

IUSTI

INTERNATIONAL UNION AGAINST
SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS
AFRICA



IUSTI -AFRIQUE

JOURNAL D'INFORMATION

DÉCEMBRE 2007

Numéro 2.

Dans ce numéro:

Message du Directeur Régional

Coup d'œil sur les pays africains

- La Zambie

Prise en charge syndromique - 25 ans après

Un membre de IUSTI-AFRIQUE gagne le prix du meilleur poster à la Réunion IUSTI - ISSTD Monde

Nouvelles de IUSTI-Monde

Défis pour l'Afrique

Surveillance des IST

15e Conférence Internationale sur le SIDA et les IST en Afrique (ICASA), Dakar, Senegal

11^{ème} Congrès IUSTI Monde, Afrique 2009 Cape Town, Afrique du Sud

Événements à venir

- Conférences

Livres

IUSTI Affiliation Suggestions, Commentaires et Réactions ...

Message du Directeur Régional



2007 a été une bonne année pour IUSTI et il y a eu des développements captivants dans toutes les branches régionales de l'organisation. IUSTI- Amérique latine, IUSTI- Amérique du nord et IUSTI- Asie Pacifique ont maintenant de nouveaux Directeurs régionaux actifs dans leur régions respectives ; il s'agit de Roy Chan (Singapour), Patricia Garcia (Pérou) et Charlotte Gaydos (USA).

La réunion de IUSTI-Monde a été tenue en partenariat avec la société internationale pour la recherche sur les MST (ISSTD) à Seattle à la fin du mois de Juillet. La conférence a été bien soutenue et la qualité des présentations scientifiques très élevées. Il m'a plu d'être à même de rencontrer aussi bien les membres existants de IUSTI-Afrique que d'autres délégués africains dont certains ont maintenant rejoint le groupe croissant des membres de la région africaine.

La réunion conjointe IUSTI-ISSTD était le lieu idéal pour annoncer la prochaine réunion de IUSTI-Monde qui se tiendra dans la région africaine en 2009. Plus de détails sur cette réunion se trouvent dans ce journal ainsi que sur le site web de IUSTI. J'aimerais voir autant que possible de délégués africains à cette réunion mondiale et j'espère voir beaucoup d'entre vous dans le beau Western Cape d'Afrique du sud en 2009.

Ce second journal a pour thème « la prise en charge syndromique » qui est la pierre angulaire des efforts pour le contrôle des IST en Afrique. Mes remerciements au Professeur Ahmed Latif (ex-Zimbabwe, WHO) pour sa revue de la prise en charge syndromique ; à Dr Pierre Yassa, responsable de IUSTI en Zambie, pour sa contribution au « coup d'œil sur les pays africains » de cette édition ; à Mr Sakhile Mhlongo pour son article informatif sur la surveillance des IST ; à Mme Aulette Goliath pour avoir mis tout ceci ensemble et à Dr Ricky Ilunga (Afrique du sud) et au Professeur Docteur Filomena Exposto (Portugal) pour leur assistance dans la traduction de ce journal en français et portugais.

Le succès continu du journal de IUSTI-Afrique repose cependant sur les contributions de vous nos membres. Si vous voulez écrire un rapport sur un pays concernant les problèmes liés aux IST dans votre pays, veuillez s'il vous plait envoyer votre contribution à Mme Aulette Goliath, notre secrétaire administrative. Nous avons fait de grands efforts cette année pour publier notre journal en anglais, français et portugais ; veuillez donc soutenir votre région en nous envoyant vos contributions dans n'importe laquelle de ces trois langues de publication.

Avec votre soutien et votre implication, j'espère que la région IUSTI-Afrique continuera de croître de mieux en mieux au cours de la prochaine année.

Enfin, il me reste de vous souhaiter ainsi qu'à vos familles une heureuse nouvelle année et beaucoup de succès pour 2008.

David Lewis

Coup d'œil sur les pays africains: La Zambie



Contribution de: Dr Pierre Yassa

Dr Pierre Yassa

Chef de département de dermatologie et laboratoire de référence national des IST
Changé des cours senior
Cliniques Universitaires,
Zambie

Email: yassapeter@yahoo.co.uk

Introduction

La Zambie est l'un des pays frappé par l'épidémie du VIH SIDA en Afrique Sub-saharienne comme le montre le rapport d'UNAIDS en 2006.

Les dernières recherches effectuées en Zambie vers les années 2005 par Nkandu Luo avaient trouvé la prévalence des maladies sexuellement transmissibles (MST) aux alentours de 10%.

Dans cet article, je veux vous présenter les nouvelles données statistiques des MST et les recherches en cours en Zambie.

PREVALENCE DES MST EN ZAMBIE

1. Les MST couramment isolées en Zambie

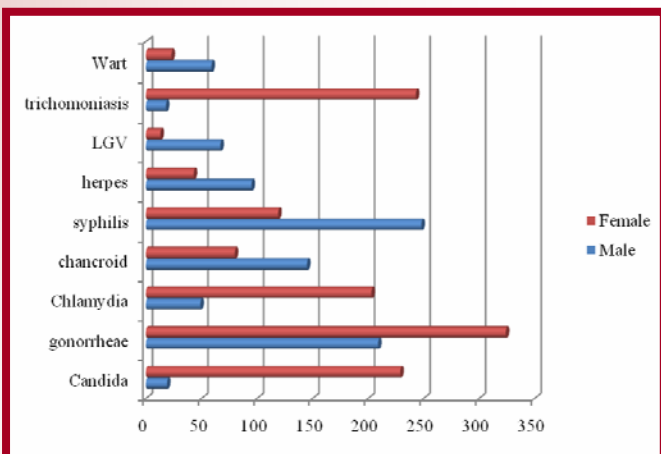


Figure 1: La fréquence des MST isolées lors des recherches étiologique des MST effectuées en Zambie entre 2004 et 2005 par le groupe chercheurs des Cliniques Universitaires de Lusaka (UTH)

La figure 1 ci-haut présente les MST isolées dans leurs études notamment la gonococcie, la syphilis, la trichomoniasis, l'infection à chlamydia infection, chancroid, et herpes génital.

2. MST syndromes

Depuis les années 1995, le Ministère de la santé zambien avait opté de traiter les MST selon l'approche syndromique suggérée par l'OMS. La figure 2 ci-dessous

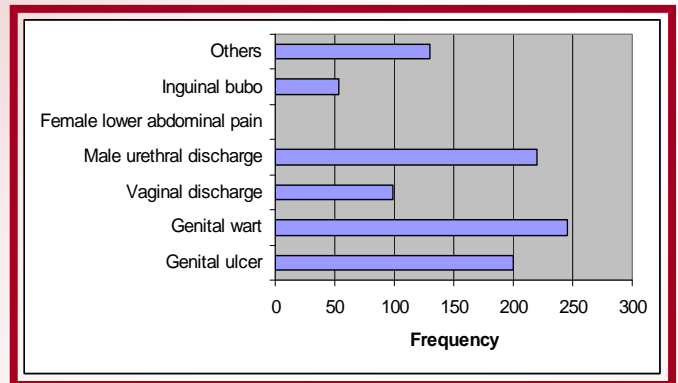


Figure 2: Fréquence de MST Syndromes rapportés à la UTH/STIs Clinique (2007).

nous présente la fréquence des MST selon les syndromes observés chez les malades qui fréquentent les clinique Universitaire de Lusaka. Écoulement vaginal, ulcère génital, écoulement urétral ainsi que douleurs de bas ventre sont les syndromes les plus communs observés en Zambie comme le montre la figure 2.

Domaine de recherche sur les MST en Zambie

1. Etudes présentées dans les conférences internationales

Les études de recherche suivantes effectuées en Zambie ont été présentées dans les conférences internationales:

4th IAS Conference on HIV, Sydney, Australia (2007)

Routine counselling for HIV testing among STI clinic attendees: pilot study at University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia [Abstract TUPECO18] Luhana C.F., Yassa P., Malibata C., Macuacua R., Kangwa L., Matembo T., Kimbinyi W., Mwila J.K., Chama G.C.

IUSTI - ISSTD joint meeting, Seattle, USA (2007)

Recent sensitivity patterns of *Neisseria gonorrhoeae* among men with dysuria and/or urethral discharge attending five urban clinics in Lusaka, Zambia [Poster - 443] Y.P. Yassa, C.Malibata, F.C. Luhana, F.C. Linda Kangwa.

2. Les recherches en cours.

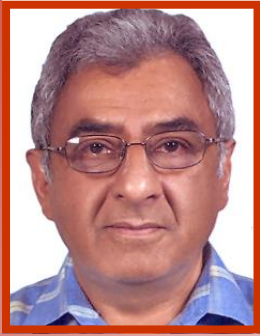
Le laboratoire National de Référence des MST de la Zambie en collaboration avec le Centre Medical International du Japon sont en train de conduire les recherches suivantes dans le domaine des MST:

- (1) Impact of the number of sexual partners on HIV infection in clients attending UTH Clinic 3/VCT Center in Lusaka.
- (2) An investigation of the psychosocial and contextual risk factors for HIV/AIDS among female STI clinic attendees at University Teaching Hospital, Lusaka.

Prise en charge syndromique: 25 ans après

25 ans de prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles.

Ahmed S. Latif MBChB MD FRCP FAFPHM



Consultant de l'Organisation Mondiale de la Santé
Professeur Associée, Université du Queensland, Ecole de Santé Publique
Professeur et Doyen honoraire de la Faculté de Médecine, Université du Zimbabwe

Introduction

L'approche syndromique de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (ISTs) a été développée afin de fournir des soins de haute qualité aux personnes avec ISTs à leur premier lieu de contact avec une institution de santé sans avoir à attendre les résultats de laboratoire. Initiée au début des années 1980 au Zimbabwe, cette approche de prise en charge des ISTs est devenue le standard des soins pour la prise en charge des personnes symptomatiques dans plusieurs parties du monde.^{1,2,3} L'approche a été soutenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme méthode effective pour le traitement rapide des personnes infectées afin de limiter le développement des complications et de réduire la possibilité de transmission aux autres.⁴ La thérapie antimicrobienne est guidée par l'épidémiologie locale et régionale ainsi que par la sensibilité aux agents antimicrobiens de l'organisme causant l'infection. Dans la prise en charge syndromique, les patients sont traités pour toutes les causes infectieuses communes de leurs signes et symptômes sans attendre les résultats des tests de laboratoire. Même quand les services de diagnostic de laboratoire sont disponibles, des retards dans les résultats seront rapportés et des patients peuvent ne pas revenir, risquant de ce fait de développer des complications et de transmettre l'infection encore plus.

L'approche conduit à un degré de sur-traitement mais les bénéfices du traitement immédiat contrebalancent ce désavantage. Des études ont montré les difficultés de poser un diagnostic clinique de l'infection par un agent pathogène spécifique sur base de la présentation clinique.^{5,6,7,8,9}

Poser un diagnostic syndromique

L'approche syndromique au diagnostic des ISTs est basée sur le fait qu'un nombre d'agents pathogènes sexuellement transmissibles donnent une image commune de signes et symptômes facilement reconnaissables ; de ce fait, elle est applicable seulement pour ceux qui se présentent avec signes et symptômes. La prise en charge syndromique des ISTs est basée sur l'identification du syndrome relatif aux ISTs, et la dispense de traitement qui agira la majorité des organismes responsables du syndrome. Le Tableau 1 montre les syndromes et leurs communes causes.

Tableau 1 : Syndromes relatifs aux IST et leurs causes

Syndrome d'IST	Communes causes du syndrome
Syndrome d'écoulement urétral	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i>
Syndrome d'ulcère genital	<i>Treponema pallidum</i> , <i>Haemophilus ducreyi</i> , <i>Herpes simplex virus</i> , <i>Klebsiella granulomatis</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> (types L1, 2 et 3)
Syndrome de douleur/sensibilité au bas ventre chez les femmes	Maladie inflammatoire pelvienne- causée par <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> et d'autres bactéries aérobiques et anaérobiques
Syndrome de douleur et tuméfaction scrotales aiguës	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> et d'autres bactéries et virus comme <i>Escherichia coli</i> et le virus des oreillons
Syndrome de lymphadénite inguinale suppurative	<i>H. ducreyi</i> , <i>C. trachomatis</i>
Syndrome d'écoulement vaginal	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Candida albicans</i> et levures non albicans, vaginose
Syndrome de conjonctivite purulente néonatale (ophtalmie néonatale)	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> et d'autres bactéries pyogènes

Prise en charge syndromique: 25 ans après

Un diagnostic syndromique est posé après avoir recueilli l'histoire du patient et réalisé l'examen physique, qui est essentiel pour poser le diagnostic syndromique. Le diagnostic dépendra donc des trouvailles cliniques ; par exemple un syndrome d'écoulement urétral chez un homme ou un syndrome d'écoulement vaginal chez une femme ne sont diagnostiqués que si un écoulement est objectivé lors de l'examen physique. De même, le syndrome de douleur/sensibilité au bas ventre est diagnostiqué chez une femme seulement quand l'examen physique révèle une douleur et une sensibilité du bas ventre. Les diagnostics de syndrome d'ulcère génital et de bubon inguinal reposent sur la visualisation de l'ulcère ou du douloureux, enflé et sensible ganglion lymphatique dans l'aîne. De la même façon, le diagnostic de douleur et tuméfaction scrotales aiguës est posé quand l'examen clinique révèle une douleur et une tuméfaction aiguës de testicule et celui d'ophtalmie néonatale est basé sur l'objectivation d'une conjonctivite avec écoulement chez le nouveau-né.

Dès que le diagnostic syndromique est posé, il est important d'exclure toute condition sérieuse qui nécessite l'attention immédiate d'un spécialiste. Pour cette raison, des protocoles de prise en charge clinique, souvent sous forme d'algorithmes, incluent les étapes importantes qui permettent au clinicien de reconnaître les complications possibles des ISTs et d'exclure toute condition requérant une référence immédiate au spécialiste.

Prendre en charge les syndromes d'IST

Les algorithmes de prise en charge clinique ont été développés pour la plupart des syndromes liés aux ISTs et s'ils sont suivis, ils donnent la direction pour une prise en charge adéquate des infections. Cependant, un syndrome commun, celui d'écoulement vaginal chez la femme, est vraiment complexe et requière d'être localement adapté en réponse à la prévalence locale des infections causant un écoulement vaginal. L'écoulement vaginal peut être physiologique ou pathologique. L'écoulement vaginal physiologique est un état normal et ne requière aucun traitement. Il apparaît à des périodes variées du cycle menstruel ; avant, pendant et après les relations sexuelles ainsi que durant la grossesse et l'allaitement. De ce fait, toutes les femmes devraient être minutieusement examinées quand elles présentent un écoulement vaginal. Un écoulement vaginal anormal ou pathologique peut être causé par une vaginite, une cervicite ou par une infection du tractus génital au dessus du col de l'utérus, e.g. la maladie inflammatoire pelvienne. Chez les femmes avec écoulement vaginal symptomatique, il est important d'essayer de distinguer si le patient a une vaginite ou une cervicite. Il pourrait ne pas être possible de faire cette différence à partir seul examen clinique. La vaginite est généralement causée par la trichomoniose et la candidose alors que la vaginose bactérienne cause un écoulement vaginal en l'absence d'inflammation marquée ; même si d'autres causes de vaginite, moins communes, devraient être gardées à l'esprit. La cervicite est habituellement causée par une infection gonococcique ou chlamydienne. Dans la prise en charge de l'écoulement vaginal, développer des protocoles syndromiques qui soient sensibles et spécifiques pour les ISTs dans un ensemble de cadres s'est avéré particulièrement difficile.¹⁰

L'OMS conseille que chez les femmes avec écoulement vaginal, une rapide évaluation comportementale et démographique soit conduite et elle a identifié certains facteurs prédictifs de cervicite. Ces facteurs de risque sont :

- Le patient affirme que son partenaire a une IST
- Le patient est âgé de moins de 20 ans
- Le patient est célibataire
- Le patient a eu des relations sexuelles avec un nouveau partenaire au cours des trois derniers mois
- Le patient a eu des relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours des trois derniers mois

L'OMS suggère qu'une femme avec écoulement vaginal est évaluée positive au risque de cervicite si elle affirme que son partenaire est symptomatique ou si elle a deux des autres facteurs de risque cités ci-haut.

Des algorithmes de prise en charge syndromique pour l'écoulement vaginal, quand c'est possible de réaliser un examen au spéculum et d'effectuer des tests de laboratoire simples, ont aussi été développés.³

Chez les hommes et les femmes présentant un écoulement, un traitement dualiste pour la gonorrhée et pour chlamydia est actuellement largement recommandé puisque une thérapie à dose unique, accessible et avec des effets secondaires minimaux, est disponible pour traiter adéquatement les deux infections ; et aussi puisque souvent les deux infections co-existent. Les protocoles de prise en charge syndromique vont varier selon les particularités locales de l'infection et la sensibilité aux antibiotiques des micro-organismes responsable des signes et symptômes.

1. Prise en charge de l'écoulement urétral chez les hommes

Les causes les plus communes de l'écoulement urétral chez les hommes comprennent *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. Dans la prise en charge syndromique des hommes avec écoulement urétral, le traitement devrait adéquatement couvrir les deux organismes. L'anamnèse devrait être faite et le patient examiné pour déterminer si l'écoulement urétral est présent et s'il y a une autre IST. Si l'on trouve un écoulement urétral, le patient devrait être traité pour la gonorrhée et pour chlamydia. Si l'on trouve une autre IST, le patient devrait être traité de façon appropriée.

Prise en charge syndromique: 25 ans après

2. Prise en charge de l'écoulement urétral persistant ou récurrent chez les hommes

L'écoulement urétral chez les hommes peut persister ou récidiver. Si une personne a été traitée adéquatement pour écoulement urétral et se présente avec une récurrence ou avec un écoulement persistant, les raisons peuvent être qu'elle s'est re-infectée, qu'elle n'a pas pris le traitement tel que prescrit, qu'elle a une infection résistante ou que la cause de l'infection n'ait pas été gonococcique ou chlamydienne. Les hommes avec symptômes persistants ou récurrents devraient être examinés pour s'assurer qu'ils ont un écoulement. Si un écoulement urétral est présent, le patient devrait être re-traité si c'est probable qu'une re-infection ou une mauvaise compliance au traitement a eu lieu ; ou bien traité pour trichomoniose si la re-infection est peu probable et la compliance au traitement a été adéquate.

3. Prise en charge de l'écoulement vaginal chez les femmes

Les femmes se présentant avec une histoire d'écoulement vaginal, devraient être sujettes à une anamnèse, avoir leur risque de cervicite évalué et être examinées. Si c'est possible, un examen au spéculum devrait être réalisé. Une plainte spontanée d'écoulement vaginal anormal, i.e. anormal en terme d'abondance, de couleur ou d'odeur, est le plus souvent due à une infection vaginale. Rarement, elle peut résulter d'une cervicite mucopurulente liée aux ISTs. *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans* et la vaginose bactérienne sont les causes les plus communes de l'infection vaginale alors que *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* causent l'infection cervicale. La détection clinique de l'infection cervicale est difficile à cause de la nature asymptomatique de l'infection cervicale gonococcique ou chlamydienne. Le symptôme d'écoulement vaginal anormal n'est pas un bon indicateur de l'infection cervicale.³ L'organisation Mondiale de la Santé recommande que toutes les femmes présentant un écoulement vaginal reçoivent un traitement contre la trichomoniose et la vaginose bactérienne. Cependant, les femmes avec écoulement vaginal, qui sont évaluées positives au risque de cervicite, devraient aussi être traitées contre l'infection gonococcique et chlamydienne.

4. Prise en charge des ulcères génitaux chez les hommes et les femmes

La prévalence des agents pathogènes responsables de l'ulcère génital varie considérablement selon les régions géographiques. La différenciation clinique des causes des ulcères génitaux est imprécise et de ce fait, la prise en charge des ulcères génitaux est basée sur la compréhension de l'épidémiologie et de l'étiologie locales des ulcères génitaux ; et les recommandations devraient être basées sur les particularités locales de la prévalence de la maladie. Dans les contrées où tant la syphilis que le chancre mou sont prévalents, il est conseillé de traiter tous les patients avec ulcères génitaux pour les deux maladies dès le départ. Dans les régions où le granulome inguinal est aussi prévalent, le traitement de cette affection devrait aussi être inclus. Dans plusieurs parties du monde, l'herpès génital est la cause la plus commune des ulcères génitaux et dans les régions où l'infection au VIH est prévalente, une proportion croissante des cas de la maladie génitale ulcéreuse est causée par herpes simplex virus.

Il est donc recommandé que dans la prise en charge syndromique de la maladie génitale ulcéreuse, les patients soient traités pour la syphilis ainsi que soit pour le chancre mou s'il est prévalent, soit pour le granulome inguinal s'il est prévalent, soit encore pour le lymphogranulome vénérien s'il est prévalent.

Il n'existe pas de cure connue pour l'herpès génital ; cependant, le cours de la maladie et des symptômes peut être modifié avec un traitement antiviral. Chez les patients avec symptômes et signes suggérant l'herpès génital, il est important d'établir si l'épisode est le premier épisode clinique. Chez jusqu'à un tiers des patients, le premier épisode clinique apparent est en fait une réactivation d'une infection préexistante. Les patients avec premier épisode clinique d'herpès génital devraient suivre une cure de traitement anti-herpès virus. La plupart des patients avec premier épisode d'infection génitale à herpes simplex virus (HSV), particulièrement HSV type 2, auront des épisodes récurrents de lésions génitales. La thérapie antivirale épisodique ou suppressive raccourcira la durée des lésions génitales. Ce traitement est à discuter avec les patients qui devraient être encouragés à commencer le traitement aussitôt que les symptômes de récurrence commencent.

5. Prise en charge de la maladie inflammatoire pelvienne (MIP)

Les femmes avec douleur et/ou sensibilité au bas ventre devraient être attentivement examinées pour exclure les affections chirurgicales ou gynécologiques requérant une référence immédiate pour des soins spécialisés. Si le patient nécessite d'être réanimé, les mesures de réanimation devraient être mises en œuvre avant le transfert et un abord veineux mis en place. Les femmes suivantes avec douleur et/ou sensibilité au bas ventre devraient être transférées pour avis de spécialiste :

- Diagnostic est incertain ;
- Impossibilité d'exclure les urgences chirurgicales telles l'appendicite et la grossesse ectopique ;
- Suspicion d'abcès pelvien ;
- Maladie sévère excluant une prise en charge en ambulatoire ;
- Patient enceinte ;
- Patient incapable de suivre ou de tolérer un traitement en ambulatoire ; ou
- Patient ne répondant pas à une thérapie en ambulatoire

Prise en charge syndromique: 25 ans après

Les femmes avec MIP aigue, qui ne se retrouvent dans aucune des catégories ci haut, devraient recevoir le traitement pour les infections gonococciques, chlamydienne et à bactéries anaérobies.

6. Prise en charge de la tuméfaction scrotale aigue

Une epididymo-orchite aigue devrait être suspectée chez tous les hommes présentant une tuméfaction scrotale aigue douloureuse. Cependant, d'autres causes, incluant des urgences chirurgicales comme la torsion testiculaire, l'hématocèle traumatique et une hernie inguinale irréductible ou étranglée ; devraient être exclues par une anamnèse et un examen minutieux. Les hommes avec epididymo-orchite aigue devraient recevoir un traitement pour la gonorrhée et l'infection chlamydienne.

7. Prise en charge de la lymphadénite inguinale suppurative (Bubon)

Les bubons inguinaux et fémoraux sont des gonflements des ganglions lymphatiques des régions inguinales et des triangles de scarpa. Ils sont causés par une inflammation des ganglions lymphatiques et peuvent conduire à la formation d'abcès uni- ou multiloculaires. Les bubons sont fréquemment associés avec le lymphogranulome vénérien ou avec le chancre mou. Cependant les bubons peuvent aussi exister dans le cadre d'infections non sexuellement transmissibles comme des lésions infectées des extrémités distales ou aussi certaines infections systémiques. Les patients avec bubon devraient être pris en charge pour chancre mou et lymphogranulome vénérien. Les patients avec bubons fluctuants requièrent une aspiration du pus à l'aiguille.

8. Prise en charge du syndrome de conjonctivite néonatale purulente

La conjonctivite néonatale purulente ou ophtalmie néonatale est définie comme une conjonctivite avec écoulement ayant lieu au cours du premier mois de vie. Les causes communes comprennent les infections bactériennes, gonococcique et chlamydienne. Tous les nouveau-nés avec conjonctivite purulente devraient être traité pour les infections gonococcique et chlamydienne.

Dispense de soins adéquats pour les IST

Quelle que soit la méthode utilisée pour le diagnostic d'IST, tous les patients avec ISTs et ceux suspectant avoir une IST devraient se voir offrir des soins adéquats pour IST. La simple dispense d'antibiotiques pour une IST n'est pas suffisante. La consultation pour IST fournit une opportunité idéale à la mise en œuvre d'interventions pour prévenir d'ultérieures acquisitions ou transmissions de l'infection. La rencontre patient-clinicien devrait être utilisée comme une opportunité pour donner l'information sur la nature de l'infection, son mode de transmission et ses possibles complications. En plus, au cours de cette rencontre, la perception du risque par le patient, ainsi que ses raisons de s'engager dans des pratiques hasardeuses, devraient être évaluées et par la suite le patient devrait être informé sur la réduction du risque. Le patient devrait être aussi informé sur l'usage correct des préservatifs ainsi que sur l'association entre les ISTs et l'infection au VIH.

Les patients devraient également comprendre l'importance d'avoir leurs partenaires traités et la procédure de notification de partenaire ainsi que de recherche et traitement des contacts devrait être mis en branle. Enfin le patient devrait être informé sur comment éviter une infection ultérieure par la modification du comportement sexuel, i.e. abstinence sexuelle, relation sexuelle seulement avec un partenaire mutuellement fidèle pour la vie, ou utiliser les préservatifs. Il est important de garder à l'esprit que les patients avec IST se sont aussi exposés au risque d'infection au VIH et devraient se voir offrir un counselling et un test volontaire et confidentiel pour le VIH. Il est important de se rappeler que si le test VIH est négatif, il devrait être répété après trois mois pour permettre l'écoulement de la fenêtre diagnostic de séroconversion. Ainsi, au cours du counselling après test pour les personnes avec test VIH initial négatif, la possibilité de la présence de l'infection devrait être expliquée et le patient encouragé à des activités sexuelles protégées jusqu'au prochain test VIH.

Remarques de conclusion

Vingt-cinq ans après ses débuts, la prise en charge syndromique des IST est largement pratiquée à travers le monde dans les pays développés et dans les pays en développement.

La méthode ne repose pas sur des tests de laboratoire et les patients avec ISTs peuvent être pris en charge adéquatement au premier point des soins. La méthode est acceptable pour les patients qui obtiennent le traitement immédiatement et sont libérés des symptômes le plus rapidement possible. L'approche comporte un degré de traitement abusif mais au regard de l'importance des infections, ceci est considéré comme acceptable. Le succès de la mise en œuvre de l'approche dépend de la connaissance à priori de l'étiologie des syndromes d'IST et de la sensibilité antimicrobienne des agents causaux. Il existe un besoin dans formation des agents de santé à l'usage de cette approche et la plupart des cursus médicaux et infirmiers du deuxième et troisième cycle à travers le monde incluent cette approche dans leurs programmes. L'approche syndromique requiert que le patient soit interviewé et attentivement examiné. L'approche n'est pas sans problèmes et le plus grand est celui de traiter une personne pour IST alors qu'elle n'en a pas ; cela ensemble avec le problème associé de traiter les contacts. Dans la prise en charge du syndrome d'écoulement vaginal chez les femmes, ceci pose un réel problème particulièrement quand les caractéristiques démographiques sont

Prise en charge syndromique: 25 ans après

utilisées comme facteurs de risque. Des études ont montré qu'à travers l'usage de l'approche syndromique dans la prise en charge des ISTs, le taux d'incidence de la syphilis et de l'infection au VIH peuvent être considérablement réduits.¹¹

Références

1. Latif AS. Sexually transmitted diseases in Africa. *Genitourin Med* 1990;66(4):235-237.
2. Lush L, Walt G, Ogden J. Transferring policies for treating sexually transmitted infections: what's wrong with global guidelines? *Health Policy and Planning*. 2003;18:18-30.
3. Walt G, Lush L, Ogden J. International organisations in transfer of infectious disease policy: iterative loops of adoption, adaptation and marketing. *Future Governance: Lessons from Comparative Public Policy*. Economic and Social Research Council. London School of Hygiene and Tropical Medicine. July 2003.
4. World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. WHO. Geneva, 2001.
5. Dangor Y, Ballard RC, da LE, Fehler G, Miller SD, Koornhof HJ. 'Accuracy of clinical diagnosis of genital ulcer disease.' *Sex Transm Dis* 1990;17:184-9.
6. Dallabetta GA, Gerbase AC, Holmes KK. 'Problems, solutions, and challenges in syndromic management of sexually transmitted diseases.' *Sex Transm Infect* 1998;74 Suppl 1:S1-11.
7. Djajakusumah T, Sudigdoadi S, Keersmaekers K, Meheus A. 'Evaluation of syndromic patient management algorithm for urethral discharge.' *Sex Transm Infect* 1998;74 Suppl 1:S29-S33.
8. Moherdau F, Vuylsteke B, Siqueira LF, dos Santos Junior MQ, Jardim ML, de Brito AM, et al. 'Validation of national algorithms for the diagnosis of sexually transmitted diseases in Brazil: results from a multicentre study.' *Sex Transm Infect* 1998;74 Suppl 1:S38-S43.
9. Bogaerts J, Vuylsteke B, Martinez TW, Mukantabana V, Akingeneye J, Laga M, et al. 'Simple algorithms for the management of genital ulcers: evaluation in a primary health care centre in Kigali, Rwanda.' *Bull World Health Organ* 1995;73:761-7.
10. Pettifor A, Walsh J, Wilkins V, Raghunathan P. 'How effective is syndromic management of STDs?: A review of current studies.' *Sex Transm Dis* 2000;27:371-85.
11. Grosskurth H, Gray R, Hayes R, Mabey D, Wawer M. Control of sexually transmitted diseases for HIV-1 prevention: understanding the implications of the Mwanza and Rakai trials. *Lancet* 2000; 355: 1981-87.

Un membre de IUSTI-AFRIQUE gagne le prix du meilleur poster à la Réunion ISSTD-R-IUSTI Monde de Seattle, Juillet 2007.



Félicitations à Mr. Frans Radebe du *Sexually Transmitted Infections Reference Centre* (Centre de référence des infections sexuellement transmissibles) du *National Institute for Communicable Diseases* (Institut national des maladies transmissibles) sud africain, qui a gagné un prix et une médaille IUSTI pour le meilleur poster à la récente réunion conjointe de l'*International Society for Sexually Transmitted Diseases Research* (ISSTD-R)- Société internationale pour la recherche sur les maladies sexuellement transmissibles- et de l'*International Union against Sexually Transmitted Infections* (IUSTI)- Union internationale contre les infections sexuellement transmissibles- à Seattle. La conférence a attiré près de 1300 délégués et plus de 600 résumés ont été acceptés pour une présentation en poster. Le poster de Frans était intitulé « Détection précoce d'anticorps spécifiques du VIH-1 dérivés de lymphocyte chez une population à haut risque ». Ce poster décrivait les résultats d'un nouveau test, fabriqué par PlasmAcute AS en Norvège, utilisé pour détecter les anticorps immatures chez des mineurs et ayant détecté concomitamment des cas de séroconversion, ou comme dans un cas, détecté les anticorps avant la détection de l'ARN du VIH-1 dans le plasma. **Bravo, Frans!**

Nouvelles de IUSTI - Monde

Les points clés tirés des nouvelles de l'édition de novembre 2007 de **STI Global Update** (Mise-à-jour mondiale sur les IST) comprennent :

IUSTI a eu deux réunions vraiment réussies en 2007.

- La réunion conjointe du **17^e congrès de ISSTD** et du **10^e congrès de IUSTI**, du **29 juillet au 1^{er} août**, s'est tenue à Seattle aux USA. Environ 1200 participants venant d'à travers le monde ont assisté à cet événement mondial en rapport avec les IST, organisé par Dr Hunter Handsfield et le comité local d'organisation en coopération avec IUSTI. Les participants se sont réunis pour discuter des aspects de la science liés aux IST, des sujets cliniques et épidémiologiques ainsi que des récents développements dans la recherche sur les IST. IUSTI a tenu un symposium spécial avec d'intéressantes contributions de la part de toutes les cinq branches régionales. D'excellents programmes scientifiques ainsi que un programme social actif ont été présentés tout au long de la réunion. Le comité exécutif (CE) a eu sa réunion annuelle à Seattle. Des discussions concernant la prochaine stratégie de IUSTI, les structures régionales, le changement dans la stratégie d'affiliation, le prochain congrès mondial ainsi que les membres du comité exécutif ont eues lieu.
- La branche européenne de IUSTI a tenu sa conférence annuelle, la **23^e conférence IUSTI-Europe** sur les IST et le VIH/SIDA, à Cavtat/Dubrovnik en Croatie. La conférence a été organisée par le Professeur Mihael Skerlev et la participation a été bonne, avec un impressionnant programme scientifique.

Le site web IUSTI

- Le site web IUSTI est maintenant conforme à la nouvelle identité visuelle de IUSTI.
- Le problème majeur à régler est l'établissement d'un système en ligne convenable de carte de crédit/débit basé sur le web avec un lien codé à un système commercial de paiement sécurisé pour les formulaires d'affiliation et pour les renouvellements.
- Les systèmes de paiement sécurisés seront en place, nous l'espérons, d'ici mi-2008.
- Il existe des plans de développement d'un nouveau code de confidentialité pour assurer que les standards de protection de toutes les données importantes sont atteints et poseront le fondement d'une aire sécurisé des services d'affiliation sur le site web de IUSTI.
- Les vues des membres africains sont très importantes, veuillez donc s'il vous plait envoyer vos suggestions à Prof. Michael Ward (webmaster) à webmaster@iusti.org

Défis pour l'Afrique

Résumé de l'adresse du Professeur David Lewis, Directeur Régional de IUSTI-Afrique au symposium sur les défis mondiaux de IUSTI (ISSTD 2007/10^e Congrès IUSTI-Monde)

L'Afrique est le continent le plus affecté par le VIH/SIDA avec environ 24,7 millions d'individus infectés par le VIH dans la région sub-saharienne (UNAIDS, 2006). De plus, en 1999, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait que l'Afrique sub-saharienne avait 69 millions de cas traitables d'infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes ou à protozoaire, i.e la syphilis, la gonorrhée, l'infection à chlamydia et la trichomoniose. Ceci équivalait à 63% des cas mondiaux de VIH et 20% des cas mondiaux d'IST traitables.

L'OMS a maintenant lancé sa « Stratégie Mondiale pour la Prévention et le Contrôle des IST: 2006-2015 ». Ce document comprend une section technique et une section de plaidoyer ; il procure une opportunité unique pour essayer d'améliorer la qualité des services pour les IST ainsi que des informations stratégiques sur le continent africain. Les buts stratégiques en vue soulignés dans ce document ne deviendront réalité que si le plaidoyer a du succès ; il faudrait impliquer les politiciens, mobiliser les fonds, utiliser les ressources existantes de façon effective et adresser le manque de capacité et la connaissance institutionnelle qui fait souvent défaut dans la région africaine. La formation du personnel est un pilier clé pour améliorer la qualité des services rendus pour les IST. Le programme de l'association stratégique OMS-FNUAP a créé certains manuels de formation très utiles qui sont évaluées en ce moment par des tests sur terrains dans huit pays africains.



Adresse du Prof. David Lewis lors de la journée mondiale du SIDA dans le bidonville d'Alexandra en Afrique du sud.

La région africaine manque d'initiatives effectives et ponctuelles de surveillance cliniques et microbiologiques. L'Afrique du sud a récemment établi un programme national de surveillance microbiologique des IST. Les premières données ont confirmé la propension rapide des gonocoques résistants à la ciprofloxacine dans plusieurs villes sud-africaines ; elles ont aussi souligné les taux élevés de co-infection au VIH chez les patients avec communes IST comme l'écoulement urétral chez les hommes et l'écoulement vaginal chez les femmes.

L'approche de prise en charge syndromique a contribué à la décroissance du chancre mou et de la syphilis chez les hommes avec ulcération génitale en Afrique du sud. Alors que ceci a été vu comme un succès, le remplacement du chancre mou qui est facilement traitable par le récurrent herpès génital dans le contexte d'un VIH épidémique a créé de nouveaux défis pour le contrôle de la maladie génitale ulcéreuse. Pour le moment, même dans les pays au revenu moyen comme l'Afrique du sud, il manque l'acyclovir dans l'algorithme de traitement de ce syndrome dans la prise en charge syndromique de l'ulcère génital chez les patients des cliniques pour IST. Une étude randomisée avec placebo et contrôle sur l'acyclovir, récente mais encore non publiée, a montré un bénéfice global de l'acyclovir par une amélioration de deux à trois jours du temps de guérison des ulcères chez tous les patients avec ulcères génitaux, ainsi qu'une diminution de la prévalence et de la quantité de VIH sortants par les plaies.

La diminution de la syphilis maternelle, telle que suggérée par le test RPR anténatal, est observée comme un succès dans beaucoup de pays africains. Encore une fois, ceci est vraisemblablement dû en majorité au dépistage effectif et à l'usage de l'approche de prise en charge syndromique. Mais d'autres facteurs semblent aussi avoir joué un rôle comme un meilleur accès aux soins dans certaines communautés et un changement comportemental et un meilleur usage du préservatif en réponse à l'épidémie de VIH. Cependant, le personnel de santé et les décideurs de stratégies ne doivent s'en satisfaire pour autant puisqu'il reste un besoin d'amélioration des efforts pour la prévention de la syphilis congénitale qui est encore présente à des taux élevés inacceptable en Afrique et pour laquelle une intervention à coût effectif est disponible.

Il existe maintenant des données en provenance d'Ouganda montrant que l'approche de l'abstinence seule ne marche pas, en terme de prévention de nouvelles infections au VIH. Alors que ceci était prévisible pour ceux d'entre nous qui travaillent avec les patients à IST au niveau de la base, ça a demandé des résultats de recherche pour pouvoir convaincre les pourvoyeurs de fonds qu'il est important d'inclure la promotion du préservatif dans toutes les interventions parmi les individus sexuellement actifs.

Beaucoup d'africains manquent encore l'accès aux médicaments anti-rétroviraux (ARV) alors que 63% de la charge mondiale se trouve dans la région d'Afrique sub-saharienne. Il y a encore beaucoup à faire en terme de négociation de moindre prix pour les ARV et de fournir les pays africains en médicaments pour VIH accessibles et bon marché. De plus, il faudrait que les gouvernements dans la région dépolitisent le VIH/SIDA et discutent des questions du VIH plus ouvertement pour réduire la stigmatisation. Beaucoup pensent qu'il faudrait se démarquer du régime à dose unique de névirapine dans les programmes de prévention de la transmission materno-infantile pour éviter à l'avenir la résistance aux médicaments inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse chez la maman et le bébé.

Enfin, l'importance des approches de soin et de prévention du VIH basées sur le sexe ainsi que celle des droits humains des professionnels du sexe, des hommes qui couchent avec les hommes et ceux des adolescents ne devrait pas être oubliée sur le continent. Ceux-ci sont des domaines importants requérant attention dans les programmes nationaux de santé sexuelle.

SURVEILLANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES



UNE REVUE

Contribution:

Sakhile Mhlongo

Sexually Transmitted Infections Reference Centre

(Centre de référence des infections sexuellement transmissibles)

National Institute for Communicable Diseases, South Africa

(Institut national pour les maladies transmissibles, Afrique du sud)

INTRODUCTION

En 2005, L'OMS estimait à 2,7 millions les nouveaux cas de VIH et 2 millions de morts. Actuellement, l'Afrique subsaharienne porte la plus grande charge de la maladie avec une estimation de 24.5 millions de personnes infectées¹. La transmission du VIH est prépondérément par contact hétérosexuel en Afrique sub-saharienne où les infections sexuellement transmissibles sont aussi communes². Les études épidémiologiques montrent que les IST augmentent significativement le risque d'acquisition du VIH^{3,4,5}.

De plus, certaines IST ont des effets dévastateurs particulièrement parmi les femmes ; par exemple, la maladie inflammatoire pelvienne, principalement causée par la gonorrhée et les infections à chlamydia, a de sérieuses séquelles comme la douleur pelvienne chronique, l'infertilité, la grossesse ectopique et la potentiellement mort⁶. La surveillance des IST, spécialement en Afrique, est par conséquent sans aucun doute un domaine prioritaire clé dans la prise en charge des IST et du VIH/SIDA.

Dans les pays à ressources limitées, la gestion syndromiques des cas demeure l'approche primaire pour la prise en charge des IST. Certains syndromes des IST, particulièrement le syndrome d'écoulement urétral chez l'homme et le syndrome d'ulcère génital, sont fortement associés à un agent étiologique sexuellement transmis. Cependant, d'autres syndromes, comme le syndrome d'écoulement vaginal, sont des mauvais indicateurs d'IST et sont le plus souvent causés par d'autres pathogènes qui ne sont pas sexuellement transmis. Par conséquent, il est important de faire des tests microbiologiques de laboratoire pour mieux connaître part d'IST représentée par les syndromes variés.

La surveillance des IST est de ce fait considérée par l'OMS/ONUSIDA comme étant une composante clé de la seconde génération des systèmes de surveillance du VIH/SIDA et les données de surveillances sont essentielles dans l'élaboration des politiques pour la maladie où dans celle des directives de traitement.

COMPOSANTES DE LA SURVEILLANCE DES IST

Le *Communicable Diseases Surveillance and Response* (surveillance et réponse pour les maladies transmissibles) de L'OMS fournit des directives complètes pour la surveillance des IST et cela est disponible sur le site web de l'OMS. Conformément aux directives de l'OMS, il y a cinq composantes pour une surveillance effective :

La notification des cas

Les IST peuvent être notifiées soit syndromiquement soit étiologiquement selon que les cadres cliniques de soins disposent de laboratoire ou pas. Dans la plupart des pays en développement, la notification syndromique des cas est la seule option.

L'évaluation et le monitoring de la prévalence

Le but primaire de l'évaluation de la prévalence est d'identifier les sous-groupes de la populations à haute prévalence d'IST et de faire le monitoring des tendances de la prévalence des IST dans au sein des populations définies.

L'évaluation des étiologies des syndromes

L'évaluation des étiologies des syndromes complète la notification syndromiques des cas en utilisant des tests de laboratoire pour identifier les agents pathogènes spécifiques causant les syndromes. Chez les femmes, par exemple, dans la plupart des cas l'écoulement vaginal peut être normal et physiologique alors que chez les hommes l'écoulement urétral est plus vraisemblablement causé par un pathogène d'IST.

Le monitoring de la résistance antimicrobienne

Avec l'augmentation des taux de résistance de l'infection gonococcique au traitement médicamenteux, il est important, spécialement dans les pays à haut taux d'IST de faire le monitoring de la résistance antimicrobienne afin de réviser les directives de traitement et de détecter les nouvelles résistances émergentes.

Des études spéciales comme partie de la surveillance des IST

En plus de la surveillance de routine des IST, il y a d'autres études liées à la surveillance qui peuvent être utiles au renforcement d'un programme de surveillance des IST. Le besoin et la fréquence de ces études varient selon les problèmes qui nécessitent d'être résolus⁷.

SURVEILLANCE DES IST EN AFRIQUE DU SUD

Avec près de deux millions de nouveaux épisodes d'IST traités annuellement dans le secteur public entre 2000 et 2002, l'unité de prévention des IST/VIH du ministère de la santé, le centre de référence pour les IST (STIRC/NICD) et l'unité de recherche pour la santé reproductive et le VIH (RHRU) de l'université de Witwatersrand, en collaboration avec les départements provinciaux de la santé, ont adopté

Surveillance des IST

les directives de l'OMS pour la surveillance des IST et ont établi un programme national de surveillance des IST en Afrique du sud. Actuellement, le système complet de surveillance des IST en Afrique du Sud est fait de trois composantes que sont :

Le jeu des indicateurs nationaux des données (NIDS)

Le NIDS comprend cinq éléments de données sur les IST qui sont collectés en routine dans tous les centres de santé primaire et hôpitaux de premier niveau dans le pays. Ces éléments de données comprennent :

- Le total des épisodes d'IST
- Le syndrome d'écoulement urétral chez l'homme
- Le taux de notification des partenaires pour IST
- Le taux de traitement des partenaires pour IST
- La distribution de préservatifs

La surveillance sentinelle clinique

Des données cliniques détaillées sur les IST sont collectées dans un nombre choisi de centres de santé primaire (270 sites sentinelles) dans le pays. Ces données sont saisies dans le système d'information du district de santé et sont utilisées rapporter :

- Le taux d'incidence d'IST dans toutes les provinces
- La prévalence relative des syndromes majeurs d'IST
- La distribution selon l'âge du total des syndromes d'IST chez les hommes et chez les femmes
- Les modes de références des patients
- Les taux de recouvrement des partenaires
- Les taux de rupture de stock en médicaments majeurs d'IST utilisés dans les centres de santé primaire à travers le pays

La surveillance microbiologique

La surveillance microbiologique est faite d'études périodiques des étiologies des syndromes et du monitoring de la résistance aux médicaments.

MONITORING ET EVALUATION DES SYSTEMES DE SURVEILLANCE DES IST

Le monitoring et l'évaluation sont nécessaires pour rechercher l'information à travers les rapports, pour la promptitude dans la transmission des données et pour identifier les problèmes dans le programme de surveillance des IST. Ceci est particulièrement important pour la surveillance clinique qui est uniquement basée sur la prise en charge syndromique des IST. Les composantes clé du monitoring et de l'évaluation sont :

- La collecte des données et le rapport
- La saisie et la gestion des données
- L'analyse des données et le retour de l'information
- L'utilisation de l'information
- Le contrôle de qualité des données

Bien que les données obtenues à travers les activités de surveillance de santé publique de routine nécessitent d'être interprétées avec à l'esprit leurs biais et limites, elles peuvent fournir une information précieuse sur la charge de la maladie et les aspects des services du programme⁷. La collaboration entre les prestataires de soin, les départements gouvernementaux de la santé et les laboratoires de référence est par conséquent, sans doute, un pas important vers le renforcement de la surveillance des IST dans un pays.

Pour accéder au document sur les directives pour la surveillance des IST, veuillez visiter le site web de l'OMS sur <http://www.who.int/emc>

REFERENCES

1. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2006. http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp (accessed 14th December 2007).
2. Cohen MS, Hoffman IF, Royce RA *et al.* Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: Implications for prevention of sexually transmitted HIV-1. AIDSCAP Malawi Research Group. *Lancet* 1997; **349**: 1868-73.
3. Wasserheit JN. Epidemiological synergy: interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis* 1992; **19**: 61-77.
4. Dickerson MC, Johnston J *et al.* The causal role of genital ulcer disease as a risk factor for transmission of human immunodeficiency virus: an application of the Bradford Hill Criteria. *Sex Transm Dis* 1996 **23**: 429-40.
5. Grosskurth H, Mosha F, Todd J, *et al.* Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomized controlled trial. *Lancet* 1995; **346**: 530-36.
6. Cohen MS and Pilcher CD Amplified HIV transmission and new approaches to HIV prevention. *J Infect Dis.* 2005;**191**:1391-1393.
7. WHO/CDC/CSR/EDC/99.3. Guidelines for sexually transmitted infections surveillance.



15th International Conference on AIDS and STIs in Africa

DAKAR, Senegal

December
3-7, 2008

IMPORTANT : veuillez noter que la date de cette conférence a été changée pour du 3 au 7 décembre 2008.

Les préparations vont bon train pour la 15^e ICASA qui se tiendra à Dakar, au Sénégal, du 3 au 7 décembre 2008. Le secrétariat travaille dur pour réunir les fonds et mobiliser les ressources ainsi que sur l'organisation et la logistique pour la conférence.

L'hôtel Le Méridien Président a été choisi comme lieu de conférence. Le centre d'assemblée comprend un amphithéâtre de 900 places, une salle de conférence de 450 places, deux salles de conférence de 300 places et plusieurs autres salles pouvant contenir plus de 100 participants chacune. Pour les séances plénières, qui peuvent nécessiter de réunir près de 5000 délégués, le comité local d'organisation s'est alloué les services d'une compagnie spécialisée dans la construction d'édifices temporaires. Le plan est d'ériger deux larges édifices capables de contenir chacun 1000 délégués additionnels. Les séances plénières se tiendront dans l'amphithéâtre et seront diffusées en direct dans toutes les autres salles et les deux édifices temporaires.

Pour les enregistrements et le logement, une merveille de logiciel pour la gestion de la conférence a été choisie et permettra l'organisation des logements, la soumission et la revue des résumés ainsi que la communication avec les orateurs en temps réel. Les organisateurs de la conférence rapportent qu'ils ont monté un système sécurisé de paiement en ligne via carte de crédit qui sera lié au logiciel qui gère la conférence.

Le comité local d'organisation a développé un site web de la conférence que l'on trouve sur <http://www.icasadakar2008.org/>. Pour plus d'information veuillez consulter le site web.

IUSTI-AFRIQUE continuera à tenir ses membres informés sur les préparatifs de la conférence.

Nous vous encourageons à assister à cette importante conférence pour l'Afrique où les questions liées tant aux IST qu'au VIH/SIDA seront discutées et débattues.

Un petit truc sur le voyage de la part du Directeur régional de IUSTI-AFRIQUE

Pour nos membres qui comptent assister à la conférence ICASA 2008, pensez réserver un voyage sur l'île de Gorée dans votre parcours. Il y a plusieurs ferry quotidiens allant et venant de l'île qui peut être visitée lors d'un voyage d'un jour à partir de Dakar. L'île est un site historique où l'on trouve aujourd'hui une atmosphère calme quand on se balade dans les ruelles bordées de maisons chouette ment peintes et couvertes de bougainvillées. Cependant, la splendeur coloniale des buildings témoigne du passé moins romantique- un rôle clé dans la traite des esclaves sur l'atlantique. Ne ratez pas un voyage sur l'île -beaucoup de visiteurs fameux ont aussi fait le voyage et certaines de leurs photos peuvent être vues dans le kiosque du guide à la maison des esclaves.



Scène de rue sur l'île de Gorée



La maison des esclaves avec donnant sur la mer, la porte par laquelle les esclaves étaient envoyés transatlantique. .



Le guide montrant les chaînes originales utilisées pour les esclaves à la maison des esclaves.



**11th IUSTI
world
congress
Africa
2009**
**9-12 November
Cape Town
South Africa**

For further information contact

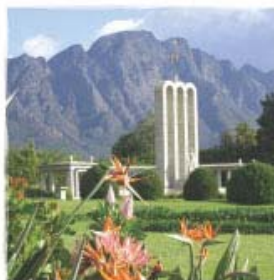
IUSTI Congress Office

Telephone: +27 (0)11 447 3876

Fax: +27 (0)11 442 8094

Email: suemc@icon.co.za

Website: www.iusti.org



Evénements à venir

Conférences en Afrique:

3rd Africa conference on Sexual Health and Rights - Sexuality, Poverty and Accountability in Africa:
Abuja, Nigeria: 4 - 7 February 2008: <http://africalsexuality.org>

15th International Conference on AIDS and Sexually Transmitted Infections in Africa (ICASA) 2008:
Dakar, Senegal: 3 - 7 December 2008: www.icasadakar2008.org

International AIDS Society Conference
Cape Town, South Africa, 19 - 22 July 2009: www.ias2009.org

11th IUSTI World Congress - Africa 2009:
Cape Town, South Africa: 9 - 11 November 2009: www.iusti.org

Conférences Internationales:

International Conference on Opportunistic Pathogens in AIDS:
New Delhi, India: 27 - 29 January 2008: www.icopa-india.org

15th IUSTI-Asia - Pacific Congress:
Dubai, UAE: 3 - 5 February 2008: www.iusti.ae

15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections
Boston, USA: 3 - 6 February 2008: www.retroconference.org/2008/

STD Prevention Conference: Confronting Challenges, Applying Solutions-ASTDA/CDC
Chicago, USA: 10 - 13 March 2008: www.cdc.gov/stdconference/

IUSTI-N America - ASTDA-BASHH Joint Meeting
New York, USA: 7 - 10 May 2008: www.astda.org

6th meeting, European Society for Chlamydia Research
Aarhus, Denmark: 1 - 4 July 2008: www.chlamydia.au.dk/english

XVII International AIDS Conference:
Mexico City, Mexico: 3 - 8 August 2008: www.aids2008.org

24th IUSTI-Europe Conference:
Milan, Italy: 4 - 6 September 2008: www.oic.it/iusti-europe2008

17th EADV Congress:
Paris, France: 17 - 21 September 2008: www.eadv.org

25th International Papillomavirus Conference:
Malmo, Sweden: 8 - 14 May 2009: www.hpv2009.org

International Society for Sexually Transmitted Diseases Research:
London, United Kingdom: 28 June - 1 July 2009: www.isstdr.org/index.php?id=62

The Diagnosis and Management of Sexually Transmitted Infections in Southern Africa.

Authors:
Ron Ballard
Ye Htun
Glenda Fehler
Graham Nielsen



72 pages
Paperback

Price:
\$5 or ZAR 30
excluding postage

INTRODUCTION

- a rapid reference for health workers who may encounter diagnostic problems in this particular disease area;
- to emphasize the role which laboratory investigations can play in the establishment of a definitive diagnosis in cases of STI;
- to provide a rational basis for the treatment of these diseases in southern Africa.

FEATURES

- 79 colour plates and 10 treatment flowcharts
- Suitable for the health worker, medical student, medical officer and/or post graduate student
- Use as a teaching/training guide

CONTENTS

- Disease specific management of STIs- *Gonorrhoea, Syphilis, Genital herpes, Chancroid, Genital warts, Pubic lice, etc.*
- Syndromic management of sexually transmitted infections - *Mixed infections, Syndromic management flowcharts, STIs in gay men, etc.*

For orders, please contact:

Aulette Goliath
 STI Reference Centre, South Africa
 Tel: + 27 11 555 0468 Fax: +27 11 555 0470
 Email: iusti-africa@nicd.ac.za



L'enregistrement en ligne des membres sur le site web www.iusti.org est temporairement inaccessible à cause des initiatives en cours pour améliorer le site Web de iusti pour les membres.

Il y a trois types de membres à IUSTI-Afrique:

- a) **la qualité de membre effectif de IUSTI-AFRIQUE** est ouverte aux individus qui ont un intérêt professionnel dans l'étude, la prévention et le contrôle des infections sexuellement transmissibles. Une qualification médicale n'est pas une condition sine qua non pour être membre effectif. 40 Euros de frais sont exigés tous les deux ans pour être membre effectif de IUSTI. Un membre effectif de l'Union aura droit aux privilèges des membres, qui comprennent une réduction des frais d'enrôlement à la plupart des réunions régionales et mondiales de IUSTI. Les frais de membre ont été fixés de façon à attirer toute personne qui participe régulièrement aux manifestations de IUSTI.

Nous espérons que tout membre qui participe au moins à une réunion tous les deux ans récupérera ses frais de membres.

Les membres effectifs recevront aussi une réduction substantielle de 40% sur l'abonnement au journal officiel de l'Union, le Journal International des MST et du SIDA. Les abonnés bénéficieront aussi de l'accès gratuit à la version en ligne du journal pour les aux qui remontent à 1996. Pour en savoir plus sur le journal, visitez le site <http://www.rsmppress.co.uk/std.htm>. Pour s'abonner au tarif spécial IUSTI visitez le site <http://www.rsmppress.co.uk/specialoffers/iusti.htm> ou téléphonez au département d'abonnements du journal au +44 (0) 207 2902927/8.

En plus, la base des données des membres effectifs sera disponible en forme éditée à l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO) et sur le web pour les personnes qui cherchent à recruter des experts qui peuvent aider comme conseillers, etc. dans le domaine spécialisé des IST.

Il y a deux modes de paiement pour membres effectifs :

1. Un versement bancaire électronique – [pour la conversion de votre monnaie en Rand sud africain \(ZAR\)](#),
veuillez envoyer un e-mail à: iusti-africa@nicd.ac.za

Le paiement peut se faire par voie électronique ou par transfert bancaire dans le compte suivant:

IUSTI Africa, Standard Bank Ltd, Jan Smuts Avenue, Rosebank, South Africa.

Numéro de compte: 006988407 sort code: 004205 swiftcode: SBZAJJ.

Si vous choisissez cette option, veuillez nous faxer le bordereau de versement avec le formulaire d'inscription dûment rempli de IUSTI-AFRIQUE.

2. Paiement par carte de crédit (veuillez mettre les informations relatives sur le formulaire d'inscription et nous le faxer au +27 11 555 0470.

- b) **la qualité de membre associé de IUSTI-Afrique** est ouverte aux individus qui voudraient maintenir un lien de correspondance avec le réseau IUSTI-Afrique. La qualité de membre associé est **GRATUITE** et n'est donc liée à aucun droit d'inscription. Les membres associés peuvent participer aux réunions de l'Union sans droit de vote. Comme membres associés de IUSTI-Afrique, vous continuerez à recevoir le journal de IUSTI-Afrique.

- c) **la qualité d'organisation membre de IUSTI-Afrique** est aussi ouverte aux organisations, comme par exemple les organisations nationales pour l'étude des maladies sexuellement transmissibles. Les frais de membre pour les organisations s'élèvent à **200 EUROS tous les deux ans.**

Suggestions, Commentaires, Réactions ...

Vos suggestions et réactions au journal sont les bienvenues. Veuillez adresser vos commentaires à la

Secrétaire Administrative à l'adresse : iusti-africa@nicd.ac.za