ÉPIDÉMIOLOGIE DES IST

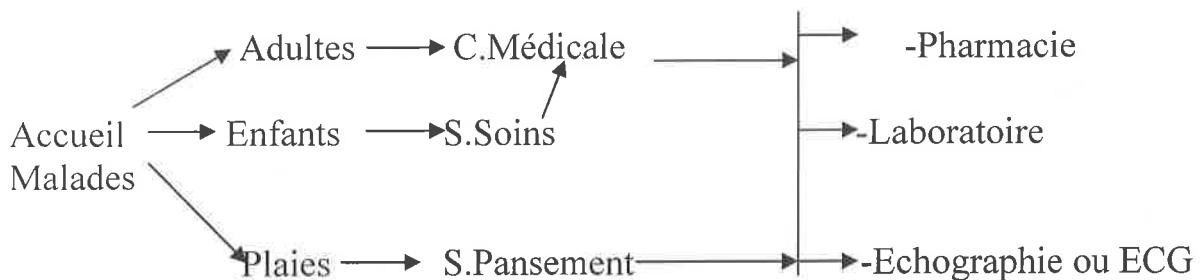
A droite :

- la salle de réunion de l'ASACO (Association de santé communautaire)
- un bureau occupé par une équipe de recherche du CVD (centre pour le développement du vaccin),

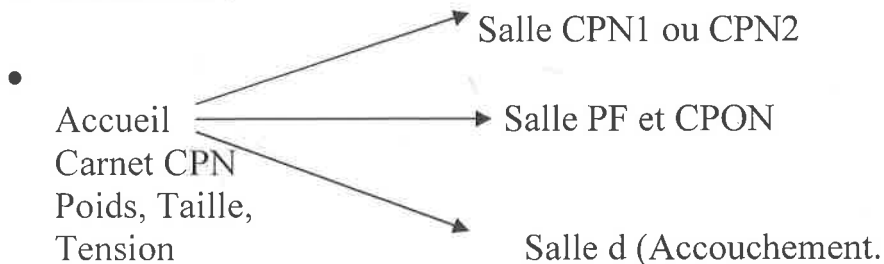
Il faut noter que le centre est doté d'une adduction d'eau et d'électricité grâce à la mairie d'Angers.

### C- Fonctionnement :

- Dispensaire : le circuit des malades est le suivant :



- **Maternité :**



- Centre de l'Enfant :

- ✓ Consultation Préventive des enfants sains
- ✓ PEV de routine
- ✓ CREN : démonstration culinaire

→ **Le laboratoire**

C'est un laboratoire qui fait des analyses de :

- Parasitologie : selle, urine, sang (GE, frottis...), peau (SNIP).
- Sanguine : NFS VS. Groupe Rhésus, BW, VIH, toxoplasmose.
- Bactériologie : ECBU. Frottis vaginal.
- Biochimie : transaminases, azotémie, créatininémie, glycémie

**III. Durée de l'étude :**

Notre étude a duré 6 mois, du 19 septembre 2009 au 15 mars 2010.

**IV. Population d'étude**

L'étude s'est concentrée sur les patients venant au centre pour une consultation prénatale et en consultation générale ressortissant de l'aire de santé du CSCom de Banconi.

**V. Critères d'inclusion :**

Tout patient consulté au centre pour IST, compris dans la classe d'âge de 15-49 ans durant la période d'étude.

**VI. Critère de non inclusion:**

- Patient ne faisant pas partie de la classe d'âge cible
- Patient avec une IST « non récidivante » (VIH, Syphilis...)

**VII. Critères diagnostiques**

Les diagnostics étaient évoqués selon les aspects cliniques et sur la base des données d'un regroupement de signes selon les approches syndromiques.

**VII. Echantillonnage :**

Tous les malades consultant pour une IST en consultation médicale et répondant au critère d'inclusion.

**VIII. Collecte et analyse des données**

Pour mener à bien ce travail, nous nous sommes basés sur la clinique, c'est-à-dire l'interrogatoire et l'examen physique du patient, mais aussi sur les aspects de l'approche syndromique établie par l'OMS qui est en pratique depuis dix ans dans le centre.

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel « Épi info 6 »

**IX. Aspects éthiques**

Les patients faisant partie de l'étude ont été consentants selon les règles d'éthique après une explication sur le but de notre étude.

# ASPECTS CLINIQUE ET ÉPIDEMIOLOGIE DES IST

Méthodologie de  
recherche et  
protocole

Mai ----- septembre 2009

Collecte des  
données

Septembre 2009-----Mars 2010

Aanalyse des  
données

Mars 2010---Mai 2010

Elaboration  
de la thèse

Mai -Août 2010

Correction 1 Dr  
Maiga M.

Août 2010----Novembre 2010

Corection 2 Pr  
Cissé I.Ah

Novembre2010—Mars 2011

Dr Coulibaly  
M.

