

[Tapez un texte]

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIQUES

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2013 - 2014

N°...../

TITRE

**EVALUATION DE L'EFFICACITE DU
TRAITEMENT DES INFECTIONS
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
SELON L'APPROCHE SYNDROMIQUE
AU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE GABRIEL TOURE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../20...
Devant la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie par

M. Fassiré dit Souleymane KEITA
Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**
(DIPLOME D'ETAT)

Jury:

PRESIDENT: Pr DAO Sounkalo

MEMBRE: Pr DOLO Guimogo

CODIRECTEUR : Dr COULIBALY Mamadou Tidiani

DIRECTEUR DE THESE : Pr OUATTARA Zanafon

DEDICACES

I

Je dédie ce travail à:

Au tout puissant

Gloire à Allah, le clément, le miséricordieux, de nous avoir assisté tout au long de notre parcours. Le mérite de ce travail vous revient pour nous avoir laissé la vie jusqu'à ce jour. Puisse votre lumière guider nos pas.

Au prophète Mohamed

Que la bénédiction et la paix de Dieu soient sur vous. Nous témoignons notre respect et notre gratitude.

A mon pays le Mali,

Chère patrie, que la paix et la prospérité puissent te recouvrir.
Profond respect.

À mon père : FEU Mamadou KEITA (que Dieu vous accorde
Sa miséricorde, son paradis : amen!).

Ce travail est sans doute le fruit de l'éducation que tu m'as
Donnée et les immenses sacrifices consentis en vue de mon
épanouissement moral; en effet tu as été pour nous un exemple
de courage, de persévérance et d'honnêteté dans
l'accomplissement du travail bien fait. Tu nous as appris le sens
de l'honneur, de la dignité et de la justice. Ces mots ici ne
peuvent traduire la profondeur de l'amour filial. J'aurais
tellement souhaité te voir à mes cotés en ce jour solennel, mais le
bon Dieu en a décidé autrement.

Ma mère : KINDIABA KEITA femme de rigueur, d'amour, de bonne éducation et surtout de travail bien fait. Chère mère, les mots me manquent pour te qualifier. Tu as toujours lutté pour un meilleur épanouissement de tes enfants. Que Dieu le tout puissant te prête longue vie et meilleure santé pour qu'ensemble, nous puissions savourer les fruits de ce travail.

Puisse ce travail t'apporter une légitime fierté.

A mes grands parents : Tous nos attachements aux défunts ; salut et paix pour le repos de vos âmes.
Aux autres veuillez trouver ici, l'expression de mon profond respect.

A mes frères feu ISSA et feu MOULAYE KEITA

Vous que la mort a malheureusement emportés très jeunes pour nous laisser les cœurs remplis de chagrins; puisse Dieu vous accueillir dans son paradis ! Amen !

A mes frères Balla et Komakan KEITA :

Les mots me manquent pour exprimer à suffisance ma reconnaissance. En aucun moment, vos soutiens moraux, matériels et financiers n'ont fait défaut. J'ai appris avec vous le goût de la vie en groupe. Vous avez forgé en moi la patience et l'endurance. Ce travail est le vôtre. Que le tout puissant vous donne longévité, santé, et bonheur dans vos foyers.

Je vous dis grand merci.

A mes sœurs :

Je citerais là :Fatoumata, Maimouna, Djénabou, Hawa, Rokiatou, Kadidiatou, et Nènè tous KEITA :Ce travail est le votre, il est le fruit des liens sacrés qui nous unissent. Merci de votre assistance, que DIEU le tout puissant puisse vous accorder une longue vie pleine de santé et de bonheur

A ma fiancée Aminata Saran SIDIBE: Merci de ta patience et de ta fidélité.

Tu as été un soutien considérable pendant l'élaboration de cette thèse.

Nous allons œuvrer ensemble dans le meilleur et le pire des cas. Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour et de ma fidélité.

Mes cousins et cousines : Mamary Keita, Bakary Keita, Saradjè Keita, Maimouna Diarra, Afouchatou KEITA ,etc.....

Les liens familiaux sont sacrés, restons unies et solidaires pour que notre famille demeure.

A tous mes nièces et neveux : Je n'ai pas manqué de votre amour, de vos respects et de vos bonnes compréhensions à mon égard. Ce travail est le fruit de vos efforts conjugués, soyez en remercié.

A toute la famille KEITA à Bamako, Kati, Guinée.

L'unité, la fraternité, l'entente et la solidarité sont les piliers d'une famille prospère. Restons unis et indivisibles.

J'espère que ce travail sera pour vous, tout le témoignage de nos attachements fraternels.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à tous **les maîtres de la FMOS** pour les enseignements de qualité qui nous ont été prodigués.

Au professeur Kassoum SANOGO et famille. Pour votre soutien sans faille.
Puisse Dieu vous récompenser en bien ! Amen !

Merci à tout le personnel du service d'Urologie du CHU Gabriel Touré. En partant des manœuvres aux Patrons et particulièrement :

Au professeur Zanafon OUATTARA

Vous nous avez accueilli dans votre service sans me connaître. Aucune expression ne pourrait suffire pour vous exprimer notre reconnaissance et considération. Votre sens de dialogue et d'amabilité nous ont séduit.
Trouvez ici l'expression de notre dévouement.

Au docteur Mamadou T. COULIBALY

Votre soutien et vos conseils ont été très précieux pour nous dans la réalisation de ce document. Votre sens de l'humour et attachement aux valeurs scientifiques font de vous un maître auprès de qui il est agréable d'apprendre. Recevez en ces lignes l'expression de toute ma gratitude.

Au Major M. Boubacar A. MAIGA et Personnel du service : Je vous remercie pour l'estime, l'attention et l'amour que vous m'avez témoignés. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Tous les CES d'Urologie : Merci pour l'encadrement et les conseils de tous les jours.

A mes aînés du service Dr Fatoumata Kanssaye, Dr Drissa Coulibaly, Dr Kafogo B Coulibaly, Dr Adama Y Diarra, Dr Abdoulaye Diarra, Dr Hamed Kourouma, Dr Moussa I. Dembélé, Dr Ibrahim Coulibaly. Merci pour l'encadrement et les conseils d'ainé. Recevez ici toute ma profonde reconnaissance et tout mon respect.

A Mes collègues du Service d'Urologie : Mahamadou Kanté, Emile K. Sylla, Youssouf Doumbia, Pornon Diamoutènè, Hamadoun Tolo, Issiaka Goro, Adama Diabaté, Lahassana Coulibaly, Bakary Diarra, Sékou Coulibaly, Hamidou Ouattara, Issouf Ouattara.

Pour l'estime, l'amour et la considération que vous m'avez témoignés ; que cette thèse soit pour vous l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon attachement. Le souvenir des moments passés avec vous, restera pour toujours gravé dans ma mémoire. Que Dieu vous prête succès et longue vie.

Merci pour tout.

Mes remerciements sincères :

A tout le personnel d'ASACOTOQUA.

A Dr Dicko Fatoma Ousmane et famille pour votre soutien. Puisse Dieu vous récompenser en bien.

A la famille Bourama Keita Kati : *Vous m'avez accueilli dans votre famille à bras ouverts comme un fils ; ce travail est aussi le vôtre. Soyez rassuré de ma profonde reconnaissance.*

A mes amis : Dr Issa Guindo, Moussa Sidibé, Zakariaou Coulibaly, Mahamadou koniba Diarra, Tiéman Traoré, Hamidou Konaré, Almadi Ag

Alitini, Yacouba Témé, Oumar Tamboura, Dr Traoré Lamine, Dr Traoré Soumana , Salif Traoré, vous qui m'avez tant aimé, permettez moi en guise de reconnaissance de votre amour et de votre soutien indéfectible, de vous dire merci.

Mes remerciements

vont à l'endroit de tous ceux de loin ou de près, qui par leurs soutiens moral et financier si modeste soit-il mais combien important pour moi, ont permis la réalisation de ce modeste travail.

HOMAGES AUX JURY

A notre maître et président du jury, Professeur Sounkalo DAO

- Professeur de Maladies Infectieuses et Tropicales
- Chef de Département d'études et de Recherche (DER) de médecine et spécialités médicales de la FMOS
- Responsable de l'enseignement des pathologies infectieuses et tropicales à la FMOS
- Chercheur au centre de recherche et de formation sur la tuberculose et le VIH (SEREFO)
- Président de la Société Malienne de pathologie Infectieuse et Tropicale (SOMAPIT)
- Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI)
- Membre de la Société de Pathologie Infectieuse de langue Française (SPILF)
- chef de service de service de Maladie Infectieuses du CHU du Point G

Cher maître,

Permettez-nous de vous adresser nos remerciements pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Nous avons été séduits par la qualité de votre enseignement durant nos années d'études.

Votre disponibilité et votre rigueur scientifique ont largement contribué à améliorer la qualité de ce travail. Trouvez ici cher maître l'expression de notre profond respect.

A notre maître et membre du jury, **Professeur Guimogo DOLO**

- *PhD en Entomologie moléculaire médicale*
- *Chef de section Entomologie Moléculaire du MRTC*
- *Maitre de conférences à la FMOS*

Cher maître, malgré vos multiples occupations, vous avez accepté avec spontanéité de juger cette thèse. Vos critiques et suggestions ont permis d'améliorer la qualité de ce travail. Votre simplicité, votre disponibilité et votre ouverture d'esprit nous forcent l'admiration. Votre courtoisie et votre souci de transmettre vos connaissances font qu'il est agréable de travailler à vos côtés ; soyez en remercié.

*A notre maître et Codirecteur de Thèse, **Dr Mamadou Tidiani COULIBALY***

- Chirurgien urologue,*
- Praticien Hospitalier au CHU Gabriel TOURE*

Cher Maître,

Vous avez consenti beaucoup de sacrifices pour nous assurer un encadrement de qualité pendant notre séjour à vos côtés.

Nous avons été séduits par la clarté de votre enseignement durant notre formation.

Votre simplicité, votre abord facile font que vous êtes admiré de tous. Trouvez ici cher Maître le témoignage de notre profond respect.

Puisse le Seigneur vous combler de grâce.

*A notre maître et directeur de thèse **Professeur Zanafon OUATTARA***

- *Chirurgien Urologue, Andrologue au CHU Gabriel TOURE,*
- *Maître de conférences d'Urologie à la FMOS,*
- *Chef du Service d'Urologie du CHU Gabriel TOURE.*
- *Président de la Commission Médicale d'Etablissement au CHU Gabriel Toure.*
- Cher maître,
- c'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves. Votre rigueur scientifique, votre compétence, et la qualité de votre enseignement, font de vous un maître de référence.
- Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.
- Merci cher maître pour nous avoir acceptés dans votre service

Sommaire

SOMMAIRE

INTRODUCTION et OBJECTIFS.....	18-21
I. GENERALITES	
1 Définition.....	23
2 Epidémiologie.....	23
3 Etiologie et pathogénie.....	24
4 Diagnostic.....	26
5 Traitement	39
II. Méthodologie	46
III. RESULTATS	
3-1 Résultats globaux	52
3-2 Résultats analytiques.....	49
IV. COMMENTAIRE ET DISCUSSION	
4-1 Méthodologie	40
4-2 Données socio- démographiques	42
4-3 Résultats généraux	52
4-4 Résultats analytiques	54
4-5 Traitement et surveillance	57
V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	
Conclusion	72
Recommandations	79
Bibliographie.....	82
VI. ANNEXES.....	88

Introduction

INTRODUCTION

Les maladies infectieuses, en particulier, les Infections sexuellement transmissibles, ne sont pas un vestige du siècle précédent. Elles sont, tout au contraire, une réalité permanente en pleine évolution, On estime à 350 millions, le nombre de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles observés dans le monde chaque année. [1]

Les IST (Infections Sexuellement Transmissibles) représentent un problème de santé publique majeur dans le monde. La plupart des ces infections peuvent être diagnostiquées et traitées facilement. Ce n'est qu'en l'absence d'une prise en charge correcte et précoce qu'elles peuvent entraîner des complications (stérilité, mortalité maternelle et du nouveau-né) et des séquelles avec le risque d'être transmises à son ou ses partenaires [2].

