

IUSTI

INTERNATIONAL UNION AGAINST
SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS
AFRICA



IUSTI -AFRIQUE

JOURNAL D'INFORMATION

JUILLET 2008

Numéro 3

Dans ce numéro:

Nouvelles du Directeur Régional

Le contrôle de l'herpès génital

EMNOSTIC

Surveillance

- au Sénégal

Regional de formation

- Moshi - Tanzania

Nouvelles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

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

Evénements à venir

- Conférences

Livres

IUSTI Affiliation Suggestions, Commentaires et Réactions ...

Brèves nouvelles d'autres régions de IUSTI

Nouvelles du Directeur Régional

Ce 3^e numéro du bulletin de IUSTI-AFRIQUE apporte avec lui des informations importantes de mise à jour concernant la prise en charge des ISTs sur le continent africain.

À la suite de l'émergence la résistance a la ciprofloxacine en Afrique australe, l'Afrique du Sud a maintenant pris la tête parmi ses voisins et remplace actuellement la ciprofloxacine en dose unique (500mg) par la dose unique (400mg) de céfixime thérapie de première intention pour traiter les infections gonococciques présumées dans les schémas des algorithmes du traitement syndromique pour les syndromes d'écoulement urétral et d'écoulement vaginal. La dose unique (250mg) de ceftriaxone intramusculaire d'une sera donné au lieu du céfixime pour ISTs compliquées qui peuvent être dues à *Neisseria gonorrhoeae*, à savoir la maladie inflammatoire pelvienne (syndrome de douleur au bas ventre) et l'épididymo-orchite (syndrome de grosses bourses). Il sera important pour d'autres pays africains, encore capable d'utiliser la ciprofloxacine, de surveiller régulièrement la prévalence des gonocoques résistants a la ciprofloxacine par des activités de surveillance microbiologiques périodiques.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a récemment entrepris une consultation avec les experts internationaux pour passer en revue les directives actuelles de l'OMS sur la prise en charge syndromique des ISTs. Plusieurs changements sont prévus et ceux-ci sont décrits dans la section des nouvelles de l'OMS de ce bulletin.

Un changement important dans les directives révisées de l'OMS sera si tout va bien davantage de promotion de la thérapie épisodique à l'acyclovir dans la prise en charge de l'ulcération génitale. Une étude randomisée double aveugle placebo-cas témoin a été récemment réalisée parmi les hommes avec ulcération génitale en Afrique du Sud ; elle a évalué l'avantage d'ajouter l'acyclovir à la thérapie antimicrobienne pour le chancre mou et la syphilis. Quoique les patients se soient présentés relativement tard, un avantage significatif en termes de guérison de l'ulcère a été noté parmi ceux recevant l'acyclovir. Il y avait également une diminution du portage de l'ARN VIH-1 chez ces hommes prenant l'acyclovir. En Afrique du Sud, approximativement 60-70% d'ulcères génitaux sont maintenant dus à l'herpès génital et 70% de patients présentant une ulcération génitale sont co-infectés au VIH. Les nouvelles directives de traitement des ISTs du ministère de la santé sud-africain recommandent maintenant l'utilisation de l'Acyclovir, en plus de la de la benzathine pénicilline et de l'érythromycine, comme thérapie de première intention pour l'ulcération génitale. Une discussion plus élaborée de récents essais en Afrique et de la prise en charge de l'herpès génital dans le contexte du VIH est le sujet de notre section sur les recherches.

La stratégie mondiale de l'OMS pour améliorer la prise en charge des ISTs en Afrique souligne l'importance de la surveillance étiologique et de résistance antimicrobienne afin d'optimiser les régimes de traitement pour les syndromes des ISTs. Cette composante de l'approche syndromique de prise en charge demeure très faible en Afrique. Au cours des prochaines années, il sera important de renforcer la surveillance afin de renforcer les approches de santé publique pour réduire la transmission tant des ISTs que du VIH/SIDA. Si vous êtes au courant de données de surveillance des ISTs dans votre pays, je vous invite à envisager de partager ces données avec d'autres dans la section de surveillance de ce bulletin régional de IUSTI-AFRIQUE. Nous voudrions vraiment avoir de vos nouvelles.



David Lewis

Le contrôle de l'herpès génital: un nouvel espoir pour la lutte contre le VIH

Nicolas Nagot¹, Sinead Delany-Moretlwe² and Philippe Mayaud³

¹ Research group on HIV Pathogenesis, HIV Transmission & Associated Diseases,
University Hospital of Montpellier, Montpellier, France

² Reproductive Health & HIV Research Unit, University of the Witwatersrand,
Johannesburg, South Africa

³ London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK



Dr Nicolas Nagot

L'herpès génital, causé par l'infection à *Herpes simplex* virus de type 2 (HSV-2), est devenu la première cause d'ulcération génitale en Afrique: 79% des ulcérations génitales sont dues à HSV-2 au Rwanda et environ 60% au Malawi, Lesotho ou en Afrique du Sud, et 50% au Ghana et en République Centrafricaine. Cette infection fait l'objet d'un net regain d'intérêt en raison de son association avec le VIH. Les personnes infectées par HSV-2 ont deux à trois fois plus de risque d'acquérir le VIH, et la co-infection des deux virus entraîne une élévation de la charge virale plasmatique et du portage génital, et donc probablement une transmission accrue. Ces faits sont basés sur des études épidémiologiques observationnelles concordantes, mais également sur des plausibilités biologiques reposant sur l'activation la réplication du VIH par des protéines HSV-2, ainsi que sur une susceptibilité accrue au VIH chez les personnes infectées par HSV-2. La preuve de la relation entre les deux virus a été apportée récemment par plusieurs essais cliniques qui ont montré que la réduction des

réactivations de l'infection HSV-2 (par la prise d'un médicament antiherpétique) entraînait une baisse significative de la réplication du VIH au niveau plasmatique et génital.

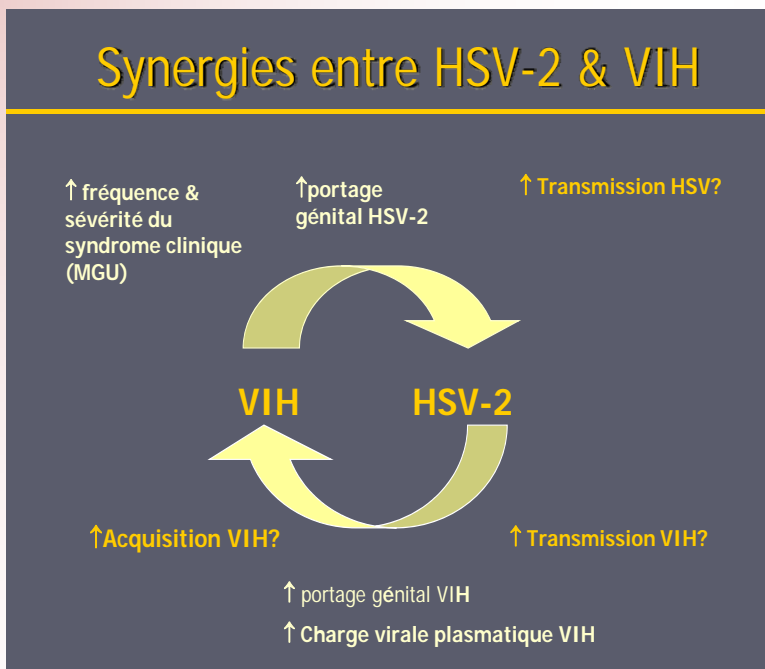
Le contrôle de l'herpès génital représente ainsi une voie d'avenir pour la lutte contre le VIH, tant au niveau de la prévention (primaire que secondaire), que de la prise en charge. Il est en effet possible que la réduction soutenue de la charge virale plasmatique du VIH soit associée à un bénéfice sur l'histoire de la maladie.

Actuellement, le contrôle de l'infection HSV-2 repose sur l'éducation, l'usage du préservatif et la prise de traitements antiherpétiques par voie orale. Ces derniers incluent l'aciclovir, disponible en formulation générique et peu onéreux; le valaciclovir, une pro-drogue de l'aciclovir (nécessitant moins de prises) dont le prix,

actuellement prohibitif pour les pays du sud, sera largement revu à la baisse en 2009 lorsque la licence de commercialisation deviendra publique; et enfin le famciclovir, très onéreux et d'une efficacité comparable aux deux autres produits.

Ces médicaments peuvent être utilisés dans deux approches différentes de la prise en charge de l'herpès génital:

- Le traitement des ulcérations génitales lorsqu'elle surviennent (traitement épisodique): schéma thérapeutique court de 5 à 7 jours



Le contrôle de l'herpès génital

La prévention des manifestations cliniques chez les patients présentant des récurrences fréquentes et invalidantes (traitement suppressif): traitement continu quotidien pendant au moins six mois avec évaluations régulières pour définir une durée optimale.

Si le traitement épisodique permet de réduire la durée de cicatrisation des ulcérations génitales, il n'a aucun effet sur les récurrences futures.

Dans le cadre de la lutte contre le VIH, ces deux stratégies ont été testées dans différents essais cliniques.

Essais du traitement épisodique

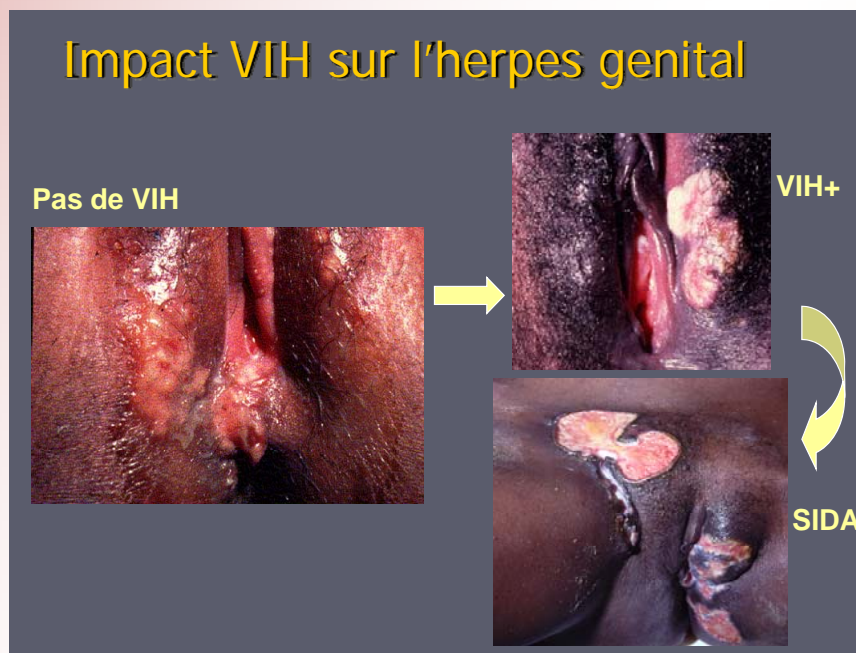
Les essais qui ont utilisé l'approche épisodique étaient avant tout pragmatiques. Leur objectif principal était d'évaluer les bénéfices liés à l'introduction de l'aciclovir dans les algorithmes de prise en charge des ulcérations génitales, qui jusque là ne comprenaient qu'une combinaison de traitements antibiotiques

couvrant le chancre mou et la syphilis. Les résultats de ces essais menés au Ghana et en République Centrafricaine, en Afrique du Sud et au Malawi montrent tous un impact très modéré sur le portage génital du VIH, mais qui tend à augmenter si le patient consulte assez tôt après l'apparition de son ulcération. Chez ces mêmes patients infectés par le VIH, le bénéfice clinique sur la cicatrisation de l'ulcère était également modéré, avec en moyenne un gain de 1 à 2 jours qui augmentait également avec une présentation précoce. Une des grandes leçons de ces essais fût d'observer une prévalence très élevée (>50% dans tous les pays) d'infection à VIH chez les personnes consultant pour une ulcération génitale, dont la grande majorité ignorait leur statut. La prise en charge de ces patients représente ainsi une grande opportunité de diagnostic, d'éducation et de prise en charge de l'infection à VIH.

Essais du traitement suppressif

Le traitement suppressif de l'herpès génital a été utilisé dans des essais cliniques avec des critères d'évaluation différents. Il s'agissait tout d'abord de démontrer formellement le concept d'une interaction entre HSV-2 et répllication virale du VIH-1 chez des personnes co-infectées. Pour cela, le traitement suppressif présente l'avantage de réduire non seulement la fréquence des récurrences cliniques de HSV-2 (ulcérations génitales), mais également la fréquence des réactivations asymptomatiques qui sont probablement le moteur des mécanismes biologiques d'interaction entre les deux virus. Ces essais explicatifs, menés au Burkina Faso, en Afrique du Sud, en Thaïlande et au Pérou ont donc utilisé les charges virales génitale et plasmatique comme critères de jugement. Tous ont mis en évidence une baisse significative de la répllication virale plasmatique et génitale du VIH-1 chez les participants, hommes ou femmes, traitées par l'aciclovir ou le valaciclovir. Seul un essai tanzanien, qui cherchait à évaluer l'effet d'un traitement suppressif au long cours (deux ans) parmi des prostituées, n'a pu montrer d'impact significatif, ce qui peut s'expliquer par une faible observance au traitement de l'étude qui n'a pas permis de contrôler l'infection HSV-2.

D'autres essais de traitement suppressif, dont les résultats sont attendus en 2008/09 évaluent l'impact de cette intervention sur un plan clinico-épidémiologique: d'une part sur la transmission du VIH au sein de couples séro-différents dont le/la partenaire co-infecté(e) reçoit le traitement (antiherpétique ou placebo), et d'autre part sur l'acquisition du VIH chez des personnes à risque infectées par HSV-2. Enfin, d'autres essais sont prévus pour évaluer le bénéfice du traitement suppressif sur l'évolution de la maladie VIH (mesurée par le taux de lymphocytes CD4) chez les personnes co-infectées qui représentent plus de 80% des patients infectées par le VIH. Ces vastes essais multicentriques réalisés en Afrique permettront de quantifier les bénéfices cliniques du contrôle de l'herpès génital.



Le Futur

Les prochaines années seront donc riches en enseignements avec la publication des résultats de ces grands essais cliniques multicentriques. Nous saurons alors si les espoirs nés des essais explicatifs seront confirmés, ce qui se traduirait par une phase de recherche opérationnelle afin de définir les groupes cibles prioritaires et les modalités d'intervention dans la vie réelle.

Les connaissances actuelles doivent nous amener à apporter une attention plus grande à l'herpès génital chez nos patients infectés par le VIH. Ces derniers devraient bénéficier d'une information et d'une éducation appropriée sur l'infection HSV-2 dans le cadre de leur prise en charge, associée si possible à la réalisation d'un test HSV-2. Surtout, les indications de traitement antiherpétique doivent être assouplis pour le confort du patient et la protection de son ou de ses partenaires. De plus, ne passons pas à côté de l'immense opportunité d'informer, de conseiller et de dépister pour le VIH tous les patients consultant pour un ulcère génital, afin de leur proposer une prise en charge adaptée.

Enfin, il convient bien évidemment de renforcer la recherche vaccinale sur l'infection HSV-2, qui constituerait le moyen de contrôle le plus efficace et le plus acceptable de l'herpès génital.

Références

1. Corey L, et al. Once-daily valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes. *N Engl J Med* 2004;**350**(1):11-20.
2. Corey L, et al. The effects of herpes simplex virus-2 on HIV-1 acquisition and transmission: a review of two overlapping epidemics. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;**35**(5):435-45.
3. Delany S, et al. Impact of Herpes Simplex Virus Type 2 Suppressive Therapy with Acyclovir on Genital and Plasma HIV-1 RNA in HSV-2 and HIV seropositive women: a randomised, placebo-controlled trial in Johannesburg, South Africa. 14th CROI Conference, Los Angeles, USA, 25-29 February 2007.
4. Freeman E, et al. Herpes simplex virus 2 infection increases HIV acquisition in men and women: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *AIDS* 2006;**20**(1):73-83.
5. Legoff J, Cervicovaginal HIV-1 and herpes simplex virus type 2 shedding during genital ulcer disease episodes. *AIDS* 2007;**21**(12):1569-1578.
6. Mbopi-Keou FX, et al. Interactions between herpes simplex virus type 2 and human immunodeficiency virus type 1 infection in African women: opportunities or intervention. *J Infect Dis* 2000;**182**(4):1090-6.
7. McClelland RS, et al. Association between cervical shedding of herpes simplex virus and HIV-1. *AIDS* 2002;**16**(18):2425-30.
8. Nagot N, et al. Reduction of HIV-1 RNA levels with therapy to suppress herpes simplex virus. *N Engl J Med* 2007;**356**(8):790-9.
9. Paz-Bailey G, et al. Herpes simplex virus type 2: epidemiology and management options in developing countries. *Sex. Transm. Inf.* 2007;**83**:16-22.
10. Paz-Bailey G, et al. Impact of Episodic Acyclovir Therapy on Genital Ulcer Duration and HIV Shedding from Herpetic Ulcers Among Men in South Africa. 17th ISSTD, Seattle, USA, 29 July-Aug 1, 2007.
11. Rebbapragada A, et al. Negative mucosal synergy between Herpes simplex type 2 and HIV in the female genital tract. *AIDS* 2007;**21**(5):589-98.
12. Weiss H. Epidemiology of herpes simplex virus type 2 infection in the developing world. *Herpes* 2004;**11 Suppl 1**:24A-35A.
13. World Health Organisation. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Revised version. Geneva: WHO, 2003.
14. Zuckerman RA, et al. Herpes simplex virus (HSV) suppression with valacyclovir reduces rectal and blood plasma HIV-1 levels in HIV-1/HSV-2-seropositive men: a randomised, double-blind, placebo-controlled crossover trial. *J Infect Dis* 2007;**196**:1500-8.

EMNOSTIC, the **Eastern Mediterranean Network Of Sexually Transmitted Infections Control** (Réseau de contrôle des infections sexuellement transmissibles en méditerranée orientale), est un réseau non gouvernemental, sans but lucratif et impartial d'experts dans le contrôle des infections sexuellement transmissibles (IST). Son but est de soutenir les pays régionaux de la méditerranée orientale dans l'évaluation et l'élaboration des réponses aux défis relatifs aux IST. Il vise d'atteindre ses objectifs à travers le partage de l'information et de la connaissance en soutenant les programmes d'éducation et le développement des réseaux, les débats et les discussions sur les IST.

Objectifs:

1. Promouvoir le développement et/ou renforcer les réponses nationales aux IST dans la région.
2. Fournir un soutien technique et une formation pour renforcer les réponses nationales aux IST.
3. Faciliter les échanges d'expérience et d'information au sein et au-delà de la région (y compris les autres réseaux similaires).

Principaux champs d'action:

- Echange d'information et d'expérience en identifiant les publications, les activités, les événements, les rencontres et les sessions de formation relatifs aux IST et à la santé de la reproduction et en disséminant l'information en utilisant les e-mail, les journaux et le site web de EMNOSTIC www.emnestic.org.
- Evaluation de la situation des IST en utilisant les instruments de mesure de l'OMS avec pour but de rendre disponibles des données épidémiologiques sur les IST dans la région.
- Assistance technique aux pays par des experts de la région dont les coordonnées sont enregistrées dans une banque de données mise à jour. Les experts, qui ne sont pas nécessairement membres de EMNOSTIC, peuvent être sollicités pour assister les pays dans la planification et la mise en œuvre des projets ou programmes pour la prévention et le contrôle des IST.

Les professionnels qui sont intéressés peuvent postuler pour être inclus dans la base de données en remplissant le formulaire disponible sur le site web de EMNOSTIC (www.emnestic.org) ou en contactant le Coordinateur du Secrétariat.

Comment joindre EMNOSTIC?

La qualité de membre est ouverte à tous les individus qui sont consacrés à la prévention, aux soins et au contrôle des IST dans leurs pays ainsi qu'aux experts en IST des institutions et organisations gouvernementales et non gouvernementales. La qualité de membre est sujette à l'approbation du Comité Exécutif.

Les professionnels des IST désireux de joindre EMNOSTIC peuvent postuler en ligne (www.emnestic.org) ou contacter le Coordinateur du Secrétariat :



Dr Amira Medimagh

Tel: +216 71 960 026

Mob: +216 98 335 222

Fax: +216 71 964 558

e-mail: amira.medimagh@emnestic.org

Pour plus d'information sur EMNOSTIC, veuillez visiter le site web: www.emnestic.org ou contacter le secrétariat.



Prof. Aïssatou Gaye-Diallo

Surveillance des Infections Sexuellement Transmissibles au Sénégal : enquête nationale réalisée en 2006 chez 639 femmes enceintes et 605 travailleuses du sexe dans les 11 régions

Gaye-Diallo A., Niang Diallo P.A., Badiane M., Ndoye I.,

Wade A.S., Diop I., Lalou R.,

Diakhaté-Doucouré M., Guèye-Ndiaye A.,

Touré-Kane N.C., Guèye-Gaye A., Mboup S.

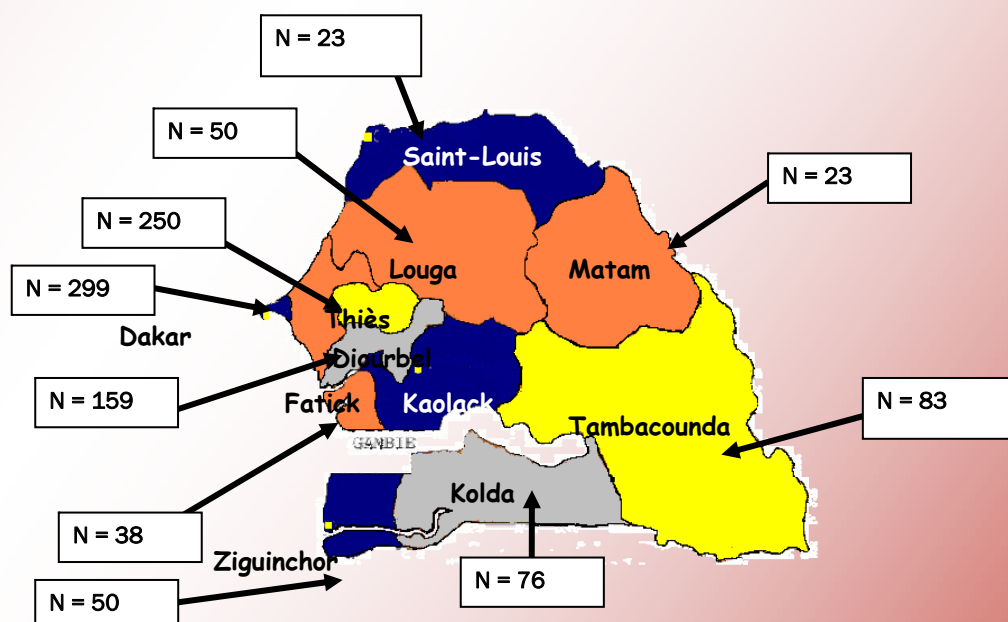
Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) constituent une priorité indiscutable en Santé Publique. La très grande fréquence des IST classiques (syphilis, gonococcies, chlamydioses, chancre mou, trichomonases) ainsi que leurs complications propres, suffisent à en faire un problème de Santé Publique à part entière, raison pour laquelle le Conseil National de Lutte contre le Sida du Sénégal en collaboration avec la Division de lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement transmissibles, la Coopération Française, le Fonds Mondial et l'USAID, avait lancé, en 2006, une grande campagne de surveillance de ces infections auprès de groupes cibles (militaires, policiers, pêcheurs, camionneurs, travailleuses du sexe et femmes enceintes).

Ce travail portait sur une partie de cette enquête ciblant uniquement les femmes enceintes et les travailleuses du sexe. Il avait pour objectif d'analyser les résultats des tests biologiques effectués sur les deux groupes. Au total, 1244 femmes réparties comme suit : 639 femmes enceintes (qui étaient venues en consultation dans les centres de santé) et 605 travailleuses du sexe (enregistrées au fichier sanitaire ou clandestines).

Il s'agissait d'une enquête de surveillance comportementale (qui n'a pas été incluse dans notre étude) combinée à une enquête biologique (objet de notre travail). L'enquête couvrait tout le territoire national, les 11 régions de l'époque. Le plus grand nombre de recrutement pour les deux cibles, avait été enregistré dans la région de Dakar avec 299 femmes, suivi de la région de Thiès avec 250 enregistrements. C'est à Matam qu'il y a eu le plus faible recrutement avec seulement 23 femmes enceintes.

Chez les travailleuses du sexe (605), seules 3 avaient moins de 18 ans (0,49% des travailleuses du sexe avaient 17ans) ; tandis que chez les femmes enceintes, nous avons recensé 34 cas femmes âgées de 17 ans et moins, la plus âgée des femmes enceintes avait 47ans.

Le pic de tranche d'âge des femmes enceintes est situé entre 21 à 30 ans alors que la majorité des travailleuses du sexe ont une tranche d'âge située entre 31 à 40 ans.



Répartition de la population d'étude par région

Les tests biologiques concernaient les sécrétions vaginales pour la recherche d'une candidose vaginale, d'une vaginite à *Trichomonas vaginalis*, la vaginose bactérienne ; nous avons aussi analysé le sang de nos participantes en vue du diagnostic indirect de la syphilis, de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, de l'herpès génital et de l'infection à VIH.

Comme technique de prélèvement vaginal, nous avons utilisé l'auto-prélèvement. Les prélèvements sanguins étaient effectués au pli du coude.

L'analyse de ces prélèvements était effectuée au laboratoire de Bactériologie-Virologie de l'hôpital Aristide le Dantec selon les procédures du service.

La prévalence de la candidose vaginale était de 24% dans la population d'étude, 90% de ces femmes présentaient une leucorrhée et 47,6% se plaignaient de prurit. Les femmes enceintes (29,5%) étaient beaucoup plus touchées que les travailleuses du sexe (18,3%) avec un lien significatif de l'affection au statut de femme enceinte.

Pour la vaginose bactérienne, la prévalence était de 39% dans la population d'étude, 32,3% chez les femmes enceintes et 47,2% chez les Travailleuses du sexe. La particularité qui a été relevée est une association de l'affection avec une réaction inflammatoire locale (plus de 5 leucocytes par champs microscopique) : toutes les participantes qui présentaient une réaction inflammatoire locale avait aussi la vaginose bactérienne.

Dans cette étude, la vaginose est corrélée au statut de travailleuse du sexe avec un risque relatif significatif. De plus, la prévalence de la vaginose bactérienne par région était beaucoup plus élevée chez les travailleuses du sexe dans toutes les régions.

Pour la distribution dans les régions, la région de Dakar était beaucoup plus touchée et a enregistré 24,1% des cas diagnostiqués.

La vaginite à *Trichomonas vaginalis* a une prévalence de 7,4% dans la population générale, elle n'est pas corrélée à un statut donné. Quelque soit la région, les femmes enceintes étaient les plus touchées.

Pour l'infection chlamydienne, près de la moitié des tests effectués avaient montré la présence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, avec une prévalence de 44,9%.

Cependant nous avons remarqué qu'aucun stigmate d'infection à *Chlamydia trachomatis* n'a été identifié, dans les régions de Saint-Louis, Matam, Tambacounda et Kolda. Pour les autres régions, les prévalences sont allées jusqu'à 84,6% dans le groupe des Travailleuses du sexe.

La syphilis a une fréquence de 7% dans la population d'étude. Les taux de prévalence dans nos groupes cibles ont été de 2,1% pour les femmes enceintes et 11,5% pour les travailleuses du sexe. Nous avons constaté que pour 5 régions (Thiès, Diourbel, Fatick, Ziguinchor et Tambacounda), aucune des femmes enceintes n'avaient d'anticorps anti-tréponémiques.

Pour l'infection à HSV-2, près de la moitié de la population d'étude, avait été en contact avec le virus herpétique type 2 (49,8%). Ce taux atteignait presque les 100% si l'on considère le groupe des travailleuses du sexe et ce, dans toutes les régions.

La prévalence de l'infection à VIH est de 0,8% dans le groupe des femmes enceintes ; mais elle atteint 19,9% chez les travailleuses du sexe, confirmant ainsi, le caractère concentré de l'épidémie de l'infection à VIH au Sénégal. Chez les femmes enceintes, les prévalences peuvent varier significativement selon la région (par exemple, 0,6 pour Dakar et 4,3 pour Ziguinchor). Pour les travailleuses du sexe le taux le plus élevé a été noté à Tambacounda (35,5%).

Dans les co-infections, nous avons relevé 94,4% d'association VIH/HSV-2 et 57% d'association VIH/Vaginose bactérienne. L'herpès génital était associé à la vaginose bactérienne à un taux de 47,4%. Pour l'infection à VIH aussi bien que celle à HSV-2, l'association avec la vaginite à *Trichomonas vaginalis* n'était pas significative.

Ce travail a permis une comparaison des résultats sénégalais avec ceux de la littérature africaine et occidentale. Il suggère aussi quelques orientations futures de la prise en charge et la recherche en matière d'infections sexuellement transmissibles :

- L'étude des caractéristiques de la vaginose bactérienne, notamment ce lien avec la réaction inflammatoire et les signes comme le prurit, l'irritation vulvaire et la dyspareunie.
- Une étude prospective sur l'herpès génital ; place respective des virus HSV-1 et HSV-2; caractéristiques de l'herpès génital au Sénégal
- Analyse des co-infections VIH/HSV-2 ; VIH/Vaginose bactérienne et HSV-2/Vaginose bactérienne.

Ce travail interpelle aussi les décideurs pour la pérennité de la surveillance des Infections Sexuellement Transmissibles. Le volet microbiologique de l'enquête nationale de surveillance combinée comportementale et biologique des infections sexuellement transmissibles doit être réalisé de manière sentinelle.

13^{Eme} Conference Internationale CME du Centre Regional de formation en Dermatologie

La 13^e Conférence Internationale CME du Centre Régional de formation en Dermatologie (RDT) et la Réunion des Diplômés s'est tenue à Moshi, en Tanzanie du 16 au 19 janvier de cette année. Les quatre jours de conférence ont été faits de symposiums séquentiels adressant des sujets variés de dermatologie comme le membre enflé, la lèpre, les genodermatoses et l'épidémiologie des maladies de la peau ainsi que les manifestations cutanées du VIH/SIDA et des ISTs. Le Directeur Régional a dispensé un cours sur « Les ISTs : Problèmes topiques pour l'Afrique ».

Environ 50 diplômés et stagiaires en dermatovénérologie africains d'à travers le continent ont participé à la conférence. Le nombre était inférieur à celui prévu à cause des violences post-électorales au Kenya qui ont résulté en la fermeture des frontières et empêché beaucoup de délégués ougandais et kenyans de participer. Le Groupe Urbain Moshi de la Jeunesse et de la Culture a présenté une série de sketches poignant sur la stigmatisation associée à l'albinisme dans la culture africaine.

Plusieurs nouveaux membres de IUSTI Afrique ont été recrutés. Tant le prix Michael Waugh pour la meilleure présentation sur les ISTs que le prix Terence Ryan pour la meilleure dissertation en recherche biomédicales sont allés au Dr Christabel Akiso Mayienga du Kenya.



Figure 1.

Centre Régional de Formation en Dermatologie, à Moshi

Figure 2.
Musiciens du Groupe Urbain Moshi de la Jeunesse et de la Culture



Figure 3.

Le Professeur Henning Grossmann présentant le prix IST Michael Waugh au Dr. Christabel Akiso Mayienga



Nouvelles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Révision du schéma OMS de la prise en charge syndromique

Le Directeur régional a pris part au groupe désigné par l'OMS pour réviser et faire des suggestions pour la modification du schéma de prise en charge syndromique des ISTs. L'équipe internationale de révision s'est retrouvée sur une période d'une semaine en avril au Grand Hôtel Suisse à Montreux, en Suisse. Le Directeur régional a présenté une vue d'ensemble des rapports sur la résistance antimicrobienne des gonocoques sur les 10 dernières années sur le continent africain. Certaines données étaient non encore publiées et ont été partagées à travers les ministères de la santé et les chercheurs individuels.

Les changements majeurs que l'OMS a recommandé de considérer dans la révision du schéma étaient le remplacement de la ciprofloxacine par des céphalosporines comme agents de première intention dans le traitement de l'infection présumée au gonocoque, l'introduction de l'acyclovir comme traitement de première intention de l'ulcération génitale (en plus des régimes actuels de benzathine pénicilline et d'érythromycine), l'introduction de l'évaluation du risque comme composante de l'algorithme de l'écoulement vaginal et la création d'un algorithme pour la proctite/écoulement rectal.

Les recommandations de cette équipe résulteront, nous l'espérons, en la création, prochainement, de schémas améliorés et mis à jour de prise en charge syndromique des ISTs.

Mise à jour sur le congrès 2009 de IUSTI- monde

Une opportunité passionnante de déplacer le congrès 2009 du monde IUSTI des Winelands (terres de vin) du Cap au renommé Waterfront (bord de mer) à Cape Town s'est présentée.

Le congrès aura maintenant lieu dans la salle conférence du Board of Executives (Conseil des cadres) sous l'ombre du Table Mountain (plateau).

Les délégués pourront profiter pleinement des avantages de plusieurs activités récréatives qu'offre la ville mère de l'Afrique du Sud.

Le congrès a maintenant son propre site Web et vous pourrez lire plus au sujet de la conférence sur www.iusti.co.za



Figure 1
Cape Town Waterfront

Conférences en Afrique:

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.co.za

Conférences internationales:

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

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

Conférences IUSTI

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

IUSTI-Europe 2010

Tbilisi, Georgia (in planning) - Contact: *Josephe Kobakhidze*

ISSTD / IUSTI North America 2011

Joint Meeting, (in planning) - Contact: *Charlotte Gaydos*

IUSTI-Europe 2011

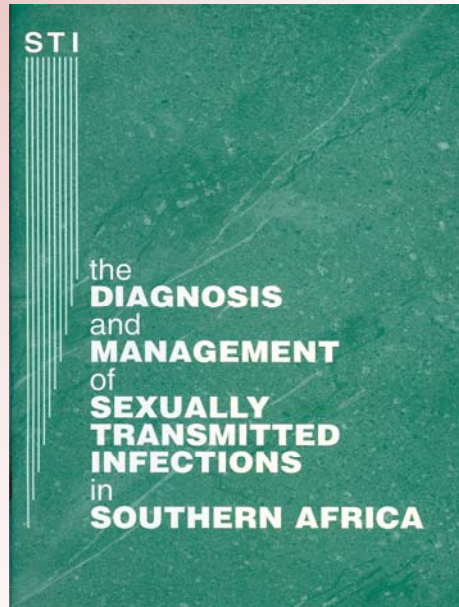
Riga, Latvia (in planning) - Contact: *Andris Rubins*

12th IUSTI World Congress

New Delhi, India: 2-5 November 2011 - Contact: *Somesh Gupta*

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

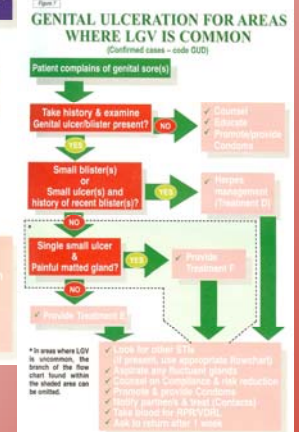
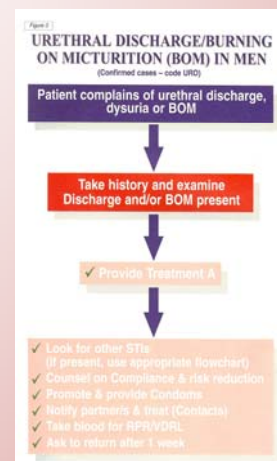
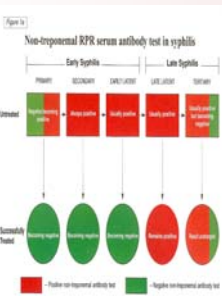
- 79 colour plates and 10 treatment flowcharts
- Suitable for the health worker, medical student, medical officer and/or post graduate student
- Use as a teaching/training guide

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

Brèves nouvelles d'autres régions de IUSTI

Des informations plus détaillées sont disponibles dans la mise à jour de IUSTI Monde, accessible sur www.iusti.org

Asie-Pacifique

La branche Asie-Pacifique s'étend sur plusieurs pays dans une immense région, mais a été très active au cours des 20 dernières années. Elle a traditionnellement un nombre grand et fluctuant de membres. Le comité compte présentement des membres de ses constituantes principales, mais le Président et le Directeur régional sont particulièrement enthousiasmés de voir les deux nations les plus peuplées, la Chine et l'Inde, représentées, pour la première fois ensemble, par des détenteurs de bureau.

Europe

Le 24^e congrès IUSTI Europe se tiendra à l'Université de Milan en Italie du 4 au 6 septembre 2008. Pour plus d'information, veuillez visiter le site web (www.oic.it/iusti-europe2008).

Les travaux continuent sur les Directives européennes pour les IST. Les directives suivantes sont en cours de révision : Syphilis, VIH test, Gonorrhée, Chlamydia, Urétrite, Maladies génitales ulcéraires tropicales et herpès génital. Toutes les directives publiées ainsi que les mises à jour sur les travaux en cours, peuvent être vues sur le site web de IUSTI (www.iusti.org puis « IUSTI Regions », puis « Europe », puis « Guidelines »).

Amérique latine

L'association latino-américaine et caribéenne pour le contrôle des infections sexuellement transmissibles (ALAC-ITS) est une association scientifique internationale fondée en 2003 dans le but de réunir les professionnels de différents domaines ayant une expertise sur l'Amérique latine et les caraïbes, ayant un intérêt commun de collaboration dans les activités relatives aux services, à la formation et à la recherche appliquée dans le contrôle des ISTs.

En mars 2008, des représentants des programmes nationaux pour les ISTs de 19 pays, du PAHO, de l'OMS et des membres de ALAC-ITS se sont rencontrés à Lima, au Pérou, pour « La réunion latino-américaine de ALAC-ITS: Programmes nationaux latino-américain et caribéen des ISTs, Atelier, Opportunités et défis programmés et de recherche concernant les ISTs dans la région ». L'objectif de la réunion était de discuter les résultats de l'enquête et de proposer un plan de travail conjoint 2008-2009 pour adresser ces questions. Le rapport final de la réunion est disponible sur la page web de ALAC-ITS : www.alacits.org

Amérique du nord

La réunion BASHH/ASTDA tenue à Brooklyn New York du 7 au 10 mai 2008, intitulée « Approches convergentes dans le contrôle des ISTs et la Santé de la Reproduction » a été un succès. Avec approximativement 500 participants provenant tant des Etats-Unis que du Royaume-Uni ainsi que de beaucoup d'autres pays, les sujets ont été présentés de façon intégrée ramenant ensemble les questions tant du VIH que des ISTs.