Février 2011---- Mai 2011

Pr Dao  
Sounkalo

Mai 2011--- Juin 2011

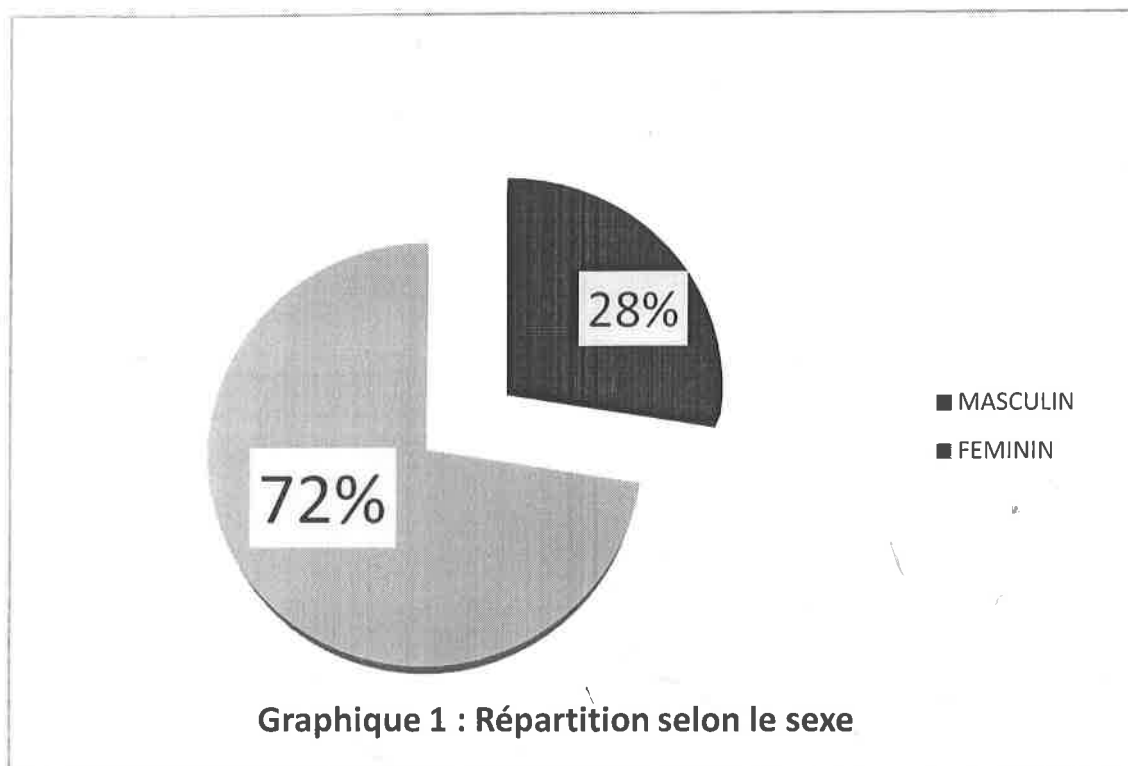
soutenance

1<sup>er</sup> JUIN

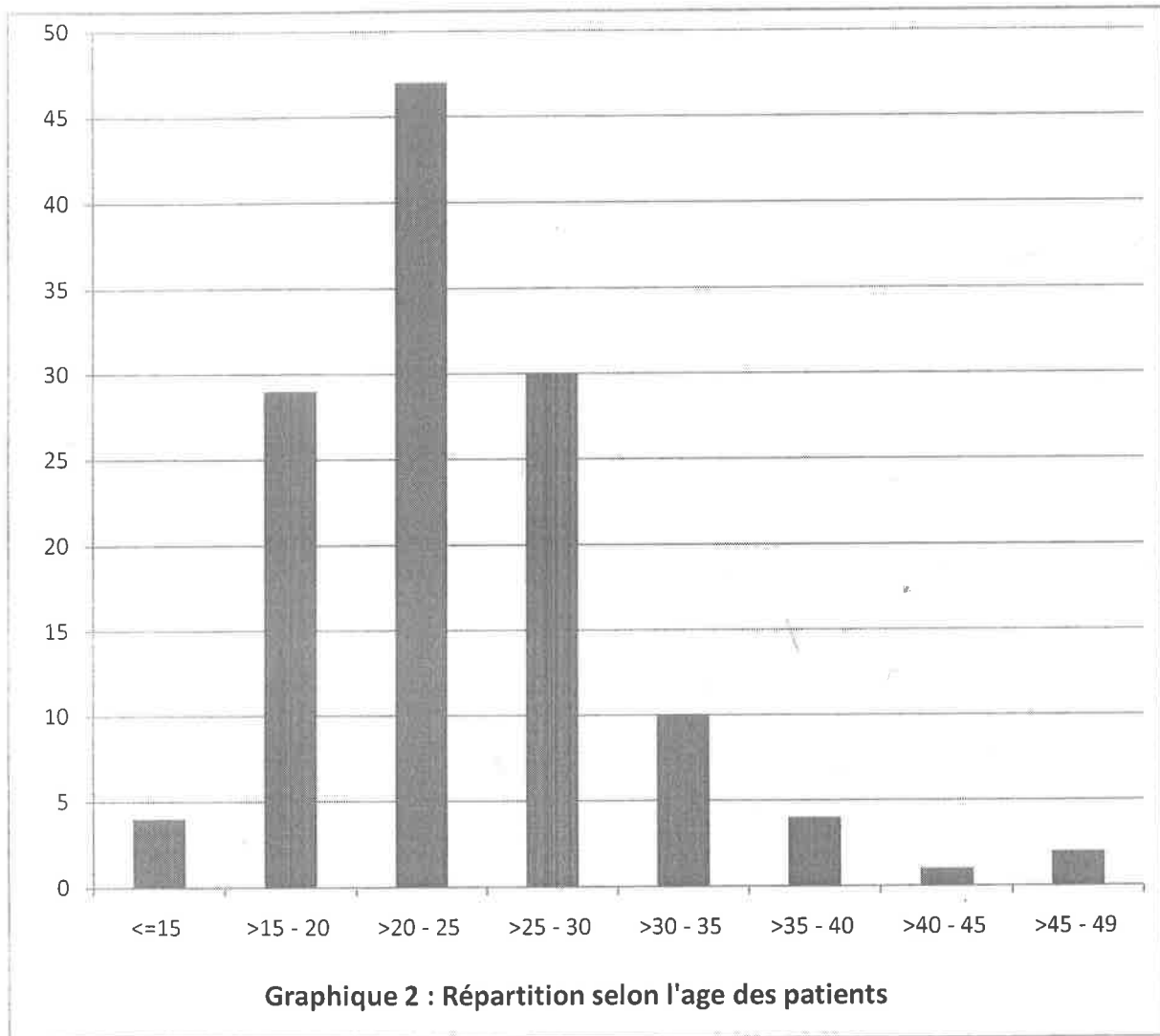
MAI 2009-----Jun 2011

Graphique 1 : diagramme de GANTT

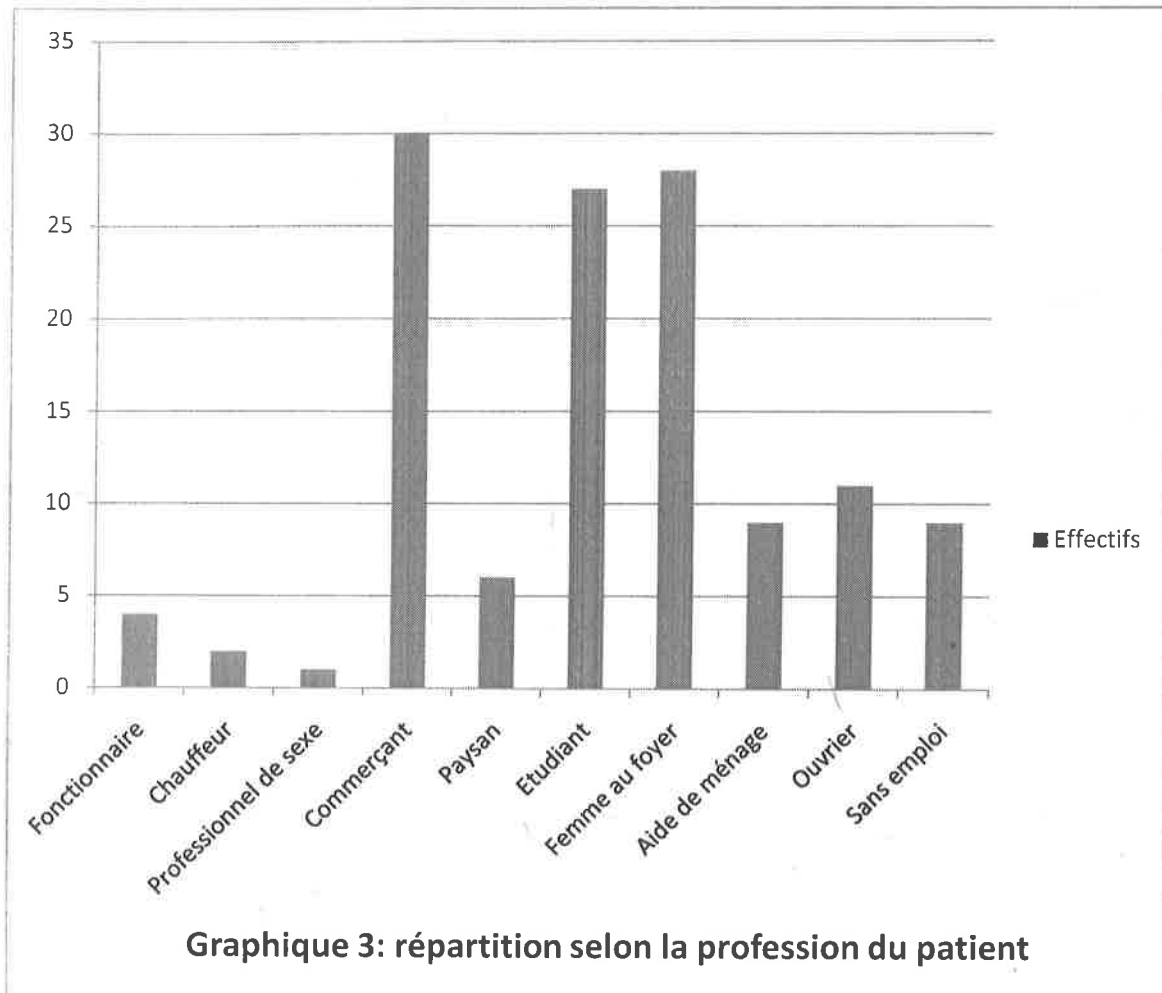
# RESULTATS



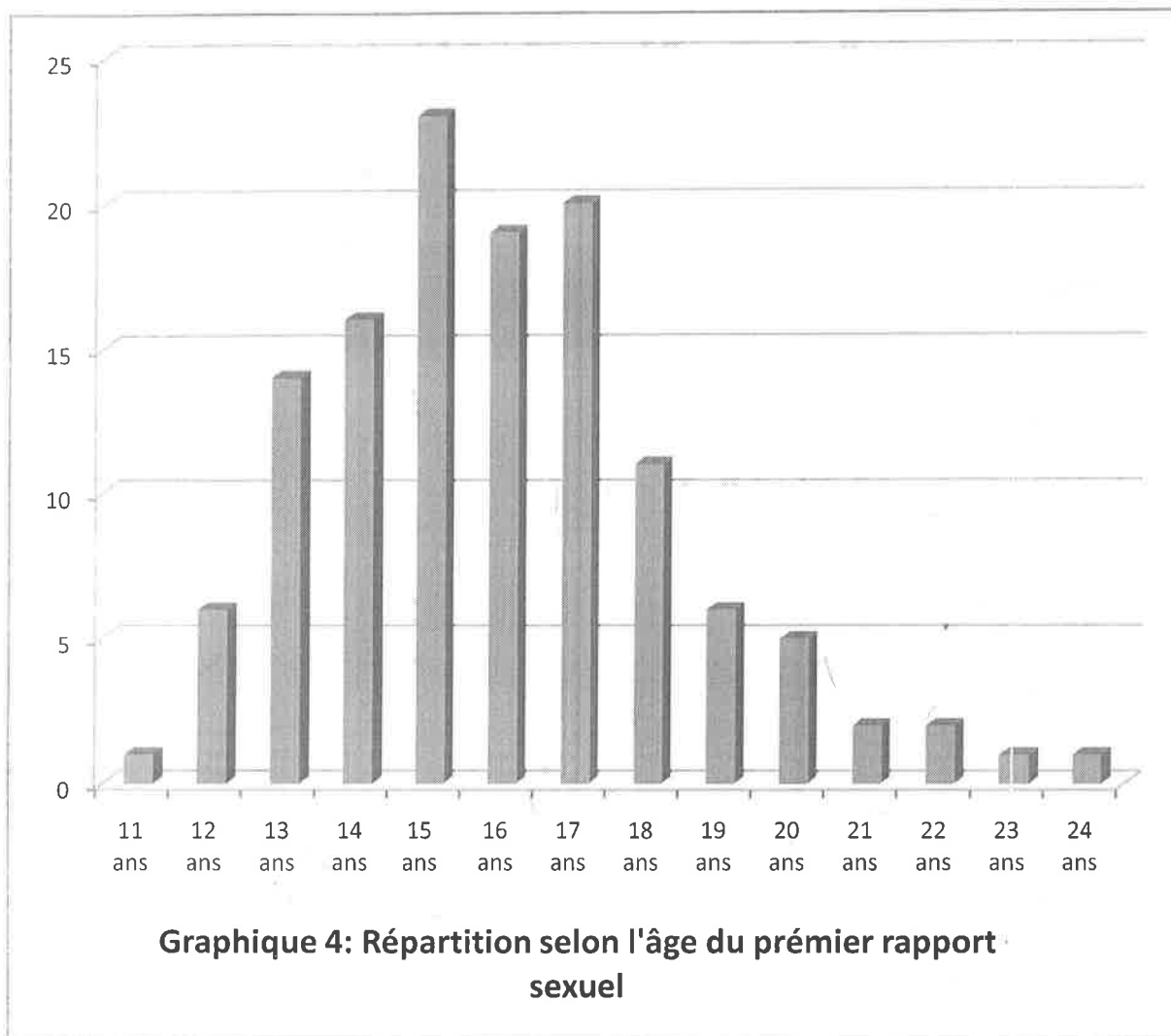
Le sexe féminin représentait 72 % de l'effectif total.



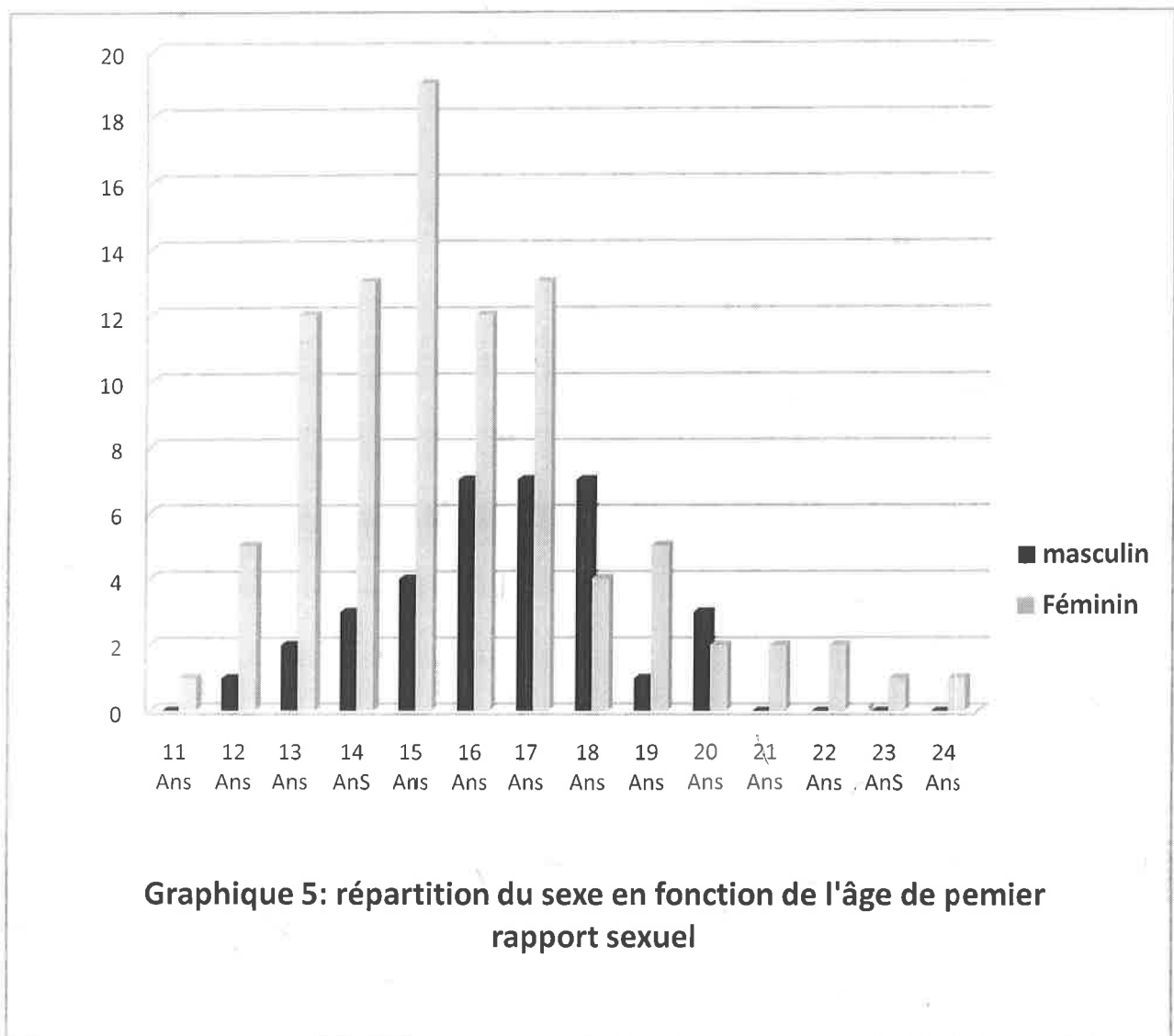
La tranche d'âge la plus représentée était 20-25 avec 37 %.



La profession la plus représentée était la fonction de commerçant avec 23.6 %.



Le pic d'âge du premier rapport sexuel était à 15 ans.



Le sexe féminin avait une précocité du premier rapport sexuel par rapport au sexe masculin.

**Tableau XII : Répartition selon le statu matrimonial**

Statut matrimonial	effectifs	Pourcentage (%)
Monogame	38	29.9
Polygame	19	15.0
Célibataire	70	55.1
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>

Les célibataires représentaient 55.1 % des patients.

**Tableau XIII : Répartition selon le motif de consultation**

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage (%)
Douleur abdominale basse	16	12.6
Douleur testiculaire	3	2.4
Dyspareunie	21	16.5
Écoulement urétral	5	3.9
Écoulement vaginal	30	23.6
Plaies génitales	5	3.9
Prurit génital	15	11.8
Trouble mictionnel	32	25.2
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>

L'écoulement vaginal et les troubles mictionnels sont les plus fréquents motifs

**Tableau XIV : Répartition selon la fréquence de survenue des symptômes chez chaque patient**

Fréquence de survenue des symptômes	effectifs	Pourcentage
Premier symptôme	27	21.3
2 fois	57	44.9
3 fois	29	22.8
4 fois	8	6.3
5 fois	2	1.6
6 fois	4	3.1
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>

La moyenne de fréquence de survenue de notre population est de 2,1 fois par personne environ.

**Tableau XV : Répartition du sexe selon le nombre de partenaire sexuel**

Sexe	Nombre de partenaire sexuel				Total
	1	2	3	4	
Masculin	11	19	5	0	35
Féminin	82	9	0	1	92
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>28</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>127</b>

Les hommes avaient plus d'un partenaire sexuel soit 68,57% contre 10,86 % des femmes.

**Tableau XVI : Répartition du sexe selon le port du préservatif**

Sexe	Port de préservatif		TOTAL
	OUI	NON	
Masculin	11	24	35
Féminin	14	78	92
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>102</b>	<b>127</b>

Les patients qui portaient des préservatifs étaient de 19,68 %, dont 15,21 % des femmes contre des 31,42 % des hommes

**Tableau XVII : Répartition selon la profession du partenaire**

Profession du partenaire	effectifs	Pourcent
Fonctionnaire	10	7.9
chauffeur	2	1.6
Non préciser	2	1.6
Commerçant	42	33.1
Paysan	9	7.1
Etudiant	18	14.1
Femme au foyer	14	11.0
Aide ménagère	3	2.4
Ouvrier	19	15.0
Sans emploi	8	6.3

Les commerçants étaient prédominants 33%

**Tableau XVIII : Répartition selon la cause d'absence de discussion en famille sur la sexualité**

Cause de l'absence de discussion sur la sexualité	Effectifs	Pourcentage (%)
Parle de la sexualité	28	22.0
Honte	53	41.7
Culture	31	24.4
Religion	15	11.8
Total	127	100.0

La honte était le principal handicap 41,7%

**Tableau XIX : Répartition selon les personnes avec qui le patient parle de sexualité**

Parle de sexualité avec	Effectifs	Pourcentage (%)
Ne parle pas de sexualité	99	78.0%
Ami	20	15.7%
Mari	6	4.7%
Parent	2	1.6%
Total	127	100.0%

Plus de  $\frac{3}{4}$  des patients ne parlaient pas de sexualité

**Tableau XX : Répartition selon les connaissances sur les méthodes de prévention des IST**

Moyen de prévention des IST	Effectifs	Pourcent
Abstinence	6	4.7
Fidélité	21	16.5
Préservatif	53	41.7
Ne sait pas	47	37.1
Total	127	100.0

Le préservatif était connu par 41,7 % des patients.

**Tableau XXI : Répartition selon l'agent consulté**

Agent consulté	effectifs	Pourcentage (%)
Première consultation	29	22.8
Agent médical	42	33.1
Tradipraticien	24	18.9
Tiers	10	7.9
Personne	22	17.3
Total	127	100.0

L'agent médical était le plus consulté

**Tableau XXII : Répartition selon le traitement du partenaire.**

Traitement du partenaire	effectifs	Pourcentage (%)
Première consultation	29	22.83
Oui	13	10.2
Non	85	66.97
Total	127	100.0

Le tiers des couples environ était traité.

**Tableau XXIII : Répartition du traitement des partenaires selon l'agent consulté à la première infection**

Agent consultant	Traitement du partenaire			TOTAL
	N'ont consulté personne	Oui	Non	
1 <sup>ère</sup> consultation	29	29	0	29
Agent médical	0	12	30	42
Tradipraticien	0	0	24	24
Tiers	0	2	8	10
Personne	11	0	11	11
TOTAL	40	14	73	127

Seuls les agents médicaux qui ont traité 33,07% des patients ont proposé un traitement du partenaire.

**Tableau XXIV : Répartition selon la fréquence des signes physique**

Signes physiques	Effectifs	Pourcentage (%)
Normale	37	29.1
Leucorrhée	55	43.3
Douleur au col	7	5.5
Écoulement urétral	6	4.7
Ulcération génitale	18	14.2
Végétation génitale	1	0.8
Tuméfaction scrotale	3	2.4
Total	127	100.0

Les leucorrhées représentaient 42,3 % des signes et 29,1 % étaient normaux

**Tableau XXIX: Répartition selon le type de tableau syndromique**

Tableau syndromiques	effectifs	Pourcentage (%)
Écoulement vaginal et / douleur abdominale basse	71	55.9
Ulcération génitale	18	14.2
Brulure mictionnelle	34	26.8
Tuméfaction scrotale	3	2.4
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>

Le syndrome prédominant a été l'écoulement vaginal associé à la pelvialgie

**Tableau XXX : Répartition selon l'acceptation d'informer son partenaire**

Accepte d'informer son partenaire	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	111	87.4
Non	16	12.6
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>

Les patients qui ont accepté d'informer leur partenaire représentaient 87,4 %

**Tableau XXXI : Répartition selon le retour des patients pour le suivi**

Patient revu	effectifs	Pourcentage (%)
Oui	63	49.6
Non	64	50.4
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>

Les patients qui n'ont pas été revu étaient de 50,4 %

**Tableau XXXII : Répartition selon la satisfaction du patient**

Traitement satisfaisant	Effectifs	Pourcentage (%)
N'ont pas été revu	64	50.4
Oui	61	48.0
Non	2	1.6
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>

Seulement 3,17 % des patients revus n'ont pas été satisfaits du traitement

**Tableau XXXIII : Répartition selon l'acceptation du port du préservatif**

Accepte de porter des préservatifs	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	66	52.0
Non	61	48.0
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>

Le préservatif était accepté par plus de la moitié des patients.

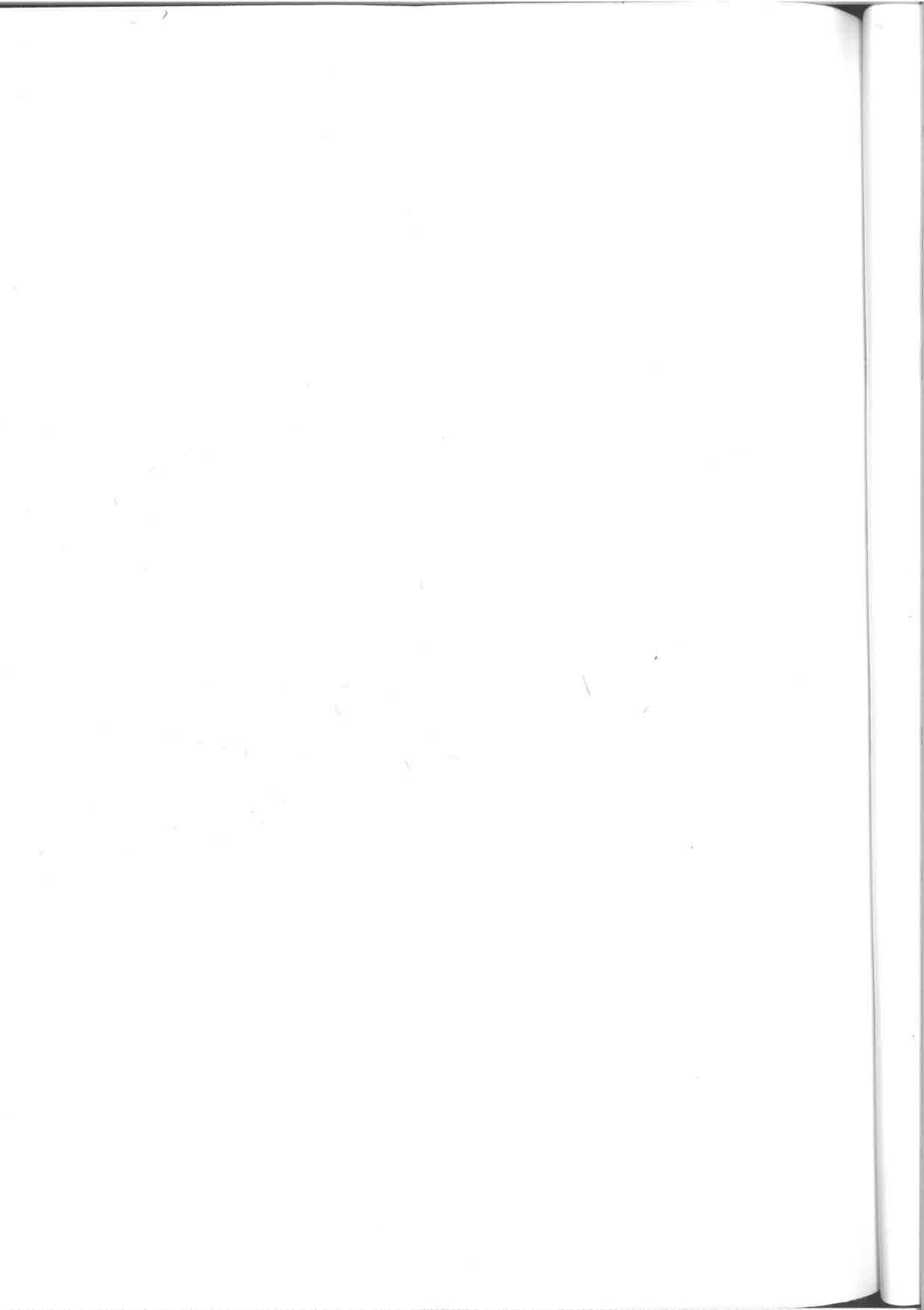
**Tableau XXXIV : Répartition selon l'acceptation de faire sa sérologie HIV**

Accepte de faire la sérologie HIV	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	50	39.4
Non	77	60.6
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100.0</b>

Les patients qui ont refusé de faire la sérologie HIV après counseling étaient de 60,6 %

COMMENTAIRES

ET DISCUSSION



### **1.3 L'ÉDUCATION SEXUELLE**

Le tableau XXIII nous démontre que les patients sont très réticents à discuter de sexualité avec leur entourage. En effet, 78% des patients affirment ne pas discuter de sexualité et parmi les 22% restant, on note qu'il discute avec le conjoint ou les amis ; les discussions avec les parents se font rares. L'analyse réalisée a démontré que les patients ne parlaient pas de sexualité en famille pour trois raisons fréquemment évoquées: la honte, la religion et la culture traditionnelle (tabou).

À noter que 89,8 % des patients de l'échantillon étaient de confession Musulmane.

### **1.4 LA PROFESSION**

Les professions "commerçant", "étudiant" et "femme au foyer" étaient les plus représentées avec respectivement 23,3 %, 21,6% et 22 %. Puisque la majeure partie des patients venait de Banconi, quartier à faible niveau de vie, les activités principales sont le commerce pour la majorité des hommes et aux femmes de foyer.

D'autres études au Mali avaient trouvé des résultats similaires (Lassana Diarra [09], Keita T. [6]).

Ces professions peuvent constituer des facteurs de risque liés aux IST. Les commerçants sont les plus représentés avec 33,1 % puis des ouvriers (15 %) et des femmes au foyer (11 %).

### **1.5 STATUT MATRIMONIAL**

Il a été considéré comme célibataire aussi tout patient divorcé ou veuf (ve).

Les célibataires représentaient 55,1 % contre 29,9 % de monogames et 15 % de polygames. Des observations similaires ont été rapportées par F. Ly et collaborateurs [4] qui ont rapporté 43% de mariés (dont 40% en régime monogame et 3% en régime polygame).

Les résultats de l'étude pourraient s'expliquer par une liberté sexuelle plus élevée chez les célibataires en plus dans une population où les revenus sont faibles et la recherche une sécurité matérielle se fait de plus en plus présente. Le statut de célibataire doit être considéré comme un grand facteur de risque lié à la transmission des IST.

## **1.6 LE PARTENAIRE**

L'étude nous a révélé que la des femmes n'avait qu'un seul partenaire soit 89,1 % contre 31,42 % des hommes. Cela nous renseigne d'une part sur la fidélité des femmes en couple d'autre part sur le rôle du multi partenariat des hommes dans la transmission des IST. En plus, des facteurs religieux et culturels encouragent ce facteur de risque en permettant à l'homme d'avoir plusieurs partenaires sexuels.

## **DISCUSSION CLINIQUE :**

### **1.7 LES SYNDROMES :**

L'analyse des différents types de syndrome d'IST nous permet la classification suivante pour la présente étude: 55,9 % "d'écoulement vaginal" et/ou de "douleur abdominale basse" ; 26,8 % "d'écoulement urétral et/ou dysurie" et 14,2 % "d'ulcérations génitales". Ces données sont similaires aux résultats de l'étude réalisée par SS DIAWARA qui a rapporté 50,48 % d'écoulement vaginal" et/ou de "douleur abdominale basse" [15] ; Lassana avait rapporté 66,90% pour l'écoulement vaginal [09]. A Dakar une étude réalisée sur l'évaluation de l'algorithme syndromique par F. Ly et collaborateurs rapportait 55% d'écoulement urétral, 13% d'ulcération génitale [4].

Cette prédominance du symptôme d'écoulement vaginal pourrait s'expliquer par la situation anatomique du sujet féminin donc comme nous l'avions mentionné précédemment, la symptomatologie des IST est souvent plus bruyante chez la femme

À ajouter qu'un cas de végétation génitale a été référé car ne faisant pas partie des algorithmes décisionnels des IST.

### **1.8 DES SIGNES ET SYMPTOMES RETROUVÉS A L'EXAMEN CLINIQUE:**

Les symptômes les plus fréquemment rapportés étaient les troubles mictionnels, les leucorrhées et la dyspareunie avec respectivement 25,2 %, 23,6 % et 16,5 % des cas.

La douleur a toujours été un motif majeur de consultation. Dans le cas des IST, il ne faut mésestimer les cas asymptomatiques ou peu symptomatiques. On a noté que 80,32 % des patients n'étaient pas à leur première consultation et avaient soit consulté un agent médical ou un tradi-praticien.

Les signes physiques retrouvés sont les écoulements vaginaux avec 43,3 % et des ulcérations génitales (14,2 %).

### 1.9 DES AGENTS CONSULTÉS

Vingt-neuf patients étaient à leur première consultation, 42,86 % avaient déjà consulté un agent médical ; 24,48 % ont eu recours à un tradi-praticien ; 10,20 % avaient demandé conseil à un tiers, 22,44% n'avaient consulté personne.

On peut voir ici une explication plausible à la fréquence élevée de récurrences et de consultations à répétition pour des symptômes d'IST. L'accompagnement, le suivi du patient et le traitement du partenaire ont fait très souvent défaut, et ce même chez les patients ayant consulté des agents de santé. On a relevé que seulement 28,57 % des patients vus par un agent médical avaient reçu un traitement du couple.

### 1.10 DES CONNAISSANCES SUR LES MOYENS DE PRÉVENTION DES IST

Le préservatif était connu à 41,7 % par les patients mais très peu de patients l'utilisaient. On dénombre 80,31 % des patients qui ne se préservaient pas dont 84,61 % des femmes et 69,44 % des hommes. Cela peut s'expliquer par l'intervention des facteurs comme la polygamie et peu souvent la religion qu'il faudrait peut être revoir comme facteur influençant sur la survenue d'une IST

### 1.11 DISCUSSION THERAPEUTIQUE :

Seul un cas n'a pas été traité par le protocole des algorithmes pour cause d'une présentation clinique spécifique : végétations génitales (condylome génital).

Le suivi des patients s'est avéré difficile, seulement 49,9 % des patients ont été revus. Parmi ceux-ci seul un patient affirme n'avoir pas été satisfait du traitement. L'intérêt d'insister sur le suivi des patients pour une meilleure prise en charge vu cette réponse très positive de la satisfaction des patients. Toutefois, il est difficile de savoir les raisons ayant empêchées les patients de revenir pour leurs suivis. Est-ce parce qu'ils étaient traités et satisfaits de ne plus avoir de symptômes, ou bien au contraire ils n'étaient pas satisfaits et sont allés consulter ailleurs ? Un suivi systématique de tous les patients vus (par exemple par téléphone) pourrait aider à répondre à cette question pour une étude future.

Le port du préservatif est accepté par 51,96 % des patients dont seulement 45,83 % des femmes. De plus, le tableau XX nous apprend que dans les faits, seulement 19,6% des patients utilisent vraiment le préservatif. Encore une fois, il importe de se questionner sur la cause de cette faible adhérence à une méthode de protection simple et fiable. Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses : difficulté à obtenir des

## ASPECTS CLINIQUE ET ÉPIDEMIOLOGIE DES IST

préservatifs, honte, manque de pouvoir des femmes sur cette décision au moment des relations sexuelles, etc. Ceci dépasse le cadre de la présente thèse, mais il serait pertinent qu'une étude future explore ce sujet plus à fond.

Concernant l'information des partenaires sur le traitement 87,4% des patients ont accepté d'informer leurs partenaires. Cela représente un contexte favorable à la lutte contre les IST. Il serait toutefois intéressant de savoir si ces partenaires ont bel et bien été notifiés puis traités adéquatement. Encore une fois, la faible adhérence des patients au suivi clinique limite nos connaissances à ce sujet.

Au total 39,37 % des patients ont accepté de faire la sérologie VIH et aucun cas de séropositif n'a été diagnostiqué. Ce résultat paraît faible pour 127 patients et à cet effet ne peut être valable pour une enquête épidémiologique du VIH au Mali et cela n'est pas l'objectif de cette enquête. Il serait intéressant pour des études futures d'explorer les raisons motivant les patients à refuser le dépistage de cette IST.

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

## CONCLUSION

Notre étude transversale descriptive menée au CSCOM de Banconi du 19 septembre 2009 au 15 mars 2010 avait pour but de faire ressortir les facteurs de risque liés à la récurrence des IST.

Parmi les patients consultés 77,16 % sont venus pour des récurrences ; la moyenne d'âge du premier rapport sexuel était de 15,9 ans ; seulement 19,69 % portait des préservatifs. La plupart des patients étaient soit des commerçants soit des femmes au foyer.

Les algorithmes ont été correctement appliqués avec une réponse thérapeutique efficace dans plus de 99%.

Les causes de récurrences liées au IST dans notre étude étaient le manque de traitement du ou des partenaire(s) et la qualité de l'agent consulté à l'infection antérieure associée aux facteurs de risque liés à la transmission d'IST.

Le constat était que 99,95 % des patients revus pour un suivi n'ont pas montré de signes de récurrence et plus de 96% des patients revus en suivi étaient satisfaits de leur évolution. Le suivi s'est réalisé sur une période de 2 mois. Nous avons fait une prise en charge adéquate en se conformant aux recommandations de l'approche syndromique.

Notre étude illustre également l'insuffisance de l'éducation sexuelle des patients et la difficulté de prévention et de traitement des IST lorsque la sexualité et tous les enjeux s'y rattachant demeurent tabous.

## RECOMMANDATIONS

- ↪ **Aux autorités administratives de la FMPOS :**
  - ☐ Instaurer dans les programmes de formation scolaire et au lycée des cours **d'éducation sexuelle**.
  - ☐ De créer une unité de traitement des infections sexuellement transmissibles dans chaque structure hospitalière de niveau 1 indépendante et en relation avec le PNLIS.
  - ☐ D'assurer la formation continue des agents de santé sur les IST.
  - ☐ D'étudier l'importance des tradipraticiens dans le traitement des IST afin de réduire le risque d'échec thérapeutique et de traitement inadéquat.
  
- ↪ **Aux agents de santé :**
  - ☐ De faire des prescriptions médicamenteuses adaptées, sensibiliser les patients sur le suivi médical.
  - ☐ De toujours associer à un cas d'IST le dépistage de VIH si le patient est consentant.
  - ☐ De procéder à l'IEC des patients lors des consultations concernant les méthodes de prévention des IST et les facteurs de risque des récurrences.
  - ☐ Respecter les procédures données par les approches syndromiques pour être plus efficace dans le traitement, et traiter efficacement le partenaire est primordial.

# Références

# bibliographiques

## ASPECTS CLINIQUE ET ÉPIDEMIOLOGIE DES IST

1. VALLOIS C ; WILLIAMS R ; MAIGA M ; MAIGA B ; TOGOLA B, Fondation pour le développement de la formation médicale Quebec-Mali.  
Infection sexuellement transmissible  
Version 2005
2. EDSM III 2001, EDSM IV 2006  
Enquête démographique de la santé au Mali
3. PNLs/CDC Atlanta 2000 :  
Etude du programme National de lutte contre le SIDA : prévalence des IST au Mali Version 2006
4. F. Ly :  
Etude prospective des Infections sexuellement transmissibles au centre de santé de référence pour les IST à Dakar IHS (Institut d'hygiène sociale).  
Méd. Trop 2006 ; 66p
5. MSF :  
Guide Clinique et thérapeutique  
8<sup>ème</sup> éd. 2010 ; p465-207 (229 ; 244)
6. GIRAUD J.R. BREMOND A.; ROTTEN D.  
Gynéco 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson 2001 ;
7. ALAMI K.:  
chef de service des IST/SIDA  
Prise en charge des infections sexuellement transmissibles,  
Ministère de la santé- MAROC 2006
8. KEITA T  
Aspect épidémiologique clinique et prise en charge des dermatoses, lèpre VIH SIDA à la polyclinique El Helal De Djikoroni Para  
Thès. Med. FMPOS Bko 2000 ; N° 77
9. DIARRA L.  
Profil épidémio-clinique des IST et évaluation des l'algorithme de la prise en charge syndromique au centre de santé de référence de la commune V  
Thès. Med. FMPOS Bko 2000-2001 ; N°01M73.
10. Ministère de la santé du Mali/PNLs /OMS/Equipe Jeunesse Santé USAID /ACDI  
Projet SIDA3 ;  
Tableau syndromique des IST ; 2001.
11. OMS/ONUSIDA/UNICEF  
Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles  
Les maladies sexuellement transmissibles : politique et principes de prévention et de soins.  
Publ : 2006-2015.

## ASPECTS CLINIQUE ET ÉPIDEMIOLOGIE DES IST

12. Eddleston M; Davidson R; Brent A; Wilkinson R  
Oxford Hand Book of tropical Medecine;  
Thrid ed. Octobre 2007; 598p.
13. DIALLO R  
Prévalence de *Nasserieae gonorrhoeae*, *candida albicans*, *Trichomonas vaginalis* et *Gardenella vaginalis* parmi les infections génitales féminines à BAMAKO  
Thès. Pharm. Bko ; 1993 ; N°1
14. DIARRA S  
Aspect épidémiologique clinique et prise en charge des dermatoses et des IST au centre de santé de référence de la commune V  
Thès. Med Bko ; 2006 ; N°97.
15. DIAWARA SS  
Evaluation de l'efficacité du traitement des IST selon l'approche syndromique au CSCOM de Banconi à propos de 218 cas.  
Thès. Méd. FMPOS Bko ; 2008 ; N°441
16. Dr MAIGA M.  
Rapport annuel 2010 des activités de CSCOM de BANCONI  
Mali/Bamako
17. Aubert F. ; Guitard P  
Essentiel médical de poche  
2<sup>ème</sup> éd .Paris
18. Hanson S ; Sunkutu RM. ; Kamaga J.  
STD car in Zambia: An evaluation of the guidelines for case management through a syndromic approach. STD AIDS; 1996
19. Gentilini M ; Dufflo BB  
Médecine et Science  
3<sup>ème</sup> éd. Paris : Flammarion
20. MAIGA K.  
Lumière sur la vie sexuelle  
Ed. Jamana . Bko 1994 ; n°6686
21. CAMARA M.  
Aspect épidémiologique clinique et prise en charge des dermatoses et des IST à Kayes.  
Thès. Med FMPOS Bko ; 2006 ; N°200
22. SACKO D.  
Connaissance, attitude et pratique des adolescents du LBAD en matière de planification familiale, de MST et de SIDA.  
Thès. Med. FMPOS Bko ; 2002 ; n°62

## ASPECTS CLINIQUE ET ÉPIDEMIOLOGIE DES IST

12. Eddleston M; Davidson R; Brent A; Wilkinson R  
Oxford Hand Book of tropical Medecine;  
Thrid ed. Octobre 2007; 598p.
13. DIALLO R  
Prévalence de *Nasserieae gonorrhoeae*, *candida albicans*, *Trichomonas vaginalis* et *Gardenella vaginalis* parmi les infections génitales féminines à BAMAKO  
Thès. Pharm. Bko ; 1993 ; N°1
14. DIARRA S  
Aspect épidémiologique clinique et prise en charge des dermatoses et des IST au centre de santé de référence de la commune V  
Thès. Med Bko ; 2006 ; N°97.
15. DIAWARA SS  
Evaluation de l'efficacité du traitement des IST selon l'approche syndromique au CSCOM de Banconi à propos de 218 cas.  
Thès. Méd. FMPOS Bko ; 2008 ; N°441
16. Dr MAIGA M.  
Rapport annuel 2010 des activités de CSCOM de BANCONI  
Mali/Bamako
17. Aubert F. ; Guitard P  
Essentiel médical de poche  
2<sup>ème</sup> éd .Paris
18. Hanson S ; Sunkutu RM. ; Kamaga J.  
STD car in Zambia: An evaluation of the guidelines for case management through a syndromic approach. STD AIDS; 1996
19. Gentilini M ; Dufflo BB  
Médecine et Science  
3<sup>ème</sup> éd. Paris : Flammarion
20. MAIGA K.  
Lumière sur la vie sexuelle  
Ed. Jamana . Bko 1994 ; n°6686
21. CAMARA M.  
Aspect épidémiologique clinique et prise en charge des dermatoses et des IST à Kayes.  
Thès. Med FMPOS Bko ; 2006 ; N°200
22. SACKO D.  
Connaissance, attitude et pratique des adolescents du LBAD en matière de planification familiale, de MST et de SIDA.  
Thès. Med. FMPOS Bko ; 2002 ; n°62

## ASPECTS CLINIQUE ET ÉPIDEMIOLOGIE DES IST

23. MAIGA O.L.

Connaissance, attitude et comportements sexuels en milieu scolaire à l'RNS de Bougouni et au LMDS

Thés. Med. FMPOS Bko ; 2001 ; n° 79

24. CEPROD :

Santé de la reproduction au Sahel chez les adolescents au Burkina Faso, au Mali et au Niger.

Vol. 1<sup>er</sup> septembre 1996.

## ASPECTS CLINIQUE ET ÉPIDÉMIOLOGIE DES IST

### FICHE D'ENQUÊTE

Aspects clinique et épidémiologie des infections sexuellement transmissibles au centre de santé communautaire de Banconi.

#### Données administratives:

{Q1} Numéro du dossier...../ \_ / \_ /

{Q2} Date de consultation..... / / / /

{Q3} Nom et prénom(s).....

{Q4} Age : .....

{Q5} Sexe :.....

1= masculin      2= féminin

{Q6} Adresse habituelle : .....

{Q7} Nationalité :.....

1= malienne      0= non malien

{Q8} Religion :.....

1= musulman      2=chrétien      0= autre

{Q9} Profession :.....

1= fonctionnaire    2= commerçant    3= cultivateur  
4= élève            5= étudiant       6= femme au foyer  
7= servante        8= ouvrier        9= sans emploi  
10= chauffeur      11= professionnel de sexe  
12= autre

{Q10} statut matrimoniale :.....

1=monogame    2= polygame    3= célibataire

{Q11} Ethnie :.....

1= Bambara    2= Peulh      3= Malinké  
4= Sonrhäï    5= Sarakolé    6= bobo  
7= Dogon      8= autre

#### Examen clinique

{Q12} Etes-vous à votre première consultation :.....

1= oui            0= non

{Q13} Motif de consultation :.....

{Q14} est ce la 1ere fois que vous aviez ces symptômes :.....

1= oui            0= non

{Q15} si non préciser la fréquence de survenue.....

1= 1 fois        2= deux fois    3= trois fois  
4= quatre fois    5= cinq fois    6= six et plus

## ASPECTS CLINIQUE ET ÉPIDEMIOLOGIE DES IST

- {Q16} combien de partenaire sexuel avez-vous.....
- {Q17} portez vous des préservatifs lors des rapports sexuels :.....  
1= oui                      0= non
- {Q18} Age de votre premier rapport sexuel :...../\_\_\_/\_\_\_/ ans
- {Q19} Profession de votre partenaire :.....
- {Q20} parler vous de sexualité en famille :.....  
1= oui                      0= non
- {Q21} si non pourquoi ?.....
- {Q22} Si oui avec qui ?.....
- {Q23} quel moyen de prévention des IST connaissiez-vous ?.....  
1= abstinence              2= fidélité  
3= préservatif              0= en connait pas
- {Q24} qui avez-vous consulte lors de la première infection ?.....  
1= un agent médical      2= un tradipraticien  
3= un tiers                  4= personne
- {Q25} les médicaments ont ils été achetés ensemble ?.....  
1= oui                      0= non
- {Q26} les partenaires a t il été traites ?.....  
1= oui                      0= non
- {Q27} si non pourquoi ?.....
- {Q28} signe physique IST :.....  
1= normale                      2= écoulement vaginale  
3= douleur a la mobilisation du col      4= écoulement urétral  
5= ulcération génitale              6= végétation génitale  
7= adénopathie inguinale  
8= autres
- {Q28a} Si autre à préciser :.....
- {Q29} Tableau syndromique après examen du malade :.....  
1= écoulement vaginal et ou douleur abdominale basse  
2= ulcérations génitales  
3= écoulement urétral et ou dysurie  
4= bubon inguinal  
5= tuméfaction du scrotum

### Traitement

## ASPECTS CLINIQUE ET ÉPIDEMIOLOGIE DES IST

{Q30} selon algorithmme approprié :.....  
1= oui                    0= non

{Q31}- si non dites pourquoi ?.....

{Q32} le patient accepte d'informer son partenaire:.....  
1= oui                    0= non

{Q33} le ou la patiente a t il (elle) été (e) revu (e) ?.....  
1= oui                    0= non

{Q34} Si oui à t il été satisfait du traitement ?.....  
1= oui                    0= non

{Q35} Y a t il eu récidence ?.....  
1= oui                    0= non

{Q36} Le ou la patiente accepte d'utiliser les préservatif :.....  
1= oui                    0= non

{Q37} Le ou la patiente accepte de faire le dépistage au VIH :.....  
1= oui                    0= non

{Q38} Le ou la patiente accepte Si oui le statut sérologique :.....  
1= négatif                2= positif

# Annexes

## Fiche Signalétique

**Nom :** SIDIBE

**Prénom :** Souleymane

**Année de soutenance :** 2010 - 2011

**Ville de soutenance :** Bamako

**Titre de thèse :** Aspect clinique et épidémiologie des infections sexuellement transmissibles au centre de santé de Banconi.

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMPOS.

### Résumé :

Étudier les facteurs de risque tribulaire des IST au centre de santé de Banconi était l'objectif majeur.

Du 19 septembre 2009 au 15 mars 2009, nous avons mené une étude transversale et descriptive au sein du centre de santé de Banconi en commune I du District de Bamako.

Nous avons inclus tout cas d'IST consulté au centre de santé compris dans la tranche d'âge définie et répondant à l'algorithme décisionnel des IST.

Au total nous avons pris en charge 127 patients, parmi eux :

- Le sexe ratio était de 2,53 en faveur du sexe féminin.
- La majorité des patients était commerçant ou ménagères et le plus souvent célibataires.
- La tranche d'âge 21-30 ans était plus atteinte. La moyenne d'âge des patients était de 24.5 ans.
- La moyenne d'âge du premier rapport sexuel était de 15.9 ans.
- Portaient des préservatifs 19,69% des patients.
- Seulement 28.57 % ont été vus par des médecins à leur première consultation.
- Le traitement de couple à été fait par seulement 9.45 %.

L'étude illustre également le manque de connaissances et d'éducation sexuelle des patients, et démontre de plus la difficulté que représentent la prévention et le traitement d'affections comme les IST là où la sexualité et tous les enjeux s'y rattachant sont encore tabous.

**Mots clés :** IST- éducationnel sexuelle - tabous sexuels.