Autrefois, on appelait ces maladies des maladies vénériennes, le nom provenant de Vénus, déesse de l'amour. Puis, jusque dans les années 1990, l'appellation MST (pour « maladie sexuellement transmissible ») est devenue d'usage courant. Depuis 1999, le terme MST est peu à peu remplacé par celui d'IST [3], car le terme « infection » plutôt que « maladie » prend mieux en compte le fait que certaines infections sont asymptomatiques. Le terme IST prend également en compte que ces infections sont aussi transmises par contacts sanguins, comme dans le cas de l'hépatite B, de l'hépatite C et du SIDA [3].

Toutes les pratiques sexuelles qui comportent un contact avec une autre personne (sans protection), ou les fluides génitaux avec un contact direct avec le sang d'une autre personne, sont considérées comme comportant un

risque de transmission d'une IST. Chaque IST présente un risque et un degré de gravité différents.

Les IST comprennent au moins 30 agents pathogènes bactériens, viraux et parasitaires qui sont transmis par voie sexuelle. Si beaucoup sont curables (le chlamydiae, la gonorrhée, la syphilis, l'herpès génital, le condylome, le chancre mou l'hépatite B, l'hépatite C, la gale, la cystite...), les IST incurables, comme l'Herpès virus 2 et le SIDA, ajoutent à la lourde charge de morbidité et de mortalité pour les femmes, les hommes et les enfants. En outre, la présence d'une infection sexuellement transmissible non traitée qui cause une inflammation ou une ulcération augmente le risque de transmission du VIH [4-7].

Elles peuvent avoir comme impact :

Une diminution de :

- la santé physique
- la santé psychologique
- la santé maternelle, infantile et du nouveau né [3]
- la capacité de travailler (en ralentissant du coup le développement socioéconomique du pays.) : [8]

Une augmentation de :

- la mortalité
- la morbidité
- l'infertilité
- du nombre d'orphelins

Les IST persistent dans les pays pauvres très endettés à cause de :

- la grande fréquence des IST asymptomatiques
- le refus de se faire soigner

- la difficulté à avertir le ou les partenaires
- l'ignorance
- la faible accessibilité aux services et aux soins de santé
- le traitement prescrit de qualité médiocre d'où la résistance élevée [9]
- le coût élevé du traitement habituel

Ces faits nous imposent l'application de la prise en charge syndromique.

L'approche syndromique des IST a l'avantage d'être :

- applicable par plusieurs niveaux professionnels,
- le traitement plus rapide et accessible
- des soins complets proposés aux patients dès la première visite [10]

OBJECTIFS : Les objectifs de notre étude étaient

Objectif général.

-Etudier les infections sexuellement transmissibles en consultation au service d'urologie du CHU Gabriel TOURE du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014.

Objectifs Spécifiques :

- 1-Décrire les résultats du traitement selon l'approche syndromique des IST
- 2- Décrire les aspects cliniques des IST au service d'urologie du CHU Gabriel TOURE
- 3-Déterminer la fréquence des IST
- 4-Déterminer l'issue du traitement des IST

I. Généralités

I- GENERALITES

1. Définition

Une IST est une maladie infectieuse qui, comme son nom l'indique, se transmet entre partenaires au cours des différentes formes de rapports sexuels.

2. Épidémiologie

Les infections sexuellement transmissibles demeurent un problème de santé publique majeur dans les pays développés, mais surtout dans les pays en développement, où l'accès aux centres de diagnostic et de traitement est difficile, très limité ou inexistant. Dans de nombreux pays en développement à travers le monde, les IST font partie des dix premiers problèmes de santé pour lesquels les patients adultes réclament des soins.[11]

Ces maladies doivent être prises au sérieux pour trois raisons : leur ampleur, leurs potentielles complications graves et leur lien avec le VIH/sida. Selon un rapport de l'OMS, en 2013, environ 500 millions de nouveaux cas des cinq IST curables les plus courantes ont été diagnostiqués dans le monde chez des hommes et des femmes de 15 à 49 ans. À l'échelle internationale, 930 000 personnes par jour, en moyenne, contractent une IST curable.

Parmi ces IST, on trouve la gonorrhée, l'infection à chlamydia, la syphilis et la trichomonase. Sur ces 500 millions de cas d'IST, 151 millions se trouvent en Asie du Sud et en Asie du Sud-est, 69 millions en Afrique sub-saharienne et 38 millions en Amérique latine et dans les pays caraïbéens. [12]

3.Étiologie et pathogénèse

3.1. Étiologie

Les agents pathogènes des IST comprennent :

a. les bactéries

Neisseria gonorrhoeae (responsable de la gonorrhée)

Chlamydia trachomatis (infection à chlamydia)

Treponema pallidum (syphilis)

Haemophilus ducreyi (chancre mou)

Calymmatobacterium granulomatis (granulome inguinal ou donovanose)

Gardnerella vaginalis

Mycoplasmes (*urealiticum*)

b. les virus

Herpès simplex de type 1 et 2

Papillomavirus humain (verrues génitales)

Hépatite B

Cytomégalovirus

VIH

c. autres

Trichomonase vaginalis est un autre agent pathogène important se transmettant par voie sexuelle. Il est responsable de la vaginite et facilite la transmission du VIH.

Candida albicans peut se transmettre par voie sexuelle. Il provoque des infections fongiques courantes responsables de vulvo-vaginites chez la femme et d'inflammations du gland et du prépuce chez l'homme.

La gale vénérienne, responsable de démangeaisons, est causée par un acarien *sarcoptes scabiei*, qui se transmet fréquemment par proche contact avec un individu infecté.

La pédiculose pubienne, responsable de démangeaisons, est causée par des poux du pubis (*phthirus pubis*) et se transmet par voie sexuelle.

Les infections bactériennes telles que la trichomonase, la gale et la pédiculose pubienne sont curables. Néanmoins, une nouvelle exposition après un traitement peut entraîner une rechute. Les infections virales sont incurables, mais certaines d'entre elles peuvent être contrôlées. [13]

3.2. Pathogénèse

Un seul contact sexuel avec un individu infecté suffit à contracter une IST. Une fois que l'agent étiologique s'est introduit dans le corps du patient, il se multiplie au site d'entrée et, dans certains cas, se propage localement ou systémiquement par le biais des vaisseaux sanguins et lymphatiques. La croissance et la multiplication d'un agent étiologique dans le corps est appelée infection. La réaction inflammatoire que celle-ci déclenche en son siège révèle les caractéristiques propres à l'infection en question : écoulement urétral purulent et dysurie en cas d'infections à gonocoque et à chlamydia, vésicules et ulcères douloureux en cas d'herpès, chancre en cas de syphilis, abcès des ganglions lymphatiques inguinaux en cas de LGV, etc. Si certaines infections peuvent être asymptomatiques, les patients concernés n'en restent pas moins contagieux. De la même manière, les ectoparasites tels que *phthirus pubis* peuvent se transmettre lors d'un rapport sexuel avec une personne infectée. Ils se logent et se multiplient sur

la peau du patient, se nourrissant de son sang et causant des irritations et des démangeaisons. [14-15]

4. Diagnostic

Le diagnostic des IST s'appuie sur les méthodes suivantes :

4.1. L'approche syndromique

Caractéristiques de l'approche syndromique (prise en charge syndromique des cas) :

- Classer les principaux agents responsables selon le syndrome clinique qu'ils engendrent ;
- Traiter le patient pour toutes les causes majeures du syndrome ;
- S'assurer que les partenaires/patients sont traités, conseillés, éduqués en matière d'adhésion au traitement et de réduction des risques.

4.2. Le diagnostic clinique

Utiliser l'examen clinique pour identifier les signes et les symptômes caractéristiques d'une IST spécifique.

4.3. Le diagnostic étiologique

- Utiliser les tests en laboratoire tels que la microscopie, les cultures et les tests sérologiques pour identifier l'agent étiologique.

Le diagnostic étiologique est souvent considéré comme l'approche idéale en médecine. Il permet au prestataire de santé de réaliser un diagnostic précis

et de fournir un traitement approprié au patient. Il présente néanmoins des difficultés majeures :

- L'identification des agents responsables d'une IST, au nombre de vingt voire plus, nécessite l'emploi d'un personnel qualifié et parfois d'un équipement de laboratoire sophistiqué, qui font défaut à la plupart des institutions sanitaires de notre pays.
- Un grand nombre de patients atteints d'une IST cherchent de l'aide auprès des établissements de soins de santé primaires, qui ne disposent ni des compétences nécessaires, ni du diagnostic étiologique.
- Le diagnostic étiologique est également coûteux et chronophage.

Au regard des faits précités, il est préférable de s'appuyer sur une approche syndromique fondée sur des caractéristiques cliniques. [16]

4.4. Caractéristiques cliniques

L'approche syndromique se fonde en grande partie sur les antécédents du patient.

En cas de suspicion d'IST, l'examen clinique vient en complément de l'anamnèse du patient. Les syndromes suivants sont fréquents chez les patients souffrant d'une IST :

Écoulement urétral, brûlures à la miction chez l'homme ;

Écoulement vaginal chez la femme (l'écoulement vaginal est anormal lorsque la femme remarque un changement de couleur, de quantité ou d'odeur) ; douleur abdominale basse chez la femme (intensité et type de douleur, déclenchement, qualité de la douleur, rayonnement vers d'autres parties du corps et présence d'un écoulement vaginal ou d'autres symptômes systémiques tels que la fièvre, les nausées et les vomissements)

- Gonflement du scrotum ;
- Bubon inguinal (douleur, ulcération, écoulement et gonflement) ;
- Ulcère génital chez l'homme et la femme ;
- Conjonctivite néonatale (avec écoulement purulent). [17]

a-Écoulement urétral : Les brûlures à la miction et l'écoulement urétral sont des symptômes courants de l'urétrite. *Neisseria gonorrhoeae* et *chlamydia trachomatis* sont les causes les plus fréquentes d'écoulement urétral et de dysurie. Plus rarement, l'urétrite peut être provoquée par *mycoplasma genitalium*, *trichomonas vaginalis* et *ureaplasma urealyticum*. Généralement, l'urétrite causée par *N. gonorrhoeae* se caractérise par un début aigu et un écoulement abondant et purulent, alors que celle provoquée par *C. trachomatis* se distingue par un début subaigu et un écoulement limité et mucopurulent. Cependant, cela n'est pas toujours le cas et des infections mixtes par les deux agents pathogènes peuvent parfois se produire.



Figure 1: Urétrite à *C. trachomatis*

[Image Ong Soutoura]



Figure 2: Urétrite à *N. gonorrhoeae*

[Image Ong Soutoura]

b- Écoulement vaginal : Les agents pathogènes suivants sont des causes fréquentes d'écoulement vaginal :

Neisseria gonorrhoeae

Chlamydia trachomatis

Trichomonas vaginalis

Gardnerella vaginalis et autres bactéries anaérobies

Candida albicans de nombreuses femmes sont concernées par un écoulement vaginal peu abondant, clair et inodore (leucorrhée physiologique). Ce phénomène est normal. Cependant, il devient anormal lorsqu'un changement est constaté dans la quantité, la couleur et l'odeur de l'écoulement.



Figure 3 : Ecoulement vaginal [Image Ong Soutoura]

c-Ulcère génital : La syphilis primaire, l'herpès génital, le chancre mou, le lymphogranulome vénérien et le granulome inguinal sont des lésions ulcératives courantes de l'appareil génital masculin et féminin. Les ulcères génitaux sont le plus souvent causés par les agents pathogènes suivants :

Treponema pallidum

Virus de l'herpès simplex

Haemophilus ducreyi

Chlamydia trachomatis (sérotypes L1, L2 et L3)

Calymmatobacterium granulomatis. [17]



Figure 4: Ulcération génitale chez l'homme [Image Ong Soutoura]



Figure 5: Ulcération génitale chez la femme [Image Ong Soutoura]

d- Syphilis : La présentation clinique de la syphilis comporte trois stades. L'ulcère génital apparaît au cours de la phase primaire. Il se présente sous la forme d'une papule évoluant rapidement vers une lésion indurée, indolore, à base nette et à bord surélevé dénommée chancre dur. Il apparaît généralement dans les trois semaines suivant l'exposition (temps d'incubation compris entre 10 et 90 jours). Le stade secondaire commence un mois plus tard. Il se caractérise par une éruption polymorphe généralement maculo-papuleuse, notamment sur la paume des mains et la plante des pieds, et par des excroissances verruqueuses dans des zones

humides du corps (autour de l'anus et de la vulve). La syphilis tertiaire apparaît à l'issue d'une période latente de quelques mois à plusieurs années. Elle se manifeste par des gommes syphilitiques et de l'arthrite. La neurosyphilis peut survenir à tout moment.

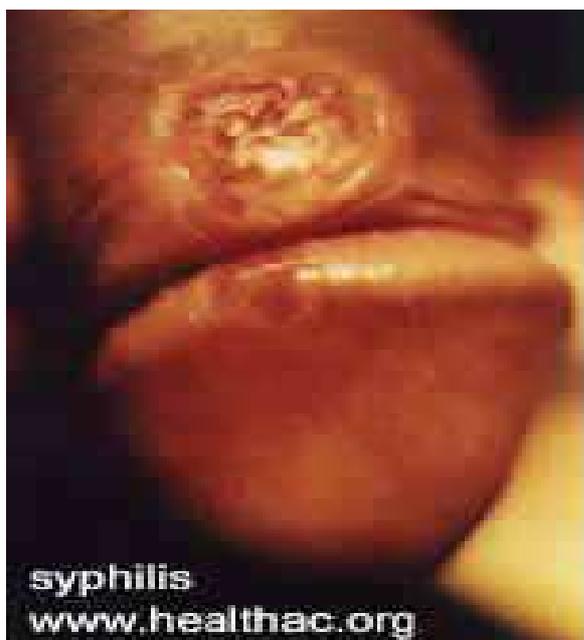


Figure 7: lésion syphilitique chez l'homme [8]



Figure 6: lésion syphilitique chez la femme [8]

e-Herpès génital : Il se caractérise par des périodes de latence et des récurrences fréquentes. Après l'infection primaire, l'herpès persiste toute la vie. Les lésions, initialement douloureuses, se présentent sous la forme de macules érythémateuses progressant vers des vésicules, des ulcères et enfin des croûtes. Chez les patients porteurs du VIH, les épisodes symptomatiques sont plus longs et la maladie est plus sévère, l'atteinte tissulaire et le taux de dissémination étant importants. [17]



Figure 8: Herpès génital chez l'homme

[Image Ong Soutoura]



Figure 9: Herpès génital chez la

femme [Image Ong Soutoura]

f- Chancre mou : Il s'agit d'une cause courante d'ulcère génital dans les pays en développement. Sa propagation dépend du nombre de partenaires d'une personne infectée, les prostituées semblant représenter le principal vecteur de l'infection. Les hommes sont plus souvent touchés que les femmes et ces dernières sont généralement asymptomatiques. À chaque rapport sexuel, le risque d'être contaminé par le VIH est 10 à 300 fois plus important pour les individus porteurs de cette maladie. Les lésions, qui sont douloureuses, évoluent progressivement d'une petite papule vers une pustule puis une ulcération à bords mous dénommée chancre mou. Une adénopathie inguinale nécrotique et fluctuante (bubons) fait suite à l'ulcération.



Figure 10: chancre mou chez l'homme [8]

g- Lymphogranulome vénérien (LGV) : La maladie se présente initialement sous la forme d'une petite papule indolore évoluant vers une ulcération. Après une semaine environ, une lymphadénopathie douloureuse et localisée peut survenir. Les lésions ne sont pas apparentes.

h- Granulome inguinal : Il s'agit d'une maladie ulcérate à progression chronique sans symptôme systémique. Elle se présente souvent sous la forme d'une lésion génitale non purulente, qui évolue d'une petite papule ferme vers un ulcère indolore rouge vif et à base non purulente.

i- Douleur abdominale basse causée par une maladie inflammatoire pelvienne (MIP) : Les maladies inflammatoires pelviennes (MIP) font référence à un syndrome clinique aigu résultant d'une infection ascendante à partir du col de l'utérus et/ou du vagin. Elles affectent les structures supérieures des organes génitaux féminins. Le terme MIP englobe

l'endométrite, la paramétrite, la salpingite, l'oophorite, la péritonite pelvienne, l'abcès tubo-ovarien et l'inflammation du foie, de la rate ou de l'appendice.

Les agents pathogènes couramment liés aux MIP, qui se transmettent par voie sexuelle, comprennent *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. hominis* et *Bacteroides*. [17]

j-Gonflement du scrotum : Les causes d'un gonflement du scrotum lié à une IST impliquent généralement *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. En cas d'infection, le testicule devient enflé, chaud et très douloureux. Cependant, certaines causes de gonflement du scrotum (brucellose, oreillons, onchocercose, infection à *W. bancrofti* ou tuberculose) n'ont pas de rapport avec une IST. Il est important d'exclure certaines causes de gonflement du scrotum telles que la torsion testiculaire, le traumatisme et l'hernie inguinale incarcerated, qui peuvent nécessiter de soumettre le patient à une évaluation et à un traitement chirurgical adéquat en urgence. [19]



Figure11: gonflement du scrotum [8]

l- Bubon inguinal Un bubon inguinal est une hypertrophie des ganglions lymphatiques inguinaux causée par une IST. Il est néanmoins important de garder à l'esprit qu'une infection des membres inférieurs ou du périnée peut également provoquer cette hypertrophie des ganglions. Les agents pathogènes liés à une IST et fréquemment responsables d'une hypertrophie inguinale comprennent *T. pallidum*, *C. trachomatis* (sérotypes 1, 2 et 3), *H. ducreyi*, *C. granulomatis*.

Les incisions chirurgicales sont contre-indiquées et le pus doit être aspiré à l'aide d'une aiguille hypodermique.



Figure12 : bubon inguinal [Image Ong Soutoura]

m-Conjonctivite néonatale : Ce terme fait référence à une conjonctivite purulente touchant l'un ou les deux yeux d'un nouveau-né dans les quatre semaines suivant sa naissance. Si le bébé atteint a plus de quatre semaines, la cause de son affection n'est probablement pas une IST. Il s'agit d'une

urgence médicale si un traitement n'est pas initié sous 24 heures. La maladie peut causer des dommages irréversibles aux yeux de l'enfant, y compris la cécité. Le nouveau-né la contracte à la naissance du fait d'une infection génitale à *N.gonorrhoeae* ou *C.trachomatis* de la mère. [20]



Figure 13: conjonctivite néonatale [Image Ong Soutoura]

n-La cystite : C'est un état inflammatoire aigu ou chronique d'origine infectieuse, atteignant la vessie et responsable de pollakiurie, de brûlures mictionnelles et de pyurie ; parfois d'une hématurie et l'absence de fièvre. Parfois une pollakiurie isolée ou une gêne hypogastrique peut résumer le tableau. [17]

o-Syndrome urétral aigu (femme) : Il associe : Une dysurie, une pollakiurie, l'ECBU normal ou avec quelques germes causé par bactérie *chlamydia T*, ou mycose vaginale.

p- Urétrite aiguë : C'est un syndrome anatomo- clinique associant : brûlures mictionnelles, dysurie, un écoulement urétral ; sans atteinte vésicale.

Il est le plus souvent lié à *Chlamydia trachomatis* ou *Mycoplasme* (écoulement clair) ou à *Neisseria gonorrhoeae* (écoulement jaunâtre) Germes souvent associés. [21]

q-Epididymite aiguë : Elle est évoquée devant une augmentation de volume et douleur d'un ou des deux testicules, avec troubles mictionnels variables causés par *Chlamydia trachomatis*.

r-La prostatite : On distingue quatre formes de prostatite selon la **Classification de Drach** [43]

Cette classification est issue des travaux de Meares et Stamey [44] et de Drach [43], et a remplacé la classification clinique ancienne, trop imprécise, qui distinguait prostatites aiguës et chroniques. Elle est fondée sur des critères cliniques et cytbactériologiques à partir de l'ECBU et/ou de l'EPS (épreuve de Meares et Stamey). Quatre entités sont définies en fonction de ces critères.

-Prostatite aiguë. C'est une inflammation aiguë de la glande prostatique, d'origine infectieuse, bactérienne le plus souvent (germes identifiés dans les urines), ou non bactérienne (absence de bactériurie). Pour cette dernière, l'existence d'une leucocyturie sans germe associée à un syndrome infectieux évoque une étiologie infectieuse.

-Prostatite chronique bactérienne. C'est une infection chronique de la glande prostatique par des agents bactériens, volontiers récidivante, émaillée parfois d'épisodes aigus. Le diagnostic repose sur l'ECBU et/ou l'EPS.

-Prostatite chronique non bactérienne. C'est une inflammation de la glande prostatique (plus de 10 à 15 leucocytes par champ dans les sécrétions prostatiques) mais sans germe identifié à l'ECBU et à l'épreuve de Meares et Stamey.

-Prostatodynie. Il n'existe ni signe d'inflammation (absence de leucocytes), ni germe identifié.

4.5 LES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS : Plusieurs affections ressemblent aux IST et peuvent prêter à confusion.

a- En cas d'infection urinaire basse : Les diagnostics de cystite peuvent être portés à tort devant : une cystite interstitielle ; les cystalgies à urine claire ; la cystite radique.

b- En cas d'infection urinaire haute : On doit toujours penser à une infection urinaire devant la fièvre et les troubles urinaires de certaines pathologies telles que : la pyélonéphrite aigue, abcès péri-rénal.

c-Salpingite aigue : devant les douleurs pelviennes, leucorrhées, fièvre, frissons, nausées.

4.6 LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Les examens biologiques :

L'examen cyto bactériologique des urines (ECBU)

Sérologie Chlamydiae

Examen direct pour isolé le chlamydiae

Prélèvement vaginal

Sérologie Syphilitique

Sérologie HIV

Créatininémie

Glycémie

-Les examens radiologiques:

Ils doivent se faire après stérilisation des urines.

Ils sont fonction de la circonstance de survenue et comprennent :

L'échographie ;

L'urographie intraveineuse ;

La cystographie rétrograde ;

L'urétro cystographie rétrograde.

5. LE TRAITEMENT

5.1 Le Traitement préventif : Le proverbe populaire « mieux vaut prévenir que guérir » est particulièrement pertinent dans le cas des IST.

La prévention des IST doit demeurer une priorité et ne doit pas se focaliser uniquement sur les changements de comportements individuels. Les programmes doivent s'attaquer aux causes profondes de cette problématique, qui résulte de facteurs à la fois sociaux et économiques et qui fragilise les individus.

La réduction des obstacles à une éducation élémentaire, l'information en matière de santé sexuelle et reproductive, l'accès aux soins de santé primaires et l'exploitation des opportunités économiques sont au cœur des programmes de prévention des IST.

Les stratégies de réduction des IST/du VIH sont complémentaires dans la mesure où elles visent à éviter les comportements sexuels à risque et à limiter le nombre de partenaires. Les éléments suivants sont des composantes du paquet « santé publique »

L'abstinence est la seule protection fiable à 100 %.

Fidélité mutuelle : toujours avoir des rapports sexuels avec le/la même partenaire. Cette personne ne doit pas non plus avoir de relations sexuelles avec quelqu'un d'autre et ne doit pas avoir d'IST (important : il est généralement impossible de savoir si une personne souffre d'une IST simplement en l'observant. Les individus porteurs d'une IST, y compris le VIH, ont rarement l'air malade).

L'approche sanitaire en matière d'éducation à la santé met l'accent sur le dialogue, et non seulement sur le transfert d'informations, et cette participation ou implication de la communauté dans le processus décisionnel peut apporter d'excellents résultats dans la prévention des IST.

[22 ,41]

5.2 Traitement curatif

➤ Le But :

Le but du traitement est d'éradiquer l'infection et d'éviter les récurrences.

➤ Les moyens :

Le traitement des infections sexuellement transmissibles avec obstacle ou anomalie est médical et chirurgical.

a) Les moyens médicaux :

Le traitement d'IST sans obstacle se repose sur une antibiothérapie, antivirale, antiparasitaire, antifongique.

LES ANTIBIOTIQUES

Les aminopénicillines n'ont pas de contre indication et ont une résistance naturelle aux *pseudomonas mycoplasme* et *chlamydia*. L'association d'acide clavulamique permet une plus grande efficacité.

Les céphalosporines de 3ème génération sont actives sur les bacilles Gram négatifs et les entérobactéries et ont une diffusion urinaire faible.

Le *mycoplasme*, *chlamydia*, *pseudomonas* ont une résistance au céfixime (Oroken). Le *mycoplasme*, *chlamydia* ont une résistance à : cefotaxime (Claforan®), ceftriaxone et ceftazidime.

- **Les Carbapénèmes Thiénamycines** (Imipénème) sont actifs sur les bacilles Gram négatif.

- **Les aminosides** la Gentamicine (Gentalline®) est généralement utilisée en association avec les autres antibiotiques.

- **Les Tétracyclines** (Doxycycline) sont actifs sur : *mycoplasme*, *chlamydia*, *T*, *Tréponème*, gonocoque. Ils sont contre indiqués chez l'enfant et pendant la grossesse.

- **Les sulfamides + Triméthoprime** : sulfaméthoxazole – Triméthoprime.

Ils sont actifs sur les entérobactéries et *mycoplasme, chlamydia* y sont résistants.

Leurs contre-indications sont le nouveau-né, grossesse l'allaitement.

- **Les Quinolones de 1ère génération** : Acide nalidixique.

Chlamydia et *pseudomonas* y sont résistants .

- **Les fluoroquinolones** : (Pefloxacine, **Ciprofloxacine**, Ofloxacine, Norfloxacine). Leurs indications sont les entérobactéries mais ils sont aussi actifs sur *mycoplasme, chlamydia T ; Pseudomonas, Staphylocoques* qui est désormais utilisé chez la femme enceinte.

- **La Fosfomycine – Trométamol** : sont moins utilisés vu leur coût.

- La **Nitroxoline** : est utilisée chez la femme enceinte

- **La cystite bactérienne** :

* **Un traitement de 3 à 5 jours** : est suffisant en cas de cystite non compliquée de la femme. Les produits d'élimination rapide sont utilisés tels que : la sulfaméthoxazole – triméthoprime, la norfloxacin, la nitrofurantoïne, et l'amoxicilline.

En cas d'Échec thérapeutique on réalise un ECBU + antibiogramme puis traitement en fonction de l'antibiogramme.

- **Les prostatites** : L'antibiothérapie doit être rapidement instituée et suffisamment prolongée de 4 à 6 semaines dans la prostatite aiguë et 8 à 12 semaines dans la prostatite chronique, par voie orale.

Les antibiotiques utilisés doivent être d'emploi facile et bien toléré, actif in vitro sur le germe isolé, avoir des concentrations prostatiques largement supérieures à la CMB des germes (concentration minimale bactéricide).

Les antibiotiques qui possèdent ces critères sont :

- Le cotrimoxazole

- Les céphalosporines de 3ème génération et les urédopénicillines

- Les fluoroquinolones
- Les macrolides, leur spectre se limite aux *Chamydiaes*, aux *Mycoplasmes* sauf (*Mycoplasma hominis*) et aux *Streptocoques* (sauf de groupe D).
 - INDICATIONS : Chancre mou, candidoses, urétrite aigüe, herpes, syphilis.

b) **Les moyens chirurgicaux** :

Le traitement des rétrécissements avec obstacle comporte trois volets :

- Traitement médical avant l'acte chirurgical qui a pour but de stériliser les urines, les voies excrétrices, le parenchyme rénal avant la levée de l'obstacle selon le tableau clinique et le terrain.
- Le traitement chirurgical qui est radical.
- La Prophylaxie postopératoire en fonction de l'antibiogramme et selon les circonstances par antibiothérapie continue ou discontinue. [23,24]
- Abcès scrotal.
- Abcès prostatique.

➤ **LA RESISTANCE BACTERIENNE AUX ANTIBIOTIQUES**

Une souche bactérienne est dite résistante à un antibiotique lorsqu'elle ne peut être atteinte par cet antibiotique quelque soit la voie d'administration. Cette résistance préoccupe le clinicien car elle est source d'échec thérapeutique.

On distingue deux types de résistance aux antibiotiques

- La résistance naturelle
- La résistance acquise

a) **La résistance naturelle** :

Elle concerne toutes les souches de la même espèce et se manifeste dès le premier usage de l'antibiotique.

Exemple : Les bacilles à Gram négatif sont naturellement résistants à la pénicilline G.

Les mycoplasmes sont résistants aux bêta lactamines.

Cette résistance peut être due soit à l'élaboration d'enzyme par les bactéries qui détruit l'antibiotique ou à l'absence du site d'action de l'antibiotique sur la bactérie : cas d'absence d'une paroi chez les mycoplasmes.

b) La résistance acquise :

Elle est le fait d'une souche bactérienne qui était sensible, devient résistante à un antibiotique. Les bactéries peuvent acquérir cette résistance par deux mécanismes génétiques :

- La mutation chromosomique
- L'acquisition de plasmides.

. **La mutation chromosomique** :

C'est une variation spontanée rare et discontinue d'un caractère qui est d'emblée héréditaire. Elle existe avant l'utilisation de l'antibiotique et n'intervient que pour sélectionner le mutant résistant. Le taux de mutation étant estimé à 10^8 pour un antibiotique, si l'on fait une association de deux antibiotiques par exemple, la probabilité devient encore faible : 10^{16} . Donc en pratique, lorsqu'on associe deux antibiotiques on se met à l'abri d'une sélection de mutants résistants.

Cette résistance chromosomique n'intéresse le plus souvent qu'un seul antibiotique à la fois et se transmet surtout par conjugaison avec 10 à 20 % des cas de résistances observées en clinique.

La résistance plasmidique :

Elle est plus importante, 80 % à 90 % des causes de résistances observées en clinique. Des études ont permis la mise en évidence d'un plasmide de

résistance qui est porteur de genre gouvernant la synthèse d'enzymes qui détruisent les antibiotiques.

Il s'agit d'une poly résistance. La transmission de cette résistance se fait comme une maladie infectieuse par contact direct entre deux bactéries, de même espèce ou entre bactéries d'espèces différentes d'où le nom de résistance infectieuse ou résistance épidémique.

Cette résistance concerne toutes les bactéries sauf les mycobactéries et touche tous les antibiotiques sauf les quinolones, les nitrofuranes, les polypeptides, les Rifamycines.

En pratique au fur et à mesure de l'introduction des antibiotiques en thérapeutique, on a vu apparaître et se développer des souches résistantes.

Pratiquement dans tous les pays il s'agit de résistance plasmidique, il est nécessaire voire impérieux de recourir à une politique de prescription rigoureuse des antibiotiques. [25,26]

II. Méthodologie

2. METHODOLOGIE :

2.1. Cadre et lieu d'étude:

Capitale du Mali, Bamako est une ville cosmopolite. La ville est traversée par le fleuve Niger sur plusieurs kilomètres. Elle est divisée en six communes, dont quatre sur la rive gauche et deux sur la rive droite du fleuve.

L'hôpital GABRIEL TOURE a été créé en 1957 sous le nom de dispensaire central de Bamako. Il est situé en commune II dans le quartier du centre commercial de Bamako, en plein centre ville. Son accès est très facile, ce qui explique la grande affluence des patients. Actuellement l'hôpital GABRIEL TOURE renferme plusieurs services spécialisés: la Pédiatrie, la Cardiologie, la Gastro-entérologie, la Médecine Interne, l'ORL, la Traumatologie, la Chirurgie Générale, la chirurgie pédiatrique, l'Urologie, la Gynécologie Obstétrique, le Service d'Accueil des Urgences, le service d'Anesthésie et Réanimation, Le laboratoire d'Analyses Médicales, le service de Radiologie et d'Imagerie Médicale.

Précédemment rattaché au service de chirurgie générale avec quatre lits d'hospitalisation, le service d'urologie a été érigé en service à part entière en 1984.

A ce jour, ce service d'urologie dispose de 12 lits d'hospitalisation, 3 bureaux, 2 salles de gardes pour les internes et les infirmiers, un box de consultation, un bloc opératoire qu'il partage avec les autres spécialités chirurgicales.

Le personnel est composé de :

- ✓ Trois chirurgiens urologues : 1 professeur qui est le chef du service et 2 chirurgiens urologues ;
- ✓ Un assistant médical spécialisé en bloc opératoire qui est le surveillant de l'unité d'urologie.
- ✓ Un technicien supérieur de santé;
- ✓ Sept infirmiers du premier cycle ;
- ✓ Deux techniciens de surface ;
- ✓ Les étudiants thésards faisant fonction d'interne de la faculté de médecine, et d'odontostomatologie (FMOS).

Le service reçoit également les CES, les médecins stagiaires, les étudiants externes de la FMOS, les élèves de l'INFSS (Institut National de Formation en Science de la Santé), de la Croix Rouge et des autres écoles privées de formation en science de la santé.

2.2. Type d'étude:

IL s'agissait d'une étude descriptive et prospective réalisée dans le service d'urologie du **CHU Gabriel Touré**.

2.2 Matériels et Méthodes:

2.2.1 Matériels:

-Période d'étude:

Notre étude a duré 1 an : du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014.

-Echantillonnage:

Les patients, tout âge et tout sexe confondus, provenaient de Bamako, de l'intérieur du pays et parfois de pays voisins, adressés ou venus d'eux même en consultation externe au service d'urologie de l'hôpital Gabriel Toure.

-Critères d'inclusion : Etait inclus dans notre étude tout patient reçu en consultation d'urologie qui avait au moins un des signes d'IST dont le dossier était complet.

-Critères d'exclusion : Tout patient hospitalisé et tout patient n'ayant aucun signe d'IST.

2.2.2 Méthode:

Notre méthode comportait trois phases :

-La phase de conception et confection de la fiche d'enquête :

L'établissement de la fiche d'enquête a duré un mois ; elle a été conçue par l'étudiant lui-même, puis corrigée par le chef du service d'urologie. Elle comporte les variables suivantes :

- ✓ Données administratives telles que : âge, sexe, nationalité, ethnie ;
- ✓ Paramètre concernant les parents (antécédents médicaux et chirurgicaux du patient ou de la patiente) ;
- ✓ Paramètres cliniques et para cliniques (signes fonctionnels, signes physiques, examens complémentaires) ;
- ✓ Les données du traitement ;
- ✓ Les données de l'évolution.

-La phase de la collecte des données:

Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux, et des registres de consultation, du service d'urologie de l'hôpital Gabriel Touré. Chaque malade a un dossier médical dans lequel sont portées toutes les données administratives, cliniques et diagnostiques et les traitements reçus.

-La phase de saisie et d'analyse des données:

Elle a été effectuée sur le logiciel, Word et Excel 2007, SPSS.

2.3 Protocole du traitement :

Il s'agit du protocole basé sur l'approche syndromique édité par l'OMS et adopté par les normes et procédures du Mali

Définition de l'approche syndromique

Caractéristiques de l'approche syndromique (prise en charge syndromique des cas) :

- Classer les principaux agents responsables selon le syndrome clinique qu'ils engendrent ;
- Traiter le patient pour toutes les causes majeures du syndrome ;
- S'assurer que les partenaires/patients sont traités, conseillés, éduqués en matière d'adhésion au traitement et de réduction des risques.

-Les différents syndromes selon l'OMS :

Ecoulement urétral et ou dysurie

Ecoulement vaginal et ou douleur abdominale basse

Conjonctivite du nouveau-né
Tuméfaction scrotale
Ulcération génitale
Bubon inguinal.

2.4 ASPECTS ETHIQUES

-Une autorisation des autorités du CHU Gabriel TOURE avait été obtenue.

-Confidentialité et anonymat : l'enquête a été faite sous le consentement de tous les patients, tout en les rassurant qu'elle sera faite dans la confidentialité et que leur adresse complète ne sera pas prise en compte.

-Valeurs sociales :

Cette thèse en tant que telle peut avoir un impact sur la société, car ca permet à la population de savoir :

-Quelles sont les infections sexuellement transmissibles ?

-Que ces maladies peuvent être responsables de stérilité, qui est un véritable problème social, de ce fait leur permettra de se faire consulter par un médecin en cas de signe d'IST.

-Valeurs scientifiques cette étude permettra aux étudiants de :

-S'informer d'avantage sur les infections sexuellement transmissibles.

-De mieux connaitre les complications dues aux IST, afin de chercher des moyens pour prévenir ou réduire le risque de survenue.

2.5 Diagramme des activités

Période → Activités ↓	2013										2014				
	Avril	Mars	Mai	Juin	Juillet	Aout	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril - Mai	Juin-Juillet
Recherche bibliographique du protocole	—	—	—	—											
Collecte des données		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Analyse des données														—	
Rédaction de la thèse														—	
Correction															—

III- Résultats

A. Aspects Sociodémographiques.

1. Age :

Tableau I

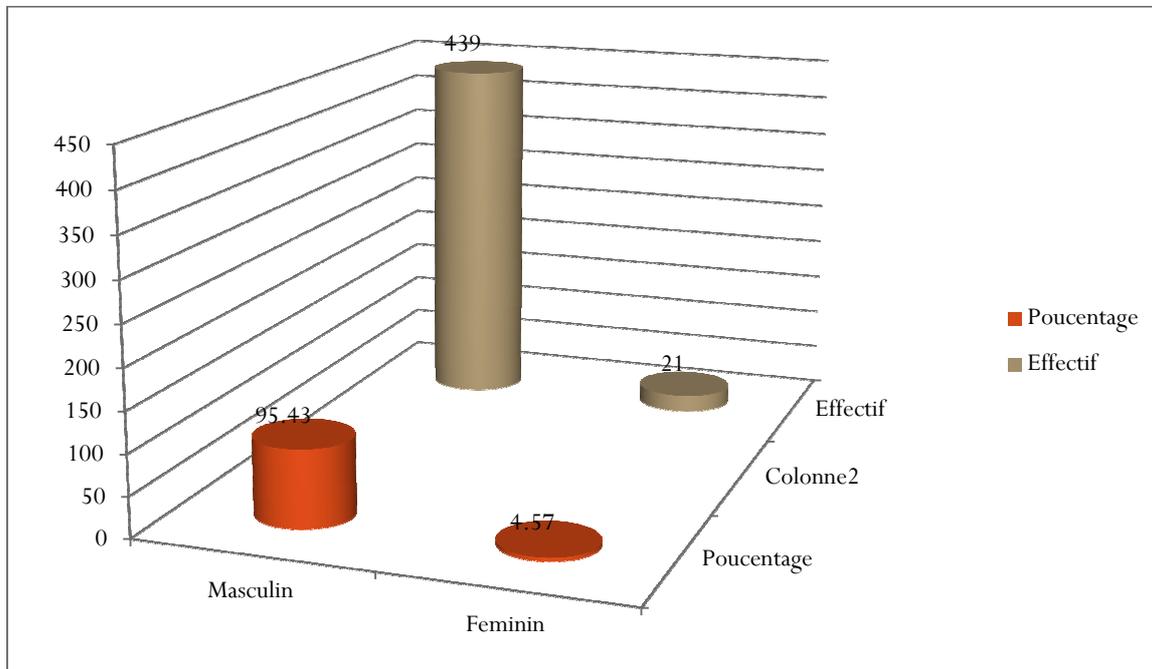
Répartition des malades en fonctions de l'âge.

Age	Effectif	Pourcentage
14 - 23 ans	101	21,95
23 - 32 ans	225	48,91
32 - 43ans	117	25,43
43 - 50 ans	17	3,69
Total	460	100

Les sujets de 23-32 ans étaient plus touchés avec 225 cas soit 48,91%

2. Sexe

Figure 14 la répartition des patients selon le sexe.



Une prédominance du sexe masculin était retrouvée (95.43% des cas)

3. Ethnie:

Tableau II

Répartition des malades en fonction de l'ethnie.

Ethnies	Effectif	Pourcentage
Bambara	194	42,17
Malinké	45	9,78
Dogon	25	5,44
Peulh	63	13,69
Sarakolé	79	17,18
Sonrhaï	26	5,65
Bozo	9	1,96
Bomou	11	2,39
Senoufo	8	1,74
Total	460	100

L'ethnie bambara était la plus représentée avec 42.17% suivie des Sarakolés avec 17.18% et des peulh avec 13.69%.

4. Profession :

Tableau III

Répartition des malades en fonction de la profession.

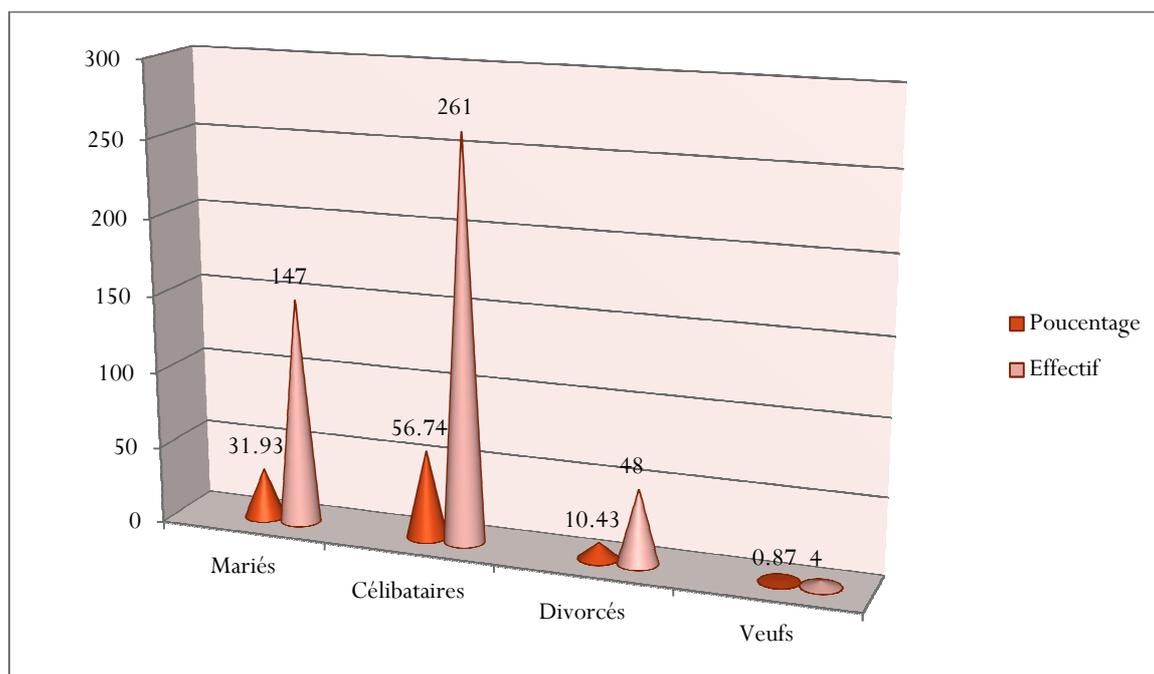
Profession	Effectif	Pourcentage
Elève et Etudiant	195	42,39
Fonctionnaire	83	18,04
Militaire	41	8,92
Commerçant	49	10,65
Chauffeur	54	11,74
Ménagère	8	1,74
Mécanicien	5	1,09
Frigoriste	1	0,22
Cultivateur	3	0,65
Gardien	4	0,87
Peintre	2	0,43
Menuisier	5	1,09
Maçon	6	1,3
Electricien	4	0,87
Total	460	100

Les élèves et étudiants étaient les plus représentés soit 42.39% suivis des fonctionnaires avec 18.04%.

5. Statut matrimonial

Figure 15

Répartition des patients suivant le statut Matrimonial.



56.74% des sujets étaient célibataires; les mariés représentaient 31.93%,

6. Provenance :

Tableau IV

Répartition des malades en fonction de la résidence.

Résidences	Effectif	Pourcentage
Commune I	78	16,96
Commune II	96	20,87
Commune III	73	15,87
Commune IV	56	12,17
Commune V	61	13,26
Commune VI	52	11,30
Kati	26	5,65
Autres localités	18	3,92
Total	460	100

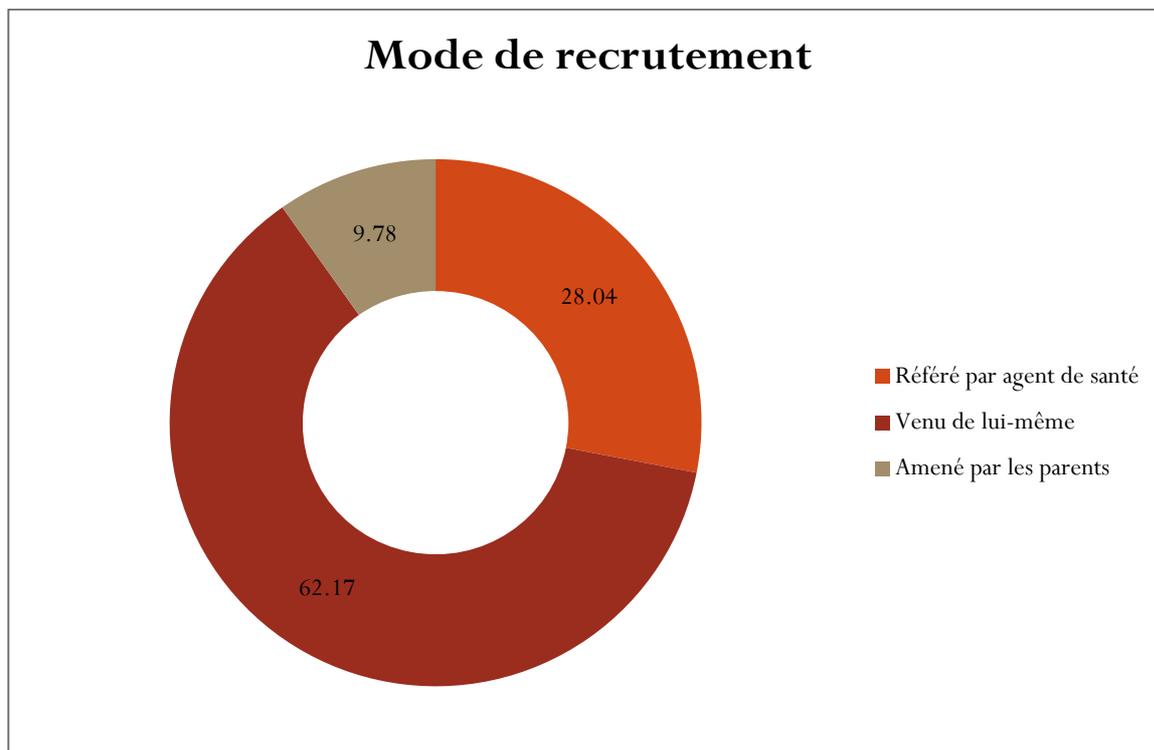
Autre localités: Kayes, Sikasso, Siguiri (Guinée), Koulikoro.

La majorité de nos patients proviennent de la commune II du district de Bamako 20,87%.

7. Mode de recrutement

Figure 16

Répartition des patients selon le mode recrutement.



62,17% de patients étaient venus d'eux-mêmes

B. ETUDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

1. Antécédents médicaux :

Tableau V

Répartition des malades en fonction des antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Bilharziose urinaire	74	16,09
Hypertension artérielle	3	0,66
Asthme	6	1,30
Diabète	1	0,22
Drépanocytose	4	0,86
Aucun	372	80,88
Total	460	100

La majorité de nos patients n'avaient pas d'antécédents médicaux 80,88%.

2. Antécédents chirurgicaux :

Tableau VI

Répartition des malades en fonction des antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	effectif	Pourcentage
Cure d'hernie inguinale	11	2,39
Cure d'hydrocèle	3	0,65
Urétroplastie	1	0,22
Appendicectomie	4	0,87
Aucun	441	95,87
Total	460	100

La majorité de nos patients n'avaient pas d'antécédents chirurgicaux 95,87%.

3. Motif de consultation :

Tableau VII

Répartition des malades en fonction des signes cliniques.

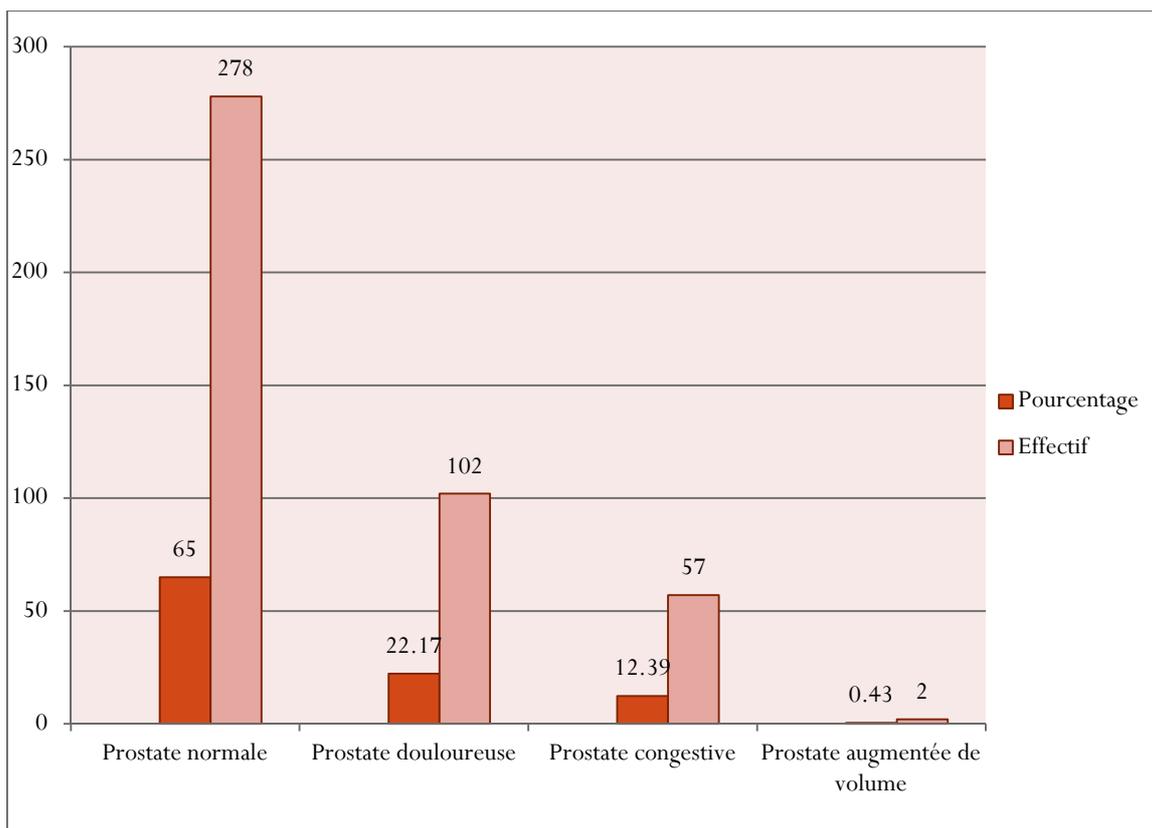
Signes Cliniques	Fréquence relative	Pourcentage
Brulure mictionnelle	279	54,13
Dysurie	23	11,52
Fièvre	47	10,22
Tuméfaction scrotale	6	1,30
Prostatorrhée	23	5
Leucorrhée Pathologique	20	4,35
Pollakiurie	112	24,35

Les tableaux cliniques étaient dominés par la brulure mictionnelle avec 54,13%.

4. Résultats du toucher rectal

Figure 17

Répartition des malades en fonction du toucher rectal (n=439).

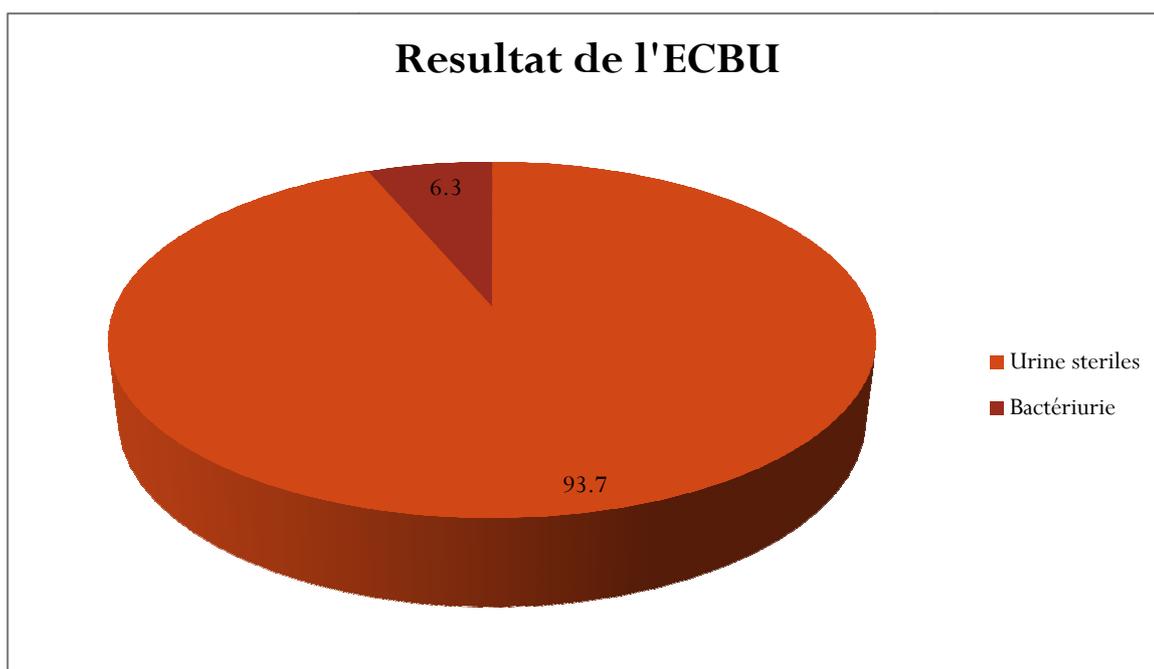


La majorité de nos patients avaient une prostate normale au toucher rectal avec 299 cas (soit 65 %), suivi de ceux qui avaient une prostate douloureuse avec 102 cas (soit 22.17%).

5. ECBU + Antibiogramme:

Figure 18

Répartition des malades selon le résultat d'ECBU.



93,70% de nos patients avaient un ECBU stérile.

6. Bilan sanguin:

Tableau VIII

Répartition des patients on fonction du résultat de la Créatininémie et de la glycémie.

Résultats	Effectif	Pourcentage
Glycémie normale	449	97,61
Glycémie perturbée	11	2,39
Créatininémie normale	452	98,26
Créatininémie perturbée	8	1,74

La majorité de nos patients avaient une glycémie et une créatininémie normales avec respectivement 97.61% et 98.26%.

7. Echographie réno-vesico-prostatique:

Tableau IX

Répartition des malades en fonction des résultats de l'échographie (n=273).

Echographie	effectif	Pourcentage
Normale	141	51,65
Epaissement la paroi vésicale	100	23,42
Hydronéphrose	1	0,22
calcification prostatique	3	0,65
Résidu post mictionnel	21	4,56
Kyste rénal	7	1,52

Echographie abdomino-pelvienne était normale 51.65% des cas, suivi de la mise en évidence de l'épaississement de la paroi vésicale dans 23,42%.

8. Formes clinique d'IST

Tableau X

Répartition des malades en fonction des formes cliniques

Formes cliniques	effectif	pourcentage
Prostatite	99	21,52
Urétrite	214	46,52
tuméfaction scrotale	6	1,30
cystite	141	30,65
Total	460	100

L'urétrite représentait la pathologie la plus fréquente avec **214** cas (soit **46.52%**), suivie de la cystite avec **141** cas (soit **30.65%**).

Tableau XI

Répartition des formes cliniques observées en fonction de la classe d'âge et du sexe.

Forme clinique	Prostatite	Cystite		Urétrite		Tuméfaction scrotale	Total Pourcentage	
		Homme	Femme	Homme	Femme			
14-23	11	24	1	63	-	2	101	21,95
22-32	63	55	14	85	4	4	225	49,1
32-43	22	39	2	53	1	-	117	25,4
43-50	3	6		8	-	-	17	3,6
Total	99	124	17	209	5	6	460	100

Les sujets de la tranche d'âge 22-32 ans étaient plus atteints avec 85 cas d'urétrite chez l'homme et 14 cas de cystite chez la femme.

10. Traitements

Tableau XII

Répartition des malades en fonction du traitement.

Traitement	Effectif	Pourcentage
Anti - Inflammatoire	449/460	97,61
Antalgique	25/460	5,43
Antibiotique	460/460	100%

Tous nos patients ont reçu un traitement antibiotique.

Tableau XIII

Répartition des malades en fonction l'antibiothérapie

Antibiotiques	Effectif	Pourcentage
Fluoroquinolone	41	8,91
Fluoroquinolone + Cycline	347	74.43
Macrolide	29	6,3
Nitro – imidazolé	54	11,74
Fosfomycine	9	1,96
céphalosporine de 3e génération	14	3,04

11. Surveillance

Tableau XIV

Répartition des malades en fonction du résultat des traitements

Résultat	Effectif	Pourcentage
Guérison	406	88,26
Rechute	49	10,65
Réinfection	5	1,09
Total	460	100

88.26% de nos patients ont eu une guérison totale dès les premiers traitements.

Tableau XV : Répartition des malades en fonction des formes cliniques

Evolution Formes Cliniques	Guérison	Rechute	Réinfection	Total	%
Prostatite	61	37	1	99	61.61
Urétrite	211	2	1	214	98.60
Tuméfaction Scrotale	6	-	-	6	100
Cystite	128	10	3	141	90.78
Total	406	46	5	460	100

Le plus fort taux de succès a été constaté dans le traitement de la tuméfaction scrotale avec 100% suivi de l'urétrite avec 98,60%, puis la cystite avec 90,78%, la prostatite avec 61,61%.

IV- Commentaires & Discussion

COMMENTAIRE ET DISCUSSION

A. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

Caractéristiques sociodémographiques :

1) FREQUENCE

Au terme de la période d'enquête de 12 mois (Avril 2013 à Mars 2014) dans le service d'urologie du CHU Gabriel Toure.

Au cours de cette étude 920 cas d'infections sexuellement transmissibles ont été diagnostiqués sur 7205 consultations soit une fréquence de 12,77% dont 460 répondaient à nos critères. On retrouve dans la littérature que l'infection sexuellement transmissible a toujours été une question d'actualité.

2) L'âge :

Dans l'échantillon, l'âge minimum se situe à 14 ans et maximum à 50 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était de 23 à 32 ans avec 48.91%.

Au Sénégal, THIAM D. a trouvé que le pic maximum se situe entre 16 à 30 ans [26]. Au Mali : Mme Keita A. et Soumaré D. ont trouvé que les tranches d'âge respectives de 15 à 28 ans et de 14 à 30 ans sont les plus représentées avec respectivement 50,5% et 49,4% [27-28].

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

Dessé Diarra a trouvé que la tranche d'âge de 18 à 30 ans est la plus fréquente avec 78,5% [30].

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans cette tranche d'âge l'activité sexuelle est la plus importante et l'usage du préservatif masculin est moins important sinon ignoré.

3 Sexe :

Notre étude a montré une large prédominance du sexe masculin avec 439 cas soit 95,43% sur le sexe féminin avec 21 cas soit 4,57%. Nos résultats concordent avec ceux de Sanogo D qui a enregistré 90,2% de sexe masculin contre 9,8% de sexe féminin, de Diawara S [10] qui a trouvé 91,38% de sexe masculin, contre 8,86% de sexe féminin.

Dans notre série cette prédominance masculine peut s'expliquer par la présence d'un service de gynécologie au CHU Gabriel TOURE du coup toutes IST à manifestation purement gynécologie sont envoyer en consultation gynécologie, seule les IST à manifestations urologique ou urogénitales chez le sexe féminin consultent au service d'urologie.

4) Ethnie :

Les Bambaras étaient la population humaine la plus représentée avec une fréquence de 42,17%, puis les Sarakolè avec 17,18%, ce qui est comparable avec l'étude de Dessé D. [30] qui a eu 40,0% de bambara.

Les bambaras sont l'ethnie majoritaire du Mali.

5) Profession :

Dans notre étude, toutes les couches socioprofessionnelles étaient représentées, parmi elles, les élèves et étudiants étaient les plus nombreux avec 42,39% la même constatation à été faite par Soumaré D avec 49,9% Diallo R avec 43,8 % Guindo A avec 41,4 % et Dessé D avec 47%[28-31-30].

Ceci pourrait s'expliquer par manque de moyen et/ou d'information sur les mesures de protections et de préventions des IST (donc il ne consulte pas dès l'apparition des premiers symptômes de l'infection.

6) Statut matrimonial :

Dans notre enquête la proportion des célibataires étaient la plus importante 56,74% contre 31,93% de marié. La même constatation a été faite par Soumaré D. avec 57,2% de célibataires contre 29,3% de marié [28] Guindo A. avec 58,53% de célibataires contre 32,98% de marié [31] Et Dessé D. en 2000 avec 84,5% de mariés contre 13,5% de célibataires [30].

Par contre pour THIAM D. [26], les marié représentent 78,8%, le pourcentage de célibataires est très faibles par rapport à celui des mariées, notion signalée par Daramola et Oyediran [37] en Afrique.

Il est important de noter qu'au Mali, la population générale se marie relativement tôt. Soumaré D. [28] en 1998 a trouvé un âge moyen de 17 ans au premier mariage. Par ailleurs, pour l'auteur : Chapaz G. en France l'âge du premier mariage se situe entre 20 et 24 ans. [33]

Les veufs sont faiblement représentés avec (0.87%). Nous sommes du même avis que Dessé D qui a trouvé en 2000 un pourcentage de 1% [30].

Cette faible représentation s'expliquerait par le risque minimum de contracter une IST du fait de leur statut matrimonial

7) Provenance:

La plus forte concentration dans notre série, est observée dans le district de Bamako avec 416 cas soit 90,42%. Nos résultats sont conformes à ceux de Diawara S [8] qui a enregistré 221 cas soit 91%, Sanogo D [29] qui a trouvé

229 cas à Bamako soit 90,3%. Ceci peut s'expliquer d'une part par la densité de la population et d'autre part par le fait que notre service est facilement accessible pour les patients.

B. Aspects Cliniques et thérapeutiques

L'antécédent médical de bilharziose urinaire fût retrouvée chez 74 patients soit 16,09 % contre 18% pour Dèssé D ; 17,3% pour F Ly ; 20 % pour Diawara S. Ces fréquences élevées témoignent le caractère endémique de la bilharziose urinaire au Mali. [30-36]

Pour les antécédents chirurgicaux, la cure de hernie et appendicectomie sont les plus fréquents 2,39 % et 0,87 %

L'uroculture a été réalisé chez la majorité des patients de notre série d'étude, 431 cas soit 93,70% avaient une culture stérile. Seulement 29 patients avaient une culture positive dont *Enterobacter cloacae* qui est le plus incriminé suivi de *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* on été retrouvé dans 29 cas soit 6,30%.

La culture stérile chez la majorité de nos patients peut s'expliquer par une auto-médicamentation et/ou des traitements antibiotiques incorrects qui modifient le plus souvent le résultat de l'ECBU avec antibiogramme.

D'autres germes tels que le *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis* et *Chlamydia .T* (non signalé dans les tableaux) ont été détectés expliquant une contamination par le vagin.

Ces résultats confirment l'association d'une infection urinaire et infection sexuellement transmissible et que les signes d'appel urinaire ne sont pas dus uniquement aux bactéries, il faut pousser les investigations même en dehors d'un E.C.B.U négatif. [35]

L'O.M.S estime à 92 millions le nombre annuel d'infection à *Chlamydia trachomatis* dans le monde dont 4 millions de nouveaux cas en Amérique du Nord et 5 millions en Europe de l'Ouest [2]. Au cours des urétrites subaiguës ; *T. vaginalis* est impliquée dans 4% des cas contre 25 % pour *Chlamydia trachomatis*.

4- 4 Résultats analytiques

Urétrite

Nous avons observé 214 cas d'urétrite 46,52 % dont 209 hommes et 5 femmes.

Symptomatologie :

Les signes fonctionnels sont dominés par les brûlures mictionnelle, dysurie, d'écoulement urétral et de douleur hypogastrique.

Germes :

L'E.C.B.U est pauvre en germe ce qui est conforme aux données de la littérature et le plus souvent lié à *Chlamydia trachomatis* ou au *Mycoplasme* avec germes souvent associés [37].

Prostatite :

Nous avons observé 99 cas de prostatite soit 21,52 %. Ces résultats sont proches de ceux de F. Ly qui trouve 22,8 %. [36]

Symptomatologie :

Concernant les signes fonctionnels nos malades ont plus souffert de dysurie ; de pollakiurie des brûlures mictionnelles de douleur hypogastrique d'impériosité mictionnelle et de fièvre.

Alors pour F. Ly c'est l'association de dysurie et de pollakiurie qui est au premier plan.

Germes :

C'est *Enterobacter cloacae* qui est le plus incriminé suivi de *Staphylococcus aureus* mais dans celle de F. Ly[36] et comme dans beaucoup d'autres c'est *E. coli* qui est au premier plan.

Cystite :

Nous avons décelé 141 cas de cystite (30,60 %) dont 124 hommes et de 17 femmes ce qui n'est pas conforme aux données de la littérature dû au fait que nous avons recruté plus d'hommes que de femmes.

JARDIN et collaborateurs montre que la cystite des femmes est un problème de santé publique puisque ce diagnostic est porté environ 3 millions de fois par an en France.

F. Ly trouve une fréquence de 40 % dont 35 femmes et 10hommes [38,36].

Symptomatologie :

Les signes fonctionnels les plus retrouvés ont été les pollakiuries, brûlures mictionnelles, et de douleur hypogastrique (8,3 %).

Germes :

La majorité des germes isolés sont *E. coli* ce qui est conforme avec les données de la littérature. Pour JARDIN 60 % des germes isolés en cas de cystite sont des *E. Coli*.

La bactériurie asymptomatique n'est pas signalée dans notre étude due au fait que l'E.C.B.U était donné en fonction des signes d'appel d'infection sexuellement transmissible.

Tuméfaction scrotale :

Elle a été observée dans 6 cas soit 1,30 % tous des hommes ce qui est conforme avec la littérature.

Symptomatologie :

Tous ces malades souffraient de douleur scrotale avec une augmentation du volume testiculaire et de brûlure mictionnelle et douleur hypogastrique.

Germes :

Les germes isolés sont des *E. coli* ce qui est conforme à la littérature [38].

4-5 traitements et surveillance

Le traitement et la surveillance de nos 460 cas infections sexuellement transmissible nous a permis d'observer 406 cas de guérisons soit 82,26 % Ce résultat est supérieur à celui de F.Ly [36] qui trouve 51 % et proche de celui de FOURCADE (31). Selon ce dernier la guérison initiale est obtenue de façon aisée dans 85 % des cas environ 74,43% de nos malades guéris ont été traités à l'association fluoroquinolone et cycline et 25,57% ont été traités par d'autres antibiotiques. Ces résultats nous permettent de confirmer le faible taux de résistance a l'association fluoroquinolone cycline signalé par d'autres auteurs et d'affirmer une guérison certaine en absence d'anomalie ou d'obstacle, chaque fois que le traitement est donné en fonction de l'antibiogramme [18, 39].

Dans notre étude nous avons observé 5 cas de réinfection pendant le traitement.

La majorité des cas de réinfections sont dues au sexe et à l'activité Sexuelle, ce qui est déjà confirmé par JARDIN et collaborateurs que le nombre d'IST récidivantes est rythmé par la vie sexuelle en désignant le coït comme responsable [40].

Nous avons décelé 49 cas de rechutes dont 10,65% qui sont dues surtout au traitement insuffisant ce résultat est conforme à celui de la littérature.

V- Conclusion & Recommandations

Conclusion

L'OMS propose la prise en charge des IST selon l'approche syndromique dans les pays où le diagnostic de laboratoire ne peut pas être réalisé à cause des résultats douteux ou en raison des ressources humaines et de la qualité du matériel. Notre étude prospective et descriptive menée au CHU Gabriel Touré d'avril 2013 à mars 2014 avait pour but de faire ressortir l'utilisation et l'efficacité de l'approche syndromique des IST au Mali. L'échantillon a porté sur les dossiers de 460 patients traités pour IST ; le sexe ratio était de 20,52 en faveur du sexe masculin. La majorité des patients étaient élève ou étudiant et célibataire ; la tranche d'âge 23-32 ans était plus atteinte. Tous les cas avaient été diagnostiqués cliniquement les examens complémentaires étaient demandés pour avoir une confirmation du diagnostic, sur le plan de la prise en charge syndromique, l'antibiothérapies probabilistes ont été correctement appliqués à chaque type 'IST' et réadaptés à l'antibiogramme avec une réponse thérapeutique efficace dans : 61,61% pour les prostatites , 98,60% pour l'urétrites , 100% tuméfaction scrotale ,90,78% pour la cystite. De façon générale, une guérison de 88,28% de l'effectif total a été constatée. Les résultats de notre étude, non représentatifs de la population générale du Mali, pourraient être répétés en menant d'autres études couvrant la plus grande majorité de la population.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux personnels de santé

- Donner de larges informations sur cette affection afin :
D'inciter les malades à se faire consulter le plus tôt possible et d'éviter l'automédication source de résistance.

- Faire un interrogatoire et un examen physique minutieux des patients présentant au moins un signe d'IST.
- Insister sur le respect de la durée du traitement afin d'éviter les rechutes et les réinfections précoces.

- Au Laboratoire :

Insister sur l'importance de la technique, de l'examen cyto bactériologique des urines, tant en ce qui concerne la qualité des conditions de prélèvement que celle de l'examen et de l'interprétation des résultats.

AUX POPULATIONS :

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

Aux autorités

Entreprendre au Mali des études sur la prévalence des infections Sexuellement transmissible, organiser les causeries débats portant sur cette affection, les causes et leur gravité et les mesures préventions.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. **OMS**, guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, 2003
2. **OMS**. Bureau régional de la méditerranée orientale. Août 2008. EM/RC55/6.
3. **Hayes RJ, Schulz KF, Plummer.FA**. The cofacter effet of genital ulcers in the perexposure risk of HIV transmission in sub-Saharan African. Jornal of tropical Medicine and hygiene, 1995,98.
4. **Report of an intercountry** meeting on the implementation of who global strategies of reproductive health and prevention and control of sexually transmitted infections in the Eastern Mediterranean Regional office for the Eastern Mediterranean, 2008.
5. **OMS**. Global prevalence and incidence of curable sexually transmitted infections. Genève, organisation mondiale de la santé, 2001
6. **Mayaud P, Mabey D**. Approches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems and modern chalanges. Sexually transmitted infections,2004,80:174-182
7. Infection sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur – Guide de pratiques essentielles. Genève, organisation mondiale de la santé, 2005.
8. **DIAWARA S** Prise en charge des IST selon l'approche syndromique au CSCOM de banconi. Thèse de médecine.
9. **Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS Genève 2013**. Prise en charge des patients atteints de maladie sexuellement transmissibles.
10. **KATTRA N**.
Etude de la prévalence des MST/VIH à des facteurs de risque de l'infection par le VIH dans les régions de Koulikoro, Sikasso, Mopti en république du Mali. Thèse pharm. 1999
11. **CDC. 2002**. Etude dévaluation de l'approche syndrômique de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) au Mali.

12. Goeman i, meheus a, piot p.

L'épidémiologie des MST dans les pays en développement à l'ère du SIDA.

Ann. Doc. Belg. Med. Trop.1991,71 : 81-113

13. GROSSKURTH H, MOSHAF, TOLD J, et ALL.

Impact of improved treatment of sexually transmitted

14. Maladies sexuellement transmissibles : politiques et principes de prévention et de soins. 1998, P4

15. Etude intégrée sur la prévalence des IST et les comportements sexuel (ISBS) dans des « lieux à haut risque » du Mali.

16. LASSENY DIARRA :

Profils épidémio-cliniques des IST et évaluation de la prise en charge syndrômique au centre de santé de référence de la commune V **Thèse Méd.** 2001 N°50

17. OMS PNL SIDA RCI

The current global of the HIV-AIDS pandemic, juillet1995

18. Lutte contre les MST : mesure de santé publique OUNSIDA actualisation. Mai 1998 ; P7

19. WHO, UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic. June 1998

20. Enquête démographique de la santé au Mali. EDSM III 2001, EDSM IV 2006

21. Etude du programme National de lutte contre le SIDA. PNL S/CDC Atlanta 2000 : prévalence des IST au Mali version 2006 P :5

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

23. Xème conférence internationale sur le SIDA et les MST (CISMA)

Livre des résumés du 07-11 dec 1997 Abidjan Côte d'Ivoire P475

24. SOW M., ZOUNG-KANYI J. Orchi-épididymite en milieu camerounais à propos de 214 cas observés en 3 ans au service d'urologie de l'hôpital central de Yaoundé (Cameroun). *Méd Afr Noire* ; **36** :704 – 10.

25. Traoré S. Contribution à l'étude des maladies sexuellement transmissibles dans le district de Bamako. **Thèse pharm.** Bamako, 1985. N°8

26. THIAM D. Les maladies sexuellement transmissibles au Sénégal. Problème de santé publique. **Thèse Med.** ; 1975, Dakar ; N°9

27. Mme Keïta A.

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

28. SOUMARE D. Les infections génitales basses en consultation au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du point G (157 observations).

Thèse Med. ; Bamako, 1988 ; N°10

29. Sanogo. D

Etude de l'infection urinaire en consultation au service d'urologie au CHU du Point G.

Thèse Méd. 2009 N°13

30. DESSE DIARRA : Infections génitales basses à la consultation externe à l'hôpital Gabriel TOURE à propos de 200 observations.

Thèse Méd. 2000 N°57

31. FOURCADE J. Infections des voies urinaires. *Encycl Méd Chir, Reins et Organes génito urinaires*, 1976 ; **32** : 1234-7.

32. MEYRIER A. Infections de l'appareil urinaire de l'adulte. *Méd*

Mal Infect 1991 ; **21** : 45-167.

33. BOURGEAT E, MOUQUET B, CATHEBRAS P.

Maladies sexuellement transmissible et stérilité en Afrique Noire.

Med. Trop juillet sept 1987, vol 47,N°3, 243-246

34. CATALAN F, Khoury B., Quinzman E., Doule D, Mimic V3 et coll.

La technologie moderne au service des maladies sexuellement transmissibles (MST), les infections à chlamydiae trachomatis. Spectra supplément, sept 1983, n°83 volume 11, 31-36.

35. DIALLO R.

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

Thèse Pharm. ; 1993 ; 1 : 74p.

36. F. Ly et collaborateurs:

Étude prospective des Infections sexuellement transmissibles aux centres de santé de référence pour les IST à Dakar IHS (Institue d'hygiène sociale). Médecine tropicale 2006 ; 66 : 64-68

37. DARAMOLAI. Et OYED DIRAN M.A.

Veneral diseases in Lagos.J.Med. Scie,1971 ; 7 : 288-2

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

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

39. Prise en charge des patients atteints de maladies sexuellement transmissibles Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS, Genève, 1991 ; P112

40. Rapport séminaire

Atelier sur l'identification des germes responsables des MST et leur sensibilité selon les données de l'INRSP et du laboratoire du point G, du 5 au 6 septembre 1996.

41. Eric Pichard : Maladies infectieuses, polycopie 4ème Année de Médecine 1999.P237

42. GUIBERT J, ACAR JF

Ofloxacin évaluation clinique dans les infections urinaires et prostatiques. Pathol Biol 1986 ; **34** : 494 -7.

43. Drach GW, Meares EM, Fair WR, Stamey TA. Classification of benign diseases associated with prostatic pain: prostatitis or prostaticodynia? J Urol 1978 ; 120 : 266

44. Meares EM, Stamey TA. Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis. Invest Urol 1968 ; 5 : 492-519

VI. Annexes

FICHE D'ENQUETE

« EVALUATION DE L'EFFICACITE DU TRAITEMENT DES IST SELON L'APPROCHE SYNDROMIQUE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE »

A. Donnée Générale

Numéro d'enregistrement :

Date :

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe

1-Masculin

2- Féminin

Principal activité

1-Cadre sup

2-Cadre moyen

3-Commerçant

4-Cultivateur

5-Manœuvre

6-Ménagère

7-Elève/Étudiant

8-Autres

Si autre à préciser.....

Ethnies

1-Bambara

2-Malinké

3-Peulh

4-Sonrhäï

5-Sarakolé

6-Sénoufo

7-Bobo

8-Minianka

10-Touareg

11-Dogon

12-Autre

99-Indéterminé

Si autre à préciser.....

Situation matrimoniale

1-Marié (e)

2-Célibataire

3- Divorcé(e)

4-Veuf (e)

Si autre à préciser.....

Adresse habituelle

Contacte à Bamako.....

Provenance

- | | |
|----------------|--------------|
| 1-Kayes | 2- Koulikoro |
| 3-Sikasso | 4-Ségou |
| 5-Mopti | 6-Tombouctou |
| 7-Gao | 8-Kidal |
| 10-Bamako | 11-Autre |
| 99-Indéterminé | |

Nationalité.....

- | | |
|------------|---------|
| 1-Malienne | 2-Autre |
|------------|---------|

Adressé par

- | | |
|--------------------|-----------|
| 1-Venu de lui-même | 2-Médecin |
| 3-Infirmier | 4-Autre |
| 9-Indéterminé | |

B. Examen physique

Inspection

Les organes génitaux externes :

- | | |
|---------------|------------|
| 1-Normaux | 2-Anormaux |
| 3-Autres..... | |

Palpation

- | | |
|--------------------|-------------------------------|
| 1-Gros rein | 2- Nodule épидидymaire |
| 3-Contact lombaire | 4-épaississement épидидymaire |

Autres à préciser

Toucher pelvien

Résultat :.....

C. Examens para cliniques

Biochimique

Glycémie Créatininémie
Autres à préciser

Biologiques

NFS.....
ECBU + antibiogramme :.....
ECB du liquide prostatique :.....

Imagerie

Echographie abdominopelvienne :
UIV :.....
UCR.....
Cystoscopie.....
Autres.....

D. Les références diagnostiques

- Les types d'IST diagnostiqués cliniquement
- Ecoulement vaginal et/ou douleur abdominale basse
- Ecoulement urétral et/ou dysuries
- Bubon inguinal
- Tuméfaction Scrotale
- Ulcération génitale

E. Traitement déjà effectué

1-Traditionnel 2-Médical
3-Autres.....

F. Traitements

Antibiotiques :

Nom :
La posologie :
La durée :

Antiseptique :

Nom :
La posologie :
La durée :

Anti-inflammatoires :

Nom :
La posologie :
La durée :

Autres traitements :

Nom :
La posologie :
La durée :

G. Nombre de consultations

Nouveaux patients

Anciens Patients

H. Résultat du traitement :

Patients satisfaits ou guéris Patient non satisfaits ou aggravés

*NB : Nouveaux patients = Malade ayant fait une seul consultation
Anciens patients = Malade ayant été consulté au moins deux fois.*

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : KEITA

PRENOM : Fassiré dit Souleymane

Email : souleymanefk@yahoo.fr

Titre : EVALUATION DE L'EFFICACITE DU TRAITEMENT DES IST SELON L'APPROCHE SYNDROMIQUE DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE

Année universitaire : 2013-2014

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)

Secteur d'intérêt : Urologie.

RESUME

Cette étude sur l'approche syndromique au service d'urologie du CHU Gabriel TOURE à été effectuée d'Avril 2013 à Mars 2014. Le but de l'étude était de permettre une meilleure connaissance de la fréquence des IST d'une part et d'autre part évaluer l'application de la stratégie de prise en charge syndromique.

Nous avons effectué une étude prospective et descriptive chez les patients consultés pour IST au service d'urologie. Nous avons obtenu les résultats suivants : 460 cas d'IST (Dysurie, Cystite, Tuméfaction scrotale, Prostatite).

Les cas VIH n'ont pas été inclus. Le sexe ratio était de 20,52 en faveur du sexe masculin.

La tranche d'âge 23-32 ans était la plus touchée, les patients célibataires

étaient les plus représentés. La majorité était bambara.

Tous les cas avaient été diagnostiqués cliniquement les examens complémentaires étaient demandés pour avoir une confirmation du diagnostic, sur le plan de la prise en charge syndromique, l'antibiothérapie probabiliste a été appliquée à chaque type IST l'antibiotique, et a été réadaptée à l'antibiogramme avec une réponse thérapeutique efficace dans : 61,61% pour les prostatites , 98,60% pour l'urétrites , 100% tuméfaction scrotale ,90, 78% pour la cystite.

De façon générale, une guérison de 88,28% de l'effectif total été constatée.

Motsclés: IST, approche syndromique, urologie, CHU Gabriel TOURE.

PERSONAL DETAILS CARD

Surname: KEITA

First name: Fassiré said Souleymane

Email : souleymanefk@yahoo.fr

Title: Title: EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT BY IST SYNDROMIC APPROACH IN THE DEPARTMENT OF UROLOGY CHU Gabriel Touré.

Academic Year: 2013-2014

Town of defense: Bamako

Country of origin: MALI

Sector of interest: Urology

Place of deposit: FMOS Library

Summary:

This study on the syndromic approach to urology CHU Gabriel Touré service was conducted in April 2013 to March 2014 The purpose of the study was to provide a better understanding of the incidence of STIs on the one hand and secondly evaluate the implementation of the strategy of syndromic management.

We performed a prospective descriptive study of patients consulted for STI Urology. We obtained the following results: 460 cases of STIs (dysuria, cystitis, scrotal swelling, prostatitis).

HIV cases have not been included. The sex ratio was 20.52 for males.

The age group 23-32 years was the most affected, patients singles were most represented. The majority were Bambara.

All cases were diagnosed clinically additional tests were required for confirmation of the diagnosis, in terms of the syndromic management,

probabilistic antibiotic therapy was applied to each type IST antibiotic, and was rehabilitated in susceptibility testing with an effective therapeutic response: 61.61% for prostatitis, urethritis 98.60% to 100% scrotal swelling, 90, 78% for cystitis.

In general, a healing of 88.28% of the total workforce was found.

Keywords: STI syndromic approach, Urology, CHU Gabriel Touré.

ABREVIATIONS :

B inguinal : Bubon Inguinal

CDAG : Centre de dépistage Anonyme et gratuit

CNAM : Centre National d'appuis à la lutte contre la maladie

CSCOM : Centre de santé communautaire

DEU : Dysurie et ou écoulement urétral.

EDS : Enquête démographique pour la santé

EV/DAB : Ecoulement Vaginal et ou douleur abdominal Base.

INRSP : Institut National de la Recherche en santé publique.

IST : Infection Sexuellement Transmissible.

MST : Maladie Sexuellement transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

RENAGO: Réseau de surveillance de biologiste ou de cliniciens pour les infections à Gonocoque.

RV : Rendez-vous

SIDA : Syndrome Immuno Déficience Acquis

T. Scrotal : Tuméfaction scrotale

TME : Transmission mère enfant

U. Génital : Ulcération Génitale.

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE

