

Dossier
« Sida et toxicomanie »

Éditorial

Marc Gentilini

Dossier

Compte rendu des V^{es} Journées scientifiques de l'Aupelf-Uref
« Sida et toxicomanie »
Hô Cho Minh-Ville, Viêt-nam, 11-13 janvier 1996

*Études
originales*

Le riz source de vie et de mort sur les plateaux de Madagascar
S. Laventure et al.

Contrôle d'une épidémie de méningite à méningocoque en Afrique centrale
M. Merlin et al.

Évaluation de mesures antivectorielles contre le paludisme dans le centre du Viêt-nam (1976 à 1991)
NGuyen Tho Vien et al.

Séroprévalence de la toxoplasmose à Dakar en 1993 : étude des femmes en période de procréation
S. Diallo et al.

Option

Qualité des services de santé en Afrique : l'exemple du dépistage des grossesses dystociques à Nioki (Zaïre)
P. Fournier et al.

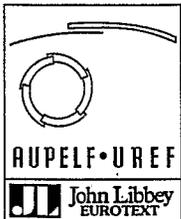
*Note de
recherche*

Élaboration et évaluation d'algorithmes de dépistage des MST chez la femme enceinte à Libreville, Gabon
A. Bourgeois et al.

*Note
méthodologique*

Bases de données bibliographiques internationales étrangères :
Index Medicus
É. Bloch-Mouillet

ISSN: 1127-5999



A7 203
L.N.T.

MODAC = D, FRA

Prix au numéro :
120 FF pays du Nord
60 FF pays du Sud

Volume 6 Numéro 2 Pages 63 à 130 Mars-Avril 1996

Élaboration et évaluation d'algorithmes de dépistage des MST chez la femme enceinte à Libreville, Gabon

Anke Bourgeois, Daniel Henzel, Germaine Dibanga,
Noël Ndong Minko, Martine Peeters, Jean-Pierre Coulaud,
Lieve Fransen, Éric Delaporte

Dans les pays en développement (PED), les maladies sexuellement transmissibles (MST) et l'infection par le VIH sont des problèmes de santé publique de première importance [1-4]. En effet, les prévalences de certaines MST, en particulier celles entraînant de graves complications maternelles et infantiles [5-9], sont très élevées dans de nombreux PED: de 4 à 20% pour les infections à *Chlamydiae trachomatis*, de 5 à 10% pour les gonocoques, de 10 à 20% pour la syphilis [3, 10-13], selon les pays et les populations étudiés. De plus, l'interaction entre infection par le VIH et MST est un facteur d'aggravation; en effet, qu'elles soient ulcérales ou non, les MST facilitent la transmission du VIH en augmentant la contagiosité, chez le séropositif, et la réceptivité au VIH, chez les séronégatifs [14-16]. Les cervicites à gonocoques et/ou à *Chlamydiae trachomatis*, contrairement aux ulcérations génitales ou aux urétrites masculines, sont d'un diagnostic difficile chez la femme. La fréquence des formes asymptomatiques ou paucisymptomatiques rend

la demande de soins très faible et tardive et, de ce fait, contribue, indépendamment de leurs complications spécifiques, à la transmission du VIH. Les taux de prévalences élevés des cervicites à gonocoques ou à *Chlamydiae trachomatis*, leur diagnostic difficile, la faible demande de soins et la gravité des conséquences, y compris sur la transmission du VIH, justifient la mise en place d'une politique de dépistage et de prise en charge précoces spécifique de ces MST dans certains pays.

Le personnel qualifié et les laboratoires opérationnels faisant souvent défaut dans les PED [17], une autre solution a été proposée par l'OMS. Elle repose sur une approche syndromique qui, à partir de signes et de symptômes, permet une démarche diagnostique logique avec des données de laboratoire de norme minimale. Ces algorithmes, ou arbres de décision, ont donné de bons résultats chez l'homme en cas de perte urétrale ou d'ulcères génitaux; en revanche, chez la femme, l'algorithme « pertes vaginales », utilisé comme moyen diagnostique, a des performances médiocres. Les valeurs diagnostiques de cet algorithme, utilisé à des fins de dépistage chez des femmes enceintes lors des visites prénatales habituelles, sont encore plus faibles. Afin de les améliorer, il a été proposé d'élaborer un score prenant en compte certains facteurs de risque [14].

Afin d'élaborer un algorithme consacré au dépistage des MST, la connaissance des facteurs de risque et des signes cliniques associés aux MST rencontrées est indispensable. Elle permet la conception d'un arbre décisionnel théorique qui devra, par la suite, être évalué de façon prospective. Cet algorithme doit privilégier, d'un point de vue santé publique, le diagnostic de cervicites,

c'est-à-dire des infections à gonocoques et/ou à *Chlamydiae trachomatis* qui sont responsables des principales complications.

Dans le cadre du programme national de lutte contre le Sida et les MST du Gabon, une étude épidémiologique transversale a été réalisée chez les femmes enceintes fréquentant les centres de PMI. Cette étude avait pour objectif de préciser les facteurs de risques, les manifestations cliniques et la prévalence des MST, afin d'élaborer et de comparer différents algorithmes hiérarchiques ou fondés sur l'établissement d'un score.

Population et méthodes

Population

La population source de l'étude comprend 192 femmes enceintes, recrutées consécutivement dans deux centres de PMI de Libreville en zone urbaine, pendant dix journées, en septembre 1993, au cours de leur première consultation prénatale. Le recrutement dans l'étude a été subordonné au consentement oral.

Recueil des données

Les données étudiées portaient sur l'interrogatoire, l'examen clinique simple, l'examen au spéculum et les résultats biologiques de prélèvements cervicaux et sanguins. Elles visaient à connaître les caractéristiques générales de la population, l'épidémiologie des MST

D. Henzel, J.-P. Coulaud: IMEA/Inserm U 13, CHU Bichat-C. Bernard, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France.

A. Bourgeois, G. Dibanga, N. Ndong Minko: Programme national de lutte contre le Sida et les MST, Libreville, Gabon.

M. Peeters, É. Delaporte: Programme Sida de l'Orstom, 911, avenue Agropolis, Montpellier cedex 1, France.

L. Fransen: DGV III/G1 de l'Union européenne, 12, rue de Genève, 1040 Bruxelles, Belgique.

Tirés à part: É. Delaporte



dans cette population et les signes associés à une cervicite ou à une vaginite.

L'interrogatoire portait sur l'identité, l'âge, la grossesse actuelle, le statut marital, les antécédents gynécologiques, les partenaires sexuels, l'utilisation de préservatifs et la symptomatologie actuelle (pertes vaginales, ulcères, plaies vaginales, prurit vulvaire, mictalgie, douleurs pelviennes, douleurs lombaires, fièvre).

L'examen physique simple permettait d'apprécier l'état vulvaire, la présence et les caractéristiques des pertes vaginales. L'examen au spéculum recherchait l'existence de lésions vaginales ou cervicales.

Des examens biologiques à résultat immédiat étaient effectués: recherche de la syphilis par test RPR (Becton Dickinson) et examen direct au microscope des prélèvements cervicaux. Des prélèvements étaient également réalisés pour effectuer, dans un deuxième temps, la recherche de gonocoques et de l'antigène *Chlamydiae* ainsi qu'une sérologie VIH 1 + 2.

Définitions et méthodes de référence

Les cervicites à gonocoques et/ou *Chlamydiae*, germes fréquemment associés, entraînent une symptomatologie et des complications similaires et sont difficiles à distinguer cliniquement. Le diagnostic de cervicite a été défini par la présence de *Neisseria gonorrhoeae*, en culture sur milieu modifié de Thayer Martin, et/ou la présence de l'antigène *Chlamydia*, détecté par Elisa (Syva).

Analyse statistique

Les données ont été soumises à une analyse univariée dans la population générale et dans les groupes de femmes atteintes ou non de cervicite. Les comparaisons des taux entre les différents groupes ont été effectuées par le test du chi-carré. L'intensité des liaisons entre caractères et pathologies a été estimée par le calcul des *odds ratio*. Le choix des variables à intégrer dans les algorithmes a été guidé par le niveau de leur sensibilité, de leur spécificité et de leurs valeurs prédictives positive et négative.

Résultats

Description de la population

L'âge moyen est de 23 ans (14-48) et la médiane est située à 21 ans; 84 femmes

(43,7 %) vivent en union libre, 57 (29,6%) sont célibataires, 48 (19,8%) sont mariées (37 couples monogames: 14,1%, 11 couples polygames: 5,7%), 1 veuve et 1 divorcée.

Au total, 40 femmes (20%) ont déjà utilisé un préservatif, mais seulement 8 (4,2%) déclarent le faire régulièrement.

À l'interrogatoire, 46 femmes (23,9%) décrivent des symptômes passés, évocateurs de MST. Parmi elles, 20 (43,4%)

ne sont jamais allées consulter dans une structure de santé, quelle qu'elle soit.

Prévalence des différentes MST (tableau 1)

À l'examen clinique, 6 femmes (3,1%) présentent des ulcérations vulvaires, 121 (63%) des pertes vaginales et 105

Tableau 1

Taux de prévalence des différentes MST dans la population source (192 femmes enceintes) et signes en rapport avec une MST

Signes	Taux (%)
• Interrogatoire	
Pertes vaginales	63,0
Ulcères	6,2
Prurit	32,0
Mictalgies	18,0
Douleurs abdominales basses	39,7
Douleurs dorsales basses	26,3
Fièvre	14,4
Rapports avec un partenaire autre que le partenaire habituel	14,9
Utilisation du préservatif	20,6
• Signes cliniques	
Ulcère vulvaire	3,1
Pertes vaginales	63,0
Pertes jaune-vert	15,5
Pertes blanchâtres	47,9
Pertes nauséabondes	7,2
• Examen au spéculum	
Ulcère vaginal	3,1
Inflammation muqueuse	5,7
Suppuration du col	47,9
Ulcération du col	24,1
Hémorragie de contact	5,2
« col 1-3 »: au moins une lésion du col	54,7
• Examen direct au microscope	
Polynucléaires	33,5
• Résultats biologiques	
<i>Trichomonas vaginalis</i>	14,6
<i>Candida albicans</i>	8,9
<i>Clue-cells</i>	26,6
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	3,6
Antigène <i>Chlamydia</i>	10,8
Syphilis (RPR)	4,7
Sérologie VIH	2,0
• Diagnostic	
Vaginite	21,9
Cervicite	13,5

Prevalence of various signs and STD in the population (192 pregnant women)

(54,7%) une lésion, au moins, du col à l'examen au spéculum (suppuration, ulcération ou hémorragie de contact).

Les résultats biologiques ont permis de préciser l'étiologie des MST diagnostiquées dans cette population :

- 6 femmes (3,1%) sont porteuses de gonocoques, 21 (10,9%) de *Chlamydiae trachomatis*, 1 est co-infectée; au total 26 femmes (13,5%) présentent une cervicite;
- 28 femmes (14,6%) présentent une vaginite à *Trichomonas vaginalis* et 17 (8,9%) une vaginite à *Candida albicans*;
- 9 femmes (4,7%) ont une réaction syphilitique positive, 4 (2%) une sérologie VIH positive.

Analyse univariée (tableau 2)

• Variables d'interrogatoire

Pour l'âge, le meilleur rapport de sensibilité et spécificité (81 et 33%) pour le diagnostic de cervicite est obtenu pour un seuil fixé (âge inférieur ou égal) à 25 ans. Il n'y a pas de différence significative entre les taux de cervicites selon le statut marital. Mais, en regroupant dans une même classe les femmes célibataires, vivant en union libre ou dans un couple polygame, on obtient une sensibilité de 81% et une spécificité de

21% pour le diagnostic de cervicite. La proportion de femmes ayant plusieurs partenaires sexuels est plus élevée dans le groupe des femmes exemptes de cervicite (16,2%) que dans celui des femmes atteintes de cervicite (7,6%) et la différence est significative ($p < 0,02$). Il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes quant à l'utilisation du préservatif. La sensibilité du symptôme de pertes vaginales est élevée (77%), contrairement à d'autres études. Les douleurs lombaires et pelviennes présentent, respectivement, des sensibilités de 46 et 38% et des spécificités de 76 et 60%.

Tableau 2

Taux de prévalence des différents signes et MST dans le groupe des femmes avec et sans cervicite, et sensibilité et spécificité de ces signes pour le diagnostic de cervicite

Signes	Cervicite +* (%)	Cervicite -** (%)	Sensibilité	Spécificité	OR***
• Interrogatoire					
Célibataire ou union libre ou mariée polygame	80,8	78,9	0,81	0,21	1,12
Rapports avec un autre partenaire que le partenaire habituel	7,7	16,3	[-]	[-]	[-]
Utilisation du préservatif	23,0	19,8	[-]	[-]	[-]
Pertes vaginales	76,9	62,6	0,77	0,37	1,99
Ulcères	3,8	6,6	[-]	[-]	[-]
Prurit	30,8	32,0	[-]	[-]	[-]
Mictalgies	26,9	16,8	[-]	[-]	[-]
Douleurs abdominales basses	38,4	39,7	0,38	0,60	0,95
Douleurs dorsales basses	46,1	23,5	0,46	0,76	2,79
Fièvre	15,4	14,4			
• Examen clinique					
Ulcération vulvaire	3,8	3,0			
Pertes vaginales	69,2	62,0	0,69	0,38	1,38
Pertes jaune-vert	15,4	15,0	0,15	0,85	1,03
Pertes blanchâtres	53,8	47,0	0,54	0,54	1,32
Pertes nauséabondes	11,5	6,6	0,11	0,93	[-]
• Examen au spéculum					
Ulcération vaginale	7,7	2,4	[-]	[-]	[-]
Inflammation muqueuse	7,7	5,4	[-]	[-]	[-]
Suppuration du col	57,7	46,4	0,58	0,54	1,58
Ulcération du col	34,6	22,3	0,35	0,78	1,85
Hémorragie de contact	11,5	3,6	0,12	0,96	3,48
Col 1-3****	65,3	50,0	0,65	0,50	1,97
• Biologie					
Polynucléaires	50,0	28,3	0,50	0,70	2,32

* Cervicite +: groupe des femmes présentant une cervicite.

** Cervicite -: groupe des femmes non atteintes de cervicite.

*** OR: odds ratio.

**** Col 1-3: une lésion au moins parmi ulcération du col, suppuration du col, hémorragie de contact.

Prevalence of various signs and STD in the group of women with and without cervicitis, and sensitivity and specificity of these signs for the diagnosis of cervicitis

Summary

Elaboration and evaluation of algorithms for screening STD in pregnant women in Libreville, Gabon

A. Bourgeois, D. Henzel, G. Dibanga, et al.

The struggle against sexually transmitted diseases (STD) constitutes a priority of public health in developing countries: STD cause complications, particularly in pregnant women, and facilitate the transmission of HIV. One of the strategies in the struggle against STD is the diagnosis and the early treatment of these infections. The STD, and in particular infections of Neisseria gonorrhoea and Chlamydia trachomatis, are difficult to diagnose in women without complementary analyses, which primary health care may not be able to supply. Health care provided to patients could be standardized and improved by considering the signs and symptoms.

We studied the prevalence and risk factors of STD among 192 pregnant women consulting the health clinic in Libreville, Gabon, in September 1993. The prevalence of STD was high (13.5% rate of cervical infection with gonorrhoea or Chlamydia trachomatis). We then evaluated the different diagnostic strategies or algorithms. Regardless of the type of examination (medical interview, simple clinical examination or examination with a speculum), the use of scores integrating risk factors, the clinical signs and symptoms outperformed hierarchical algorithms. This approach was more sensitive and specific and easy to perform. Use of this method may enable more effective screening of STD and also avoid most maternal and perinatal complications.

Cahiers Santé 1996; 6: 115-21.

Parmi les 26 femmes atteintes de cervicite, 3 (12%) ne présentent aucun symptôme et 6 (23%) présentent un seul symptôme (pertes vaginales ou douleurs lombaires) qui ne les aurait pas amenées à consulter.

• Variables d'examen clinique simple

Les pertes vaginales constatées à l'examen ont une sensibilité de 69% et une spécificité de 38%. La coloration jaune-vert

des pertes et leur caractère nauséabond sont très spécifiques (85 et 93%), mais peu sensibles (15 et 11%).

• Variables d'examen clinique au spéculum

Cent cinq femmes (54,7%) présentent au moins une altération du col : ulcération, suppuration ou hémorragie de contact. La présence d'au moins une de ces trois lésions a une sensibilité de 65% et une spécificité de 50%.

• Variables d'examen biologique rapide

La présence de polynucléaires à l'examen direct des sécrétions a une sensibilité de 50% et une spécificité de 70%. La recherche de diplocoques à l'examen direct n'a pas été prise en compte, car elle nécessite une compétence élevée et est trop peu sensible chez la femme pour être intégrée dans une approche syndromique.

Élaboration et validation d'algorithmes (tableau 3)

Le coût économique et social des complications liées à une cervicite non traitée est très élevé par rapport à celui d'un traitement antibiotique donné à tort et ayant peu d'effets secondaires. Ces éléments nous ont conduit à privilégier la sensibilité et la valeur prédictive négative par rapport à la spécificité et la valeur prédictive positive.

Tableau 3

Valeurs diagnostiques des algorithmes hiérarchiques et des scores pour le diagnostic des artcites

Niveau d'examen	Algorithmes hiérarchiques					Scores				
	Se	Sp	Vpp	Vpn	L	Se	Sp	Vpp	Vpn	L
Interrogatoire	0,69	0,51	0,16	0,89	1,41	0,81	0,35	0,16	0,92	1,25
Interrogatoire + examen clinique simple	[-]	[-]	[-]	[-]	[-]	0,81	0,43	0,18	0,93	1,42
Interrogatoire + examen clinique simple + spéculum	0,54	0,60	0,17	0,89	1,35	0,73	0,58	0,22	0,93	1,74
Interrogatoire + examen clinique simple + spéculum + biologie	0,57	0,51	0,16	0,89	1,16	0,77	0,55	0,21	0,94	1,71

Se: sensibilité; Sp: spécificité; Vpp: valeur prédictive positive; Vpn: valeur prédictive négative; L: rapport de vraisemblance (likelihood ratio).

Diagnostic values of hierarchical algorithms and scores for the diagnosis of the cervicitis

Pour chaque niveau d'examen (interrogatoire, examen clinique sans ou avec spéculum, examen biologique simple), des algorithmes hiérarchiques ou des scores ont été élaborés et testés. Pour l'ensemble des scores élaborés, tous les paramètres ont la même importance. Les performances diagnostiques de ces différents algorithmes ont été appréciées selon le rapport de vraisemblance. L'objectif initial étant l'élaboration d'un outil d'aide au diagnostic adapté aux conditions spécifiques des centres de PMI d'un PED, nous avons accordé une attention particulière aux signes d'interrogatