

IUSTI

INTERNATIONAL UNION AGAINST
SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS
AFRICA



IUSTI -AFRIQUE

JOURNAL D'INFORMATION

JUILLET 2007

Numéro 1.

Dans ce numéro:

Message du Directeur Régional

Coup d'œil sur les pays africains

- Le Bénin
- Le Nigeria

IUSTI Journal Mondial

Rapport de Surveillance

- Afrique du Sud

15^{ième} ICASA 2008

- La 1^{ière} réunion du comité a eu lieu au Sénégal

Recherche en Afrique sur les IST/VIH

- Circoncision Masculine

Organisation Mondiale de la Santé (WHO)

- Stratégie Universelle

Événements à venir

- Conférences

IUSTI Affiliation

Suggestions, Commentaires et Réactions ...

11^{ième} Congrès IUSTI Monde, Afrique 2009

Cape Town, Afrique du Sud

Livres

Message du Directeur Régional

Depuis que je suis entré en fonction comme Directeur Régional de IUSTI-Afrique au début de l'année de 2006, ça a été mon objectif de développer un journal interactif d'information traitant des Infections Sexuellement Transmissibles pour le continent africain. Je suis ravi de vous apporter le présent journal et espère que nous serons à même de continuer ainsi grâce à vos apports.



Professeur David Lewis

Remerciements particuliers pour leur contribution à la présente édition au Dr. Luc Béhanzin représentant national de IUSTI-Afrique au Bénin-, ainsi qu'au Dr. Ayodele Ajayi et ses collègues d'Ibadan au Nigeria. J'aimerais aussi exprimer ma gratitude à Mme. Aulette Goliath, dévouée secrétaire administrative de IUSTI-Afrique, sans qui la production et la distribution du présent journal n'auraient été possible. Mme. Veerle Msimang, Dr. Luc Béhanzin et Dr. Ricky Kalula Ilunga ont été d'une grande assistance pour rendre ce journal en trois langues en le traduisant en français. Enfin, en ce moment de lancer le premier journal d'information de IUSTI-Afrique, je voudrais remercier le National Health Laboratory Service (service national de laboratoire de santé) et le National Institute for Communicable Diseases (institut national pour les maladies transmissibles), le cadre dans lequel je travaille, pour leur appui en nous permettant d'avoir le siège du Centre Régional de IUSTI-Afrique au STI Reference Centre (Centre de référence pour les Infections Sexuellement Transmissibles). Je les remercie aussi pour leur vision concernant l'importance de l'établissement et l'extension des réseaux d'excellence à travers l'Afrique dans le domaine des maladies transmissibles, y compris les infections sexuellement transmissibles.

Je voudrais particulièrement attirer votre attention sur le rapport de surveillance. Je voudrais qu'il soit un sujet régulier de ce journal d'information. Cela ne nous sera possible que si nous recevons des rapports des autres pays d'Afrique. Les rapports de surveillance tant cliniques que microbiologiques sont les bienvenus. Je vous encourage de prendre en considération votre apport à ce journal. Dans cette première édition, nous relevons le problème de la résistance croissante à la ciprofloxacine des gonocoques isolés en Afrique du Sud. Que représente ce problème dans les autres régions de l'Afrique ?

Finalement, veuillez être à l'affût de la Stratégie Globale pour la Prévention et le Contrôle des Infections Sexuellement Transmissibles qui sera bientôt publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Ces directives stratégiques, si appuyées et appliquées de façon correcte par les Etats membres, ont le potentiel d'avoir un impact sur la sévérité et les complications des IST en Afrique. De nos jours, on a tous l'œil sur le VIH/SIDA, mais n'oublions pas le grand nombre d'enfants qui meurent de syphilis congénitale chaque année sur notre continent. Les données tout simplement manquent pour certaines autres complications majeures comme la cécité due à l'ophtalmie gonococcique néonatale ou l'étendue de l'infertilité provoquée par les IST.

Il nous faudrait travailler ensemble pour que tous les Africains aient accès à des soins de haute qualité en ce qui concerne les IST dans nos pays. Si vous n'êtes pas encore affilié à IUSTI (union internationale contre les IST), joignez-vous dans la lutte contre les IST. La Région Africaine de IUSTI fait partie d'une Union Internationale plus grande. Unis nous serons forts et isolés nous serons faible. Je vous encourage à vous affilier soit comme membre effectif (40 Euros pour deux ans) soit comme membre associé (gratuit) à notre communauté, en s'inscrivant à l'administration de IUSTI-Afrique.

En s'affiliant, vous êtes assuré d'être sur notre liste de correspondants et de recevoir les prochains numéros. Si vous ne voulez plus recevoir notre journal informatif, je vous prie de nous envoyer un email à l'adresse iusti-africa@nicd.ac.za pour qu'on vous retire de notre base de données.

Coup d'œil sur les pays africains: *Le Bénin*



Contribution de: Dr Luc Béhanzin

Dr. Luc Béhanzin,

Coordinateur du sous-Projet Soins pour les Groupes à haut risque en Afrique Francophone occidentale (CHIFWA), une partie du projet régional AWARE-HIV/AIDS financé par USAID/Afrique de l'ouest et coordonné par FHI-Cotonou, Bénin.
Email: b_luc2001@yahoo.fr

IST au Bénin.

Les IST constituent au Bénin un problème de santé publique comme dans tous les pays d'Afrique subsaharienne. C'est le programme national de lutte contre le SIDA et les IST (PNLS-IST) qui est l'institution étatique responsable du contrôle des IST dans le pays. Les IST, longtemps négligées par les programmes nationaux, n'ont commencé que récemment à être considérées avec l'établissement du Projet d'« Appui à la lutte contre le SIDA en Afrique de l'Ouest », Projet financé par l'ACDI. Les premiers algorithmes pour les IST ont été développés et adoptés par le ministère de la santé en 1994 avec l'appui de ce Projet en sa phase I, révisés en 2000 dans sa phase II et en 2006 à la fin de sa phase III (communément appelée Projet SIDA 3). Cette phase III est sa dernière année de mise en œuvre. Le Projet SIDA-Bénin a été arrêté depuis septembre 2006. La stratégie principale de ce Projet était de cibler et de centrer les interventions en rapport avec les IST sur les professionnelles du sexe et leurs clients pour un contrôle effectif des IST en leur sein. Avec l'appui de ce Projet, le Bénin a connu une réduction considérable de la prévalence des IST curables ainsi que de la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe à Cotonou, capitale économique du pays qui est la zone principale d'intervention du Projet. Il est à noter que ce Projet couvre en fait neuf (9) pays d'Afrique de l'Ouest y compris le Bénin.

Depuis décembre 2006 Le Bénin dispose actuellement de nouveaux algorithmes avec l'intégration des molécules anti-IST dites nouvelles telles que le fluconazole, l'azithromycine, l'acyclovir et autres.

Sous l'impulsion du Projet SIDA 3-Bénin dans sa phase de désengagement, il y a eu la création, par arrêté du Ministère de Santé du 19 juin 2006, d'un service spécial des Infections sexuellement transmissibles, intégré au PNLS-IST, dénommé « Service de prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et des Groupes à Haut Risque » dont la tâche est de a) assurer le contrôle des IST au sein de la population générale y compris les groupes à haut risque, b) assurer le suivi médical régulier des professionnelles du sexe, c) développer des activités à base communautaire de prévention des IST/VIH/SIDA au sein des groupes à haut risque, d) assurer la supervision et le monitoring des activités de traitement et prise en charge des IST ainsi que des interventions auprès des groupes à haut risque, e) contribuer à la surveillance épidémiologique des IST/VIH/SIDA et f) Conduire des études opérationnelles. Cet arrêté ministériel qui recommande vivement le contrôle des IST chez les professionnelles du sexe est basé sur le décret présidentiel du 04 avril 2006 qui oblige le gouvernement à prendre toutes les dispositions nécessaires pour rendre obligatoire le suivi médical des personnes à haut potentiel de transmission du VIH, à savoir les professionnelles du sexe, les homosexuels, les utilisateurs

des drogues ; et pour encourager le Counselling et le dépistage du VIH.

Avec les nouveaux algorithmes pour les IST, il y a déjà eu pour ce premier trimestre 2007 la formation de 100 prestataires de soins et une autre session de formation est prévue pour 100 autres au cours du deuxième trimestre.

La stratégie de Service Adapté (SA) pour le contrôle des IST chez les professionnelles du sexe est la stratégie actuellement promue au Bénin, avec l'appui financier du fond MAPII et du fond monétaire international. Il est prévu d'implanter six (6) SA par département démographique au Bénin pour une couverture effective de cette population. Comme cette stratégie doit sa réussite aux activités menées auprès des professionnelles du sexe, il est prévu, grâce au fond MAPII, de renforcer le recrutement des institutions communautaires intervenant dans ce domaine pour le succès de l'orientation des professionnels du sexe vers ces services adaptés. La prise en charge et le traitement des professionnelles du sexe sera gratuite dans tous les SA suivant la politique nationale.

Le Bénin continuera, avec l'aide de l'Organisation Mondiale de la Santé, d'intégrer de plus en plus l'approche syndromique de la prise en charge des IST dans les curricula de formation des écoles médicales et paramédicales, ce qui a commencé avec l'appui du Projet SIDA.

Les défis majeurs à relever pour le Bénin sont :

- Maintien des acquis du Projet SIDA 3- Bénin avec leurs renforcement et élargissement;
- Disponibilisation des préservatifs pour la population générale vu que PSI veut se retirer du marketing communautaire des condoms au Bénin;
- Approvisionnement en azithromycine, acyclovir, podophylline et/ou podophyllotoxine, particulièrement pour les populations à haut risque (e.g. les professionnelles du sexe);
- Études sur la résistance des germes aux antibiotiques;
- Amélioration en matière de notification des cas d'IST;
- Développement des nouveaux algorithmes en format affiche;
- Intégration réelle de la prise en charge et du traitement des IST dans le bagage minimum de tous les centres de santé;
- Renforcement de la capacité institutionnelle et technique du service de prise en charge des IST et des groupes à haut risque au sein du PNLS-IST;
- Ouverture du service IST du PNLS-IST au monde scientifique.

Coup d'œil sur les Pays africains : Le Nigeria

Contribution de:

Ajayi A.A., Fayemiwo S.A., Bakare R.A.

Département de Microbiologie Médicale et de Parasitologie
Hôpital du Collège Universitaire, Ibadan, Nigeria

INTRODUCTION

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) sont un problème de Santé Publique d'importance majeure dans les pays en voie de développement, y compris le Nigeria. Le Nigeria est le pays le plus peuplé d'Afrique avec 140 million d'habitants appartenant à plus de 350 groupes ethniques et linguistiques.

L'épidémiologie des IST au Nigeria est liée à plusieurs facteurs y compris les conditions démographiques et sociales qui affectent l'accès à l'éducation sur la Santé Sexuelle, aux institutions de diagnostic et au traitement approprié. Les IST ont été démontrées au sein de la tranche d'âge entre 20 et 29 ans, bien que l'activité sexuelle commence typiquement entre les âges de 9 et 19 ans¹.

Dr A.A. Ajayi
et ses collègues
travaillent à l'hôpital
d'enseignement du
Collège Universitaire à
Ibadan, Nigeria.

Façade: principale de
l'Hôpital du Collège
Universitaire



Malgré la recherche extensive dans le domaine de la Santé Sexuelle et des IST, l'étendue du problème n'est pas cernée au Nigeria du fait que la majorité de la population n'a pas accès aux secteurs de santé classiques de traitement des IST. De ce fait, les IST tendent à être sous notifiées dans les pays en voie de développement, y compris le Nigeria.

a) URETRITE, CERVICITE et VAGINITE

(i) La Gonorrhée

La prévalence exacte de la Gonorrhée est difficile à établir au Nigeria. Cela est dû à la prise en charge syndromique des cas. L'abus des antibiotiques est répandu dans le contexte du Nigeria. Il en résulte que l'isolement de *Neisseria Gonorrhoeae* des cultures provenant de la surveillance est une tâche pénible créant le besoin d'utiliser d'autres moyens diagnostics. Les résultats d'une récente enquête auprès des professionnelles du sexe à Ibadan a démontré une prévalence de 16.6% de Gonorrhée au sein de ce groupe de femmes.²

La pénicilline a depuis longtemps cessé d'être la base du traitement au Nigeria du fait de la haute prévalence des *Neisseria gonorrhoeae* producteur de pénicillinase et la ciprofloxacine est actuellement l'agent principal dans le traitement. Une étude plus récente (non publiée) à Ibadan a pourtant trouvé une prévalence de 18.6% *Neisseria Gonorrhoeae* résistant à la Ciprofloxacine.

(ii) L'infection à *Chlamydia* et *Mycoplasma Genitalium*

Le diagnostic de l'infection à *Chlamydia trachomatis* présente un grand problème du fait que les *Chlamydiae* ne croissent pas sur les milieux acellulaires et donc requièrent expertise et équipement pour la culture tissulaire qui ne sont pas facilement disponibles dans les laboratoires au Nigeria. Les tests enzymatiques immunologiques et la fluorescence des anticorps sont chers et par conséquent pas généralement disponibles à l'exception des laboratoires de recherche.

(iii) L'infection à *Mycoplasma genitalium*

Mycoplasma genitalium est l'agent responsable d'environ 10% des cas d'urétrite non gonococcique en Afrique de l'Ouest, avec des symptômes indistincts de ceux de *C. trachomatis* et *Trichomonas vaginalis*. Dans certaines études, *M. genitalium* a été impliqué comme cause d'urétrite chez les hommes comptant pour 14% de tous les cas d'urétrite non gonococcique parmi des hommes consultant dans une clinique pour IST à Ibadan.³ Le diagnostic de routine de cette condition demeure difficile puisqu'il n'y a pas de test diagnostique commercial disponible.

(iv) La trichomoniose

Dans une étude chez des hommes d'Afrique de l'Ouest avec écoulement urétral, *T. vaginalis* a été trouvé être la cause d'urétrite non gonococcique et non chlamydienne dans 15% des cas⁴. La Trichomoniose était aussi une co-infection plus fréquente que l'infection à *Chlamydia* dans un sous-groupe de gens souffrant de Gonorrhée. Plus récemment, *T. vaginalis* a été diagnostiqué chez 45% des partenaires mâles des femmes infectées à Ibadan⁵.

(v) La vaginose bactérienne

Les études ont démontré que entre 20% et 51% des femmes en Afrique subsaharienne sont affectées par la vaginose bactérienne⁶. Dans une récente étude à Ibadan, elle a été trouvée seconde plus fréquente cause d'infection après la candidiase chez les professionnelles du sexe². Elle est facilement diagnostiquée en utilisant une combinaison de critères cliniques et de laboratoire simples. Le premier régime de traitement est le metronidazole. Les probiotiques ont été utilisés avec de bons résultats dans les pays développés⁷ mais ils sont encore en phase expérimentale dans un essai clinique en cours à Ibadan⁵.

b) L'ULCERATION GENITALE

(i) La Syphilis

Peu de données récentes existent sur la prévalence de *Treponema pallidum* comme cause de l'ulcération génitale au Nigeria. Les tests 'Rapid Plasma Reagin (RPR)' et 'Venereal disease research laboratoire (VDRL)' sont tous régulièrement utilisés pour le diagnostic au Nigeria mais les tests de confirmation spécifiques au tréponème manquent dans beaucoup de laboratoires. Depuis 1991, des études sentinelles sur la syphilis et le VIH ont été conduites biannuellement au Nigeria. La population sentinelle est faite des femmes âgées de 15-49 ans, consultant pour la première visite au cours d'une grossesse confirmée les cliniques anténatales des institutions publiques dans tous les états de la fédération.

Coup d'œil sur les Pays africains : Le Nigeria

La méthode anonyme indépendante est adoptée pour cet exercice, utilisant le dépistage de routine de la syphilis comme point d'entrée. La période d'échantillonnage pour l'enquête est de dix semaines. L'étude sentinelle de 2005, auprès des femmes enceintes au Nigeria, suggérait que la syphilis a augmenté par rapport à 2003 dans la plupart des régions. La prévalence nationale était de 1.5% (Figure 1).⁸ La prévalence était la plus élevée (2.3%) dans la région sud et la plus basse dans la région centrale nord (0.5%) du pays.

Zone	Nbre. d'échantillons	Nbre. positifs	Prévalence (%)	95% Intervalle de Confiance
Sud Sud	5748	133	2.3	1.9 - 2.7
Sud Ovest	6617	147	2.2	1.9 - 2.6
Nord Est	5681	57	1.0	0.9 - 1.7
Sud Est	5098	39	0.8	0.6 - 1.1
Nord Ovest	6875	51	0.7	0.6 - 1.0
Nord Central	6901	34	0.5	0.3 - 0.7
Total	36920	461	1.5	1.1 - 1.8

Figure 1 : Prévalence de la syphilis au Nigeria selon les régions, 2005.

Source : Ministère Fédéral de la Santé, Enquête sentinelle nationale sur la Séroprévalence de la syphilis, 2005.

(ii) Le Chancro

Des études existantes au Nigeria, indiquent que le Chancro pourrait être une infection courante avec une prévalence allant de 5.6% à 85% chez les professionnelles du sexes.^{9,10} Comme pour les autres maladies avec ulcération génitale, il a été trouvé significativement associé avec un risque accru d'infection à VIH. Le diagnostic est habituellement clinique comme la culture est difficile.

(iii) Le lymphogranulome vénérien (LGV)

Selon une étude séro-épidémiologique utilisant le test de fixation du complément (CFT) auprès de 5009 individus résidant dans deux grandes villes de la région ouest du Nigeria (Ibadan et Bénin), a détecté un taux de séro- réactivité allant de 5.3% à 11.5% à Ibadan et de 7.3% à 18.3% à Bénin.¹¹ Une étude plus récente à Ilorin a trouvé que la séroprévalence de LGV est de 12.5%.¹² Le diagnostic est habituellement clinique comme les tests détectant les antigènes chlamydiens ou l'acide nucléique sont chers et par conséquent généralement non disponibles à l'exception des laboratoires de recherche.

(iv) Le granulome inguinal (Donovanose)

Cette IST n'est pas commune au Nigeria et dans le reste de l'Afrique de l'ouest.

(v) L'herpès Génital

Dans une étude de l'association de la maladie ulcérateur génitale (GUD) avec la prévalence du VIH dans l'état de Lagos, un taux de

séroprévalence de base de 59% de HSV-2 était trouvé parmi les professionnelles du sexe.¹⁰ Le chancro et les anticorps de HSV-2 étaient aussi plus communs chez les professionnelles du sexe infectées par le VIH. Une étude auprès des patients avec GUD à Ibadan¹³ a montré une prévalence de 4.6% de HSV après culture tissulaire (HSV-2 dans 3.3% des cas et HSV-1 dans 1.3% des cas, respectivement).

Le diagnostic de laboratoire du virus herpès simplex est au delà des moyens de la plupart des unités médicales périphériques dans les tropiques. Donc, pratiquement, le diagnostic est un diagnostic d'exclusion sur base de critères clinique. Le traitement se fait à l'acyclovir.

c) LE VIH/SIDA

Le VIH appartient à la sous-famille des lentivirus des rétrovirus et comprend le VIH-1 et le VIH-2. Dans une étude récente auprès des professionnelles du sexe à Ibadan, le VIH-1 expliquait 25.65 % des cas, avec une co-infection VIH-1 et 2 dans 2.8% des cas.¹⁴ Les sous-types G, C et des formes recombinantes circulantes (CRF) ont été les plus prévalents au sein de ce groupe à haut risque.

Les enquêtes de séro-surveillance du VIH de 2005 au Nigeria, ont montré que la médiane nationale de la prévalence du VIH était de 4.4%. La prévalence dans les états variait de 1.6% dans l'état de Ekiti à 10% dans l'état de Benue.¹⁵ Bien que la prévalence du VIH était généralement plus élevée dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales, la différence n'était pas statistiquement significative.

CONCLUSION

Pour stopper la vague des IST au Nigeria, il est essentiel d'impliquer tous les intéressés nécessaires et 'atteindre le groupe à haut risque qui constitue le réservoir principal de l'infection. La « guerre » contre l'épidémie des IST ne peut que progresser jusqu'à ce que nous incorporions des stratégies basées sur la communauté à travers un plaidoyer, dans nos interventions. Il y a un besoin en surveillances sentinelles étiologiques et de résistance antimicrobienne régulières auprès des patients consultant les cliniques d'IST pour le monitoring de l'efficacité des algorithmes actuels du traitement syndromique.

RÉFÉRENCES:

1. Onile B.A. Sexually transmitted diseases and Acquired Immuno-deficiency Syndrome in Nigeria Afr J of Clinical and Experimental Microbiology, 2002;3(2):78-81.
2. Bakare RA, et al. Pattern of STDs among commercial sex workers in Ibadan, Nigeria Afr J Med Sci, 2002;31:243-247.
3. Bakare RA, Oni AA, Umar US, Kehinde AO, Fayemiwo SA, Fasina NA. *Ureaplasma urealyticum* as a cause of non-gonococcal urethritis: the Ibadan experience. Niger Postgrad Med J 2002;9:140-145.
4. World Health Organization. Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections: Overview and Estimates. Geneva: World Health Organization, 2001.

Coup d'œil sur les Pays africains : Le Nigeria

- Bakare RA. Prevalence of *Trichomonas vaginalis* among the sexual partners of women with trichomoniasis in Ibadan. *Afr J Clin Exp Microbiol*, 2003;4:107-113.
- Laurent C, Seck K, Coumba N, et al. Prevalence of HIV and other STDs and risk behaviors of unregistered sex workers in Dakar, Senegal. *AIDS*, 2003;17:1811-1816.
- Hallen A, Jarstrand C, Pahlsson C. Treatment of bacterial vaginosis with *Lactobacilli*. *Sex Transm Dis* 1992;19:146-8.
- Federal Ministry of Health. Technical report. 2003 National HIV Seroprevalence Sentinel Survey. Abuja: Federal Ministry of Health, 2004.
- Fayemiwo S.A, Bakare R.A, Odaibo G.N, Ajayi A.A, Oni A.A, Olaleye D.O. Genital ulcer diseases among HIV infected female commercial sex workers in Ibadan, Nigeria. *ISSTD 2005 Jul 10-13*; Abstract No. TP-123.
- Dada AJ, Ajayi AO, Diamondstone L, et al. A serosurvey of *Haemophilus ducreyi*, syphilis, and *herpes simplex virus type 2* and their association with HIV among female sex workers in Lagos, Nigeria. *Sex Transm Dis*, 1998;25:237-242.
- Osoba A.O. Sero-epidemiological study of Lymphogranuloma venereum in Western Nigeria. *Afr J Med Med Sci*, 1977 Sep;6(3):125-32.
- Onile B.A, Tolu Odugbemi. Genital ulcer disease in Ilorin, Nigeria. *Af. J. of Clinical and Experimental Microbiology* 2002;3(1): 21-23.
- Oni A.A, Adu F.D, Ekweozor C.C. Isolation of herpes simplex virus from sexually transmitted disease patients in Ibadan, Nigeria. *Sex Transm Dis*, 1994 Jul-Aug;21(4):187-90.
- Fayemiwo S.A, Bakare R.A, Odaibo G.N, et al. Diverse genetic subtypes of HIV-1 among female commercial sex workers (CSWS) in Ibadan, Nigeria. *IAS Conf HIV Pathog Treat 2005 Jul 24-27*; 3rd: Abstract No. MoPe 14.2B11.
- FMOH(2005). National HIV seroprevalence sentinel survey among pregnant women attending antenatal clinics in Nigeria. Technical Report of the Federal Ministry of Health, Department of Public Health, National AIDS/STI Control Programme, Abuja, Nigeria. Pp. 1-42.



IUSTI Journal Mondial

Le Président Mondial de IUSTI, le Professeur Dr. Angelika Stary (Autriche), croit fermement que la force de IUSTI repose sur ses cinq Régions. Elle est déterminée à voir l'accroissement des affiliations locales et des activités régionales durant son mandat. Afin d'améliorer la communication entre les régions, le Professeur Jonathan Ross (UK) a récemment mis en la place la Mise à jour Mondiale des IST, le journal mondial officiel de IUSTI, dont le but est de fournir une perspective internationale de la prise en charge et du contrôle des IST. Le journal est gratuitement disponible pour tous les membres effectifs et associés de IUSTI.

Les points clefs de l'édition de la Mise à jour Mondiale des IST de Février 2007 comprennent:

- IUSTI continue à organiser des réunions régionales réussies et compte avoir la réunion mondiale de IUSTI 2009 en Afrique. (Voyez l'annonce dans ce journal IUSTI-Afrique).
- la réunion mondiale de IUSTI 2007 se tiendra à Seattle en Juillet 2007 en collaboration avec la Société Internationale pour la Recherche sur les Maladies Sexuellement Transmissibles (ISSTD).
- La branche Asie-Pacifique de IUSTI a un nouveau Directeur régional, le Professeur Roy Chan (Singapour) - tout le monde à IUSTI-Afrique lui souhaite le meilleur dans sa nouvelle fonction et reconnaît les grands efforts consentis par son prédécesseur, le Dr Verapol Chandeying(Thaïlande) pour renforcer cette Région.
- IUSTI a un nouveau site Web www.iusti.org - veuillez faire savoir, par voie électronique (mew1@sonton.ac.uk), au responsable du site, le professeur Michael Ward, les nouveaux services que vous voudriez voir sur le site Web; particulièrement ceux liés aux problèmes concernant l'Afrique.

Rapport de Surveillance — Afrique du Sud

Prévalence croissante de la gonorrhée résistante à la Ciprofloxacine en Afrique de Sud

Contribution:

Professeur David Lewis

Centre de Référence des Infections Sexuellement Transmissibles,
Institut National des Maladies Transmissibles, Afrique du Sud

INTRODUCTION

Les Quinolones, par exemple la Ciprofloxacine et l'Ofloxacine, ont été recommandées pour le traitement primaire de la gonorrhée à partir de la fin des années 1980 à cause de la résistance croissante des gonocoques à la pénicilline, à la spectinomycine et aux tétracyclines. La prévalence d'une sensibilité diminuée et de la résistance aux quinolones s'accroît à travers le monde, avec comme résultats que beaucoup de pays ont été obligés d'abandonner ce groupe d'agents antimicrobiens pour le traitement de la gonorrhée. En Afrique, les données sur la surveillance microbiologique sont très limitées et pour beaucoup de pays africains l'étendue du problème est tout simplement inconnue.

Les gonocoques résistants aux quinolones (QRNG) sont ceux déterminées par test de laboratoire comme ayant une concentration minimale inhibitrice (CMI) de la Ciprofloxacine supérieure ou égale à 1mg/L. L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande de changer le premier choix de traitement pour la Gonorrhée si moins de 95% des patients sont guéris de façon fiable avec l'agent antimicrobien de premier choix.

La ciprofloxacine demeure l'agent de premier choix utilisé pour traiter les présumées infections à gonocoques chez les patients avec syndromes d'infection sexuellement transmissible (IST) qui consultent les cliniques de soins de santé primaires en Afrique du Sud. Ces syndromes comprennent le syndrome d'urétrite masculine (MUS) et le syndrome de grosses bourses (SSW) chez l'homme ainsi que les syndromes d'écoulement vaginal (VDS) et syndrome de douleur pelvienne (LAP) chez la femme.

SURVEILLANCE DE LA GONORRHEE RESISTANCE A LA CIPROFLOXACINE CHEZ LES HOMMES AVEC ECOULEMENT URETRAL EN AFRIQUE DU SUD

Un niveau élevé de la gonorrhée résistante à la ciprofloxacine en Afrique du Sud (22%) a été rapporté pour la première fois parmi des isolats testés à Durban en 2003 par Moodley et al. (Int. J. Antimicrobial Agents 2004; 24:192-193). Des données plus récentes sur la résistance à la ciprofloxacine parmi les gonocoques isolés dans plusieurs provinces d'Afrique du Sud ont été publiés par Koornhof et al. au premier congrès conjoint des sociétés des maladies infectieuses en juillet 2005. Une enquête nationale réalisée en 2004, dans le cadre du nouvellement établi Programme National de Surveillance des IST en Afrique du Sud, sous la coordination du Centre de Référence pour les IST de l'Institut National des Maladies Transmissibles (NICD) à Johannesburg, a montré une importante variation dans la résistance à la ciprofloxacine entre plusieurs des villes d'Afrique du Sud: 24% à Durban, 11% à Johannesburg, 10% à Umtata, 8% à Pietermaritzburg, 7% à Cape Town et 0% à Pretoria. Les données sur la résistance à la ciprofloxacine pour 2005 ont été aussi présentées dans des tirés-à-parts de Durban et Johannesburg au congrès FIDSSA 2005, les deux villes ont observé des importantes augmentations significatives dans les niveaux de résistance (Durban 42% de résistance, Johannesburg 16% de résistance).

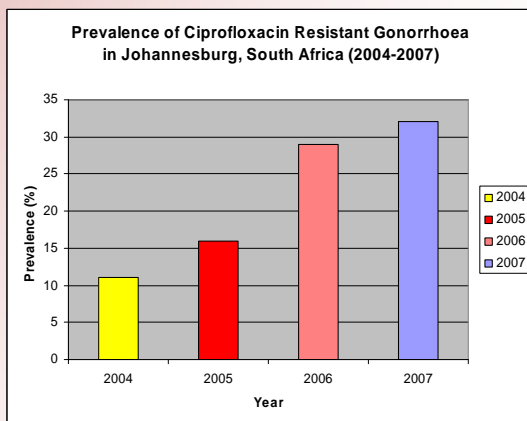


Figure 1: Résistance croissante à la ciprofloxacine à Johannesburg, Afrique du Sud

Le centre de référence pour les IST du NICD, a examiné des souches de gonocoques obtenues après culture urétrale provenant des hommes avec syndrome d'urétrite pendant la période 2004-2006 dans la clinique de la rue Esselen dans le centre de Johannesburg. Au cours de cette période de trois ans, la prévalence des QRNG est passée de 11% à 29% (Figure 1). Le Centre de Référence pour les IST vient de terminer une enquête sur la résistance des gonocoques au Centre de Santé d'Alexandra, situé au Nord-est de Johannesburg. Au terme de cet étude de trois mois, 47/148 (32%) d'isolats de gonocoques examinés étaient résistants à la ciprofloxacine (CMI \geq 1 mg/L) au test de laboratoire (figure 2). Des augmentations similaires ont été démontrées dans d'autres villes d'Afrique du sud. A Cape Town, par exemple, la prévalence de la résistance à la ciprofloxacine est passée de 7% (17/323 isolates) en 2004 à 17% (18/103 isolates) fin 2006 et à 28% (39/141 isolates) début 2007.

EN CONCLUSION

Les données de surveillance, présentées ci-dessus, démontrent que la ciprofloxacine n'est plus fiable pour le traitement de la gonorrhée en Afrique du Sud pour le moins. Il existe maintenant en Afrique du sud un besoin urgent de changer le traitement de premier choix de la suspicion d'infection à gonocoques dans les protocoles nationaux de traitement syndromiques appliqués dans les services des soins de santé primaires. Par exemple en remplaçant la ciprofloxacine par un autre agent. Les gonocoques sont encore sensibles aux céphalosporines et à ce jour aucune souche résistante n'a été rapportée en Afrique du Sud. Les patients avec QRNG, peuvent être traités de façon fiable avec 250 mg intramusculaire de Ceftriaxone en dose unique. La spectinomycine est encore active contre les gonocoques mais son emploi devrait être réservé aux situations particulières comme par exemple les cas d'allergie sévère à la pénicilline. Ce médicament n'est généralement pas disponible en Afrique du Sud. Quand il a été utilisé dans le passé, les résistances sont apparues relativement vite, limitant son utilité pour l'avenir. Il est possible qu'à l'avenir, les infections gonococciques nécessiteront une

Rapport de Surveillance — Afrique du Sud

thérapie associative dès que la résistance aux céphalosporines se sera développée puisqu'il n'y a actuellement pas d'alternative au traitement de la gonorrhée multi résistante.

PARTAGEZ VOS DONNEES DE SURVEILLANCE AVEC LES COLLEGUES EN AFRIQUE

Le désir de IUSTI-Afrique est d'utiliser ce journal comme véhicule pour propager et partager les données de surveillance étiologique microbiologique et de surveillance sur la résistance. Dans la présente édition, par exemple, Ajayi et al. ont rapporté des données d'une récente étude (non publiée) faite à Ibadan (Nigéria) – les gonocoques résistants à la ciprofloxacine comptent pour 19% des cas de la gonorrhée. La surveillance microbiologique est actuellement le pilier clé de la "Stratégie mondiale pour la Prévention et le Contrôle des IST de l'OMS: 2006-2015" dont l'objectif est d'améliorer la qualité des soins pour IST au niveau mondial (voir l'article dans ce journal). Si vous avez des résultats de surveillance microbiologique dans votre pays et vous voulez les partager avec vos collègues en Afrique, Envoyer s'il vous plait votre rapport au Directeur Régional de IUSTI-Afrique à l'adresse électronique suivante: iusti-africa@nicd.ac.za

15^{ème} CONFERENCE INTERNATIONALE SUR LE SIDA ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES EN AFRIQUE (ICASA)



Ci-dessus: Les Représentants du Comité Directeur International après la Conférence de presse de Juin 2007

(De gauche à droite: Dr. Saladin Osmanov, Initiative pour la Recherche de Vaccins/Organisation Mondiale de Santé; Dr. Craig McClure, Société Internationale pour le SIDA ; Dr. Femi Soyinka, Société sur le SIDA en Afrique ; Professeur Souleymane Mboup, Président de la Conférence/Société sur le SIDA en Afrique; M^{lle}. Bernice Heloo, SWAA International; Professeur David Lewis, IUSTI-AFRIQUE/NICD (NHLS) Afrique du sud; Professeur Papa Salif Sow, Président du Programme Scientifique du comité /CHU Fann)

AFRICA'S RESPONSE: Face the Facts

LA RÉPONSE de l'AFRIQUE: Faire face aux réalités

Les préparatifs pour la 15^{ème} ICASA sont en cours et la 1^{ère} réunion du comité a eu lieu au Sénégal, le 8 de Juin de cette année. IUSTI-Afrique est représentée au Comité directeur par le Directeur Régional à qui le Professeur Papa Salif Sow, président de la Commission Scientifique de la 15^{ème} ICASA, a demandé d'assister le Comité pour la partie IST du programme scientifique. Le Directeur Régional de IUSTI-AFRIQUE, motivé par la Stratégie Mondiale de Prévention et Contrôle des IST de l'OMS, fera de son mieux pour assurer que les IST prédominent aux cotés du VIH/ SIDA au cours du programme de la Conférence.

Le Sénégal est le premier pays où se tiendra pour la seconde fois la conférence de l'ICASA, ayant présidé la 6^{ème} réunion de l'ICASA en 1991. Le professeur Souleymane Mboup, qui a présidé la conférence ICASA en 1991, sera aussi le Président de l' ICASA 2008.

Le Professeur Mboup, et ses vice-présidents, Dr. Ibra Ndoye et Dr. Fathia Mahmoud, se sont engagés à faire de ICASA 2008 un succès et IUSTI-Afrique fera tout pour les soutenir dans leurs rôles. Le message de conférence du Professeur Mboup affirme que la 15^{ème} ICASA sera définie par les principes de transparence, d'intégrité, de métamorphose et d'excellence.

La conférence se tiendra à Dakar du 8 au 11 Décembre 2008. Le cadre provisoire serait le Centre de Conférence (Complexe OCI) actuellement en construction pour le sommet de la conférence Islamique (qui se tiendra lieu en mars 2008). Le cadre a une capacité pour 5000 délégués. Le thème de la Conférence sera '**La Réponse de l'Afrique: Faire face aux réalités**'

Si vous pensez qu'il y a un sujet des IST qui devrait être à l'ordre du jour de la Conférence, veuillez écrire au Directeur Régional à l'adresse: iusti-africa@nicd.ac.za.

Essais sur la circoncision masculine en Afrique

Contribution : Professeur David Lewis, Centre de Référence pour les IST, Afrique du sud

La circoncision a été réalisée en Afrique depuis des milliers d'années comme le montre la pratique de l'Égypte ancienne de faire une circoncision en enlevant complètement le prépuce (voir figure 1).



Figure 1: Statuette du jeune homme Merire-hashetef (2,300 Avant N.E.) montrant sa circoncision complète.

Les résultats de deux essais randomisés pour évaluer le potentiel de la circoncision masculine dans la prévention de nouveaux cas d'infection à VIH ont été publiés dans Lancet en Février 2007^{1,2}

Les deux études ont été menées en Afrique, l'une en Ouganda et l'autre au Kenya. Les essais randomisés viennent après un nombre d'études descriptives qui ont montré que les hommes incirconcis ont une prévalence du VIH supérieure à celle des hommes circoncis³. Plus important, ils corroborent les résultats du premier essai contrôlé randomisé sur la circoncision masculine, réalisée auprès d'hommes de 18 à 24 ans d'âge à Orange Farm, en Afrique du Sud, publiés par Bertran Auvert et al. en 2005⁴. L'essai sud africain a été arrêté par ses données et la commission de monitoring de la sécurité quand une analyse intermédiaire a démontré un effet protecteur de 60% de la circoncision dans une analyse d'intention de traiter. Un effet protecteur de 76% de la circoncision a été observé dans une analyse suivant protocole ajustée pour 'cross-overs'.

L'étude randomisée à Rakai, en Ouganda, a enregistré 4996 hommes incirconcis et VIH- négatifs (âgés de 15 à 49 ans) à condition qu'ils acceptent de subir un counselling et un test volontaire pour le VIH. Les hommes ont été choisis au hasard pour une circoncision immédiate (2474 hommes) ou pour une circoncision après deux ans (2522 hommes). Des tests pour VIH ont été à nouveau effectués 6, 12 et 24 mois après l'enregistrement et l'objectif primaire était l'incidence du VIH. Ronald Gray et al ont fondé leurs analyses sur une base d'intention de traiter modifiée. Ils ont trouvé que la circoncision masculine a une efficacité estimée à 51% en terme de protection des hommes contre l'infection au VIH. Les symptômes sociodémographiques, comportementaux et des IST n'ont pas paru influencer la tendance de protection contre le VIH dans le groupe des circoncis. On a rapporté 84 cas d'effets secondaires modérés ou sévères (déhiscence de la plaie ou infection) soit (3.6%) dans le groupe des circoncis ; mais tous ceux-ci ont été résolus après traitement. L'essai a été arrêté par le NIAID sur base de l'efficacité en Décembre 2006.

L'étude randomisée au Kenya a eu lieu à Kisumu auprès d'un groupe de 2,784 hommes (âgés de 18-24 ans). Comme dans l'étude précédente, les hommes ont été au hasard soumis à une circoncision immédiate (1391 hommes) ou à une circoncision retardée de deux années (1393 hommes). L'objectif primaire était toujours l'incidence du VIH dans analyse avec intention de traiter. Les tests suivants de VIH ont été effectués après 1, 3, 6, 12, 18 et 24. Comme dans l'étude de Rakai, l'essai a été stoppé prématurément en Décembre 2006 après qu'une troisième analyse intermédiaire ait montré l'efficacité. Après deux années, l'incidence de VIH était de 4.2% (95% CI 3.0-5.4%) dans le groupe de circoncision retardée contre 2.1% (95% CI 1.2-3.0%) dans le groupe de circoncision immédiate. En d'autres termes la circoncision réduit le risque de contracter le VIH de 53% (95% CI 22-72%). Les auteurs ont rapportés seulement 21 cas d'effets secondaires et tous ont été rapidement guéris.

Il est donc évident que la circoncision protège en partie les hommes, du moins dans un cadre d'étude randomisée et contrôlée, contre l'acquisition du VIH. Les données sur les effets protecteurs de la circoncision masculine ont été révisées par un jury d'experts à une consultation technique de l'OMS/ONUSIDA en mars 2007⁵. Cette consultation a recommandé, entre autres choses, le besoin d'établir des stratégies de communication claires pour s'assurer que les hommes qui optent pour la procédure comprennent que la circoncision masculine n'est qu'en partie protectrice et que par conséquent ils doivent continuer d'appliquer les autres méthodes efficaces de prévention du VIH comme les préservatifs. Que la circoncision soit une intervention pratique et sûre à étendre à travers les continents comme l'Afrique demeure un sujet de discussion comme le savent beaucoup de membres de IUSTI-AFRIQUE.

Références:

1. Gray RH et al.. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. Lancet 2007;**369**:657-666
2. Bailey RC et al.. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. Lancet 2007;**369**:643-656
3. Weiss HA et al.. Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. AIDS 2000;**14**:2361-2370
4. Auvert B. et al.. Randomised, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. PLoS Med;**2**:1-11
5. WHO/UNAIDS Technical Consultation. New data on male circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications



L'ébauche de "la **Stratégie mondiale pour la prévention et le contrôle des infections sexuellement transmissibles : 2006-2015**" de l'OMS a été présentée aux Etats membres à la 59^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé en mai 2006.

L'Assemblée Mondiale de la Santé a soutenu la Stratégie Mondiale et prié les Etats membres de:

- Adopter et appuyer la Stratégie afin de s'assurer que les efforts nationaux pour atteindre les buts de développement du millénaire incluent plans et mesures appropriés à la situation épidémiologie locale, pour la prévention et le contrôle des IST, y compris la mobilisation de la volonté politique et des ressources financières pour cette fin.
- Inclure la prévention et le contrôle des IST comme une partie intégrante de la prévention du VIH, et des programmes de santé sexuelle et de reproduction.
- Faire le monitoring de la mise en application des plans nationaux afin d'assurer que les populations à risque des IST ont accès à l'information sur la prévention, aux fournitures, un diagnostic précoce et au traitement.



Ci-dessus: Statue montrant un patient africain souffrant d'onchocercose (cécité de rivière), à l'extérieur du siège de l'Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

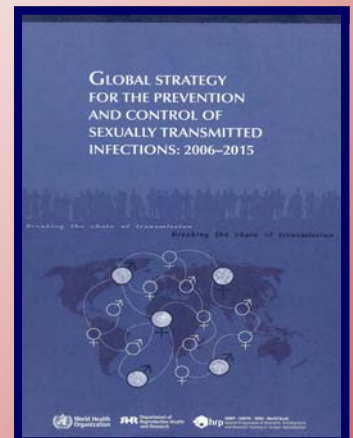
L'Assemblée Mondiale de la Santé a aussi demandé au Directeur Général de l'OMS de :

- préparer un plan d'action, en collaboration avec les autres organisations du système des Nations Unies, qui fixe les priorités, les actions, un horaire et les indicateurs de performance, pour la mise en œuvre de la Stratégie aux niveaux mondial et régional. De fournir le soutien pour la mise en œuvre au niveau des pays et pour le monitoring des plans nationaux pour le contrôle et la prévention des IST.
- Attirer l'attention au sein des Etats membres, sur l'importance d'établir, de promouvoir et de financer une législation de soutien des plans et des stratégies pour la prévention et le contrôle des IST.
- Soutenir les Etats Membres, sur demande, pour adapter et mettre en œuvre la Stratégie de façon appropriée à l'épidémiologie locale des IST, et pour évaluer son impact et son efficacité.
- De rapporter à l'Assemblée de la Santé par le biais de son comité exécutif, en 2009, 2012 et 2015 les progrès de la mise en œuvre de la stratégie.

Le Directeur Régional de IUSTI-Afrique a représenté tant la région IUSTI-Afrique que le président de IUSTI Monde à la réunion des actionnaires, qui a eu lieu récemment au siège de l'OMS à Genève (du 11 au 13 Juin, 2007), pour discuter du plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie Mondiale. L'Afrique était bien représentée avec délégués de cinq Etats membres, comprenant Dr. Joseph Aimé Bidiga (Burkina Faso), Dr. Anne Cécile Zoung-Kanyi (Cameroun), Dr. Felizbela Gaspar (Mozambique), Dr. Esmael Wabela (Ethiopie) et Dr. Aziza Bennani (Maroc). Les Conseillers Régionaux d'Afrique de OMS IST ont aussi participé - Dr. Benoît Soro (AFRO) et Dr. Hamida Khattabi (EMRO).

Le groupe a examiné et discuté en profondeur les sept principaux objectifs de la Stratégie :

- renforcer les composantes de soutien (directives, formation, réseaux, infrastructures logistiques, soutien aux laboratoires, surveillance et recherche)
- dispenser de soins de bonne qualité pour les IST
- assurer un approvisionnement fiable en produits et médicaments effectifs et sains
- promouvoir un comportement sain
- révision des politiques, lois et réglementations qui affectent la prévention et les soins des IST
- entreprendre un plaidoyer aux niveaux mondial, régional et national
- plaider pour les activités en collaboration entre les programmes clefs.



Des mises à jour de la Stratégie Mondiale, en particulier celles importantes pour l'Afrique, seront présentées dans les prochains journaux d'information de IUSTI-Afrique. Si vous désirez donner des idées à IUSTI sur le document de la Stratégie quand il sera publié, écrivez à Mme. Aulette Goliath à l'adresse iusti-africa@nicd.ac.za.

Evénements à venir

Conférences en Afrique:

FIDSSA- Deuxième congrès conjoint, Cape Town, Afrique du sud: 28-31 octobre 2007: www.fidssa.co.za

Sexualité, Pauvreté et Responsabilité en Afrique, Abuja, Nigéria: 4-7 février 2008: <http://africalsexuality.org>

15ème Conférence internationale sur le SIDA et les infections sexuellement transmissibles en Afrique (ICASA) 2008, Dakar, Sénégal: 8-11 Décembre 2008: www.saafrica.org/news.php#news0

11ème Congrès mondial de IUSTI-Afrique 2009, Cape Town, Afrique du sud, 9-11 novembre 2009: www.iusti.org

Conférences internationales:

17ème ISSTD/10ème congrès mondial de IUSTI, Seattle, WA, USA: 29 juillet-1 août 2007: www.isstdr.org/index.php?id=38

Conférence australasienne sur la santé sexuelle 2007, 8-10 octobre 2007, Jupiter's casino, Gold Coast, Queensland, Australia : www.sexualhealthconference.com.au

23ème conférence de IUSTI-Europe, Dubrovnik, Croatie: 11-14 octobre 2007: contact: Dr Mihael Skerlev mskerlev@kbc-zagreb.hr

15ème Congrès IUSTI-Asie-Pacifique, Dubai, UAE: 3-6 février 2008: www.iusti.ae

IUSTI - AFRIQUE Affiliation

www.iusti.org

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.

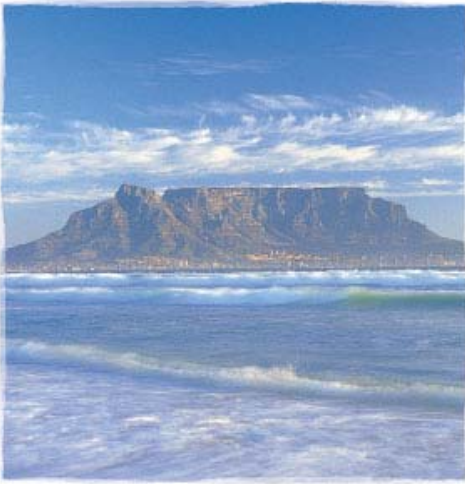
2. Paiement par carte de crédit (veuillez mettre les informations relatives sur le formulaire d'inscription et nous le faxer au +27 11 555 0470).

- 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



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

For further information contact

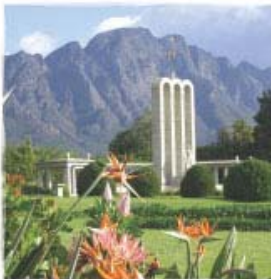
IUSTI Congress Office

Telephone: +27 (0)11 447 3876

Fax: +27 (0)11 442 8094

Email: suemc@icon.co.za

Website: www.iusti.org



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

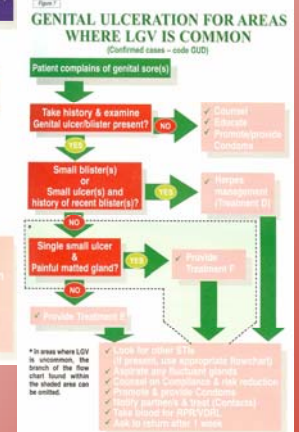
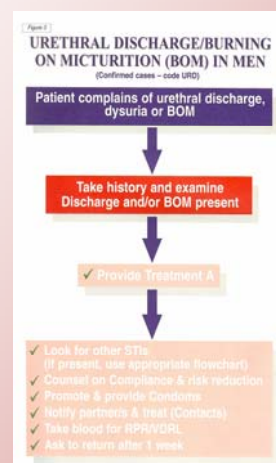
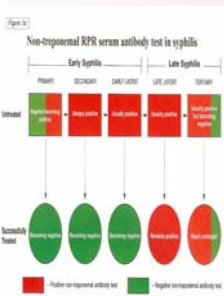
- 79 colour plates and 10 treatment flowcharts
- Suitable for the health worker, medical student, medical officer and/or post graduate student
- Use as a teaching/training guide

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

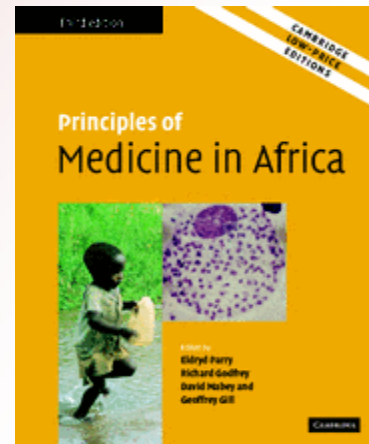


CAMBRIDGE LOW PRICE EDITION

ONLY FOR USE IN AFRICA AND DEVELOPING COUNTRIES

Principles of Medicine in Africa 3rd Edition

Edited by
Eldryd Parry,
Richard Godfrey,
Geoffrey Gill,
David Mabey



2004 1,416 pages Hardback
9780521534383 (ISBN-10: 0521534380)
Cambridge Low Price Edition £15.00

For students of medicine and those who practice in the front-line of medicine in Africa, this fully revised edition combines classical internal medicine with a rich understanding of the major influences on health and disease in Africa. This is the one essential text for the medical student, medical officer, or postgraduate student wanting the most complete and up-to-date reference book on medicine in Africa.

FEATURES

- Revised edition of standard text for Africa, previously published by Oxford University Press
- Expanded in scope, with colour illustrations for the first time
- Equally suitable for the medical student, medical officer or postgraduate student
- Extensive references specific to African health issues

CONTENTS

Part I. Health and Disease;

Part II. Infection;

Part III. Non-Communicable Diseases;

Part IV. Diseases of Body Systems;

Part V. Medical Aspects of Other Important Conditions in Africa;

Part VI. Common Life-Threatening Emergencies

Cambridge University Press
www.cambridge.org/medicine
Tel: +44 1223 312393 Fax: +44 1223 325632

Order your copy today!

Contact: iusti-africa@nicd.ac.za for the order form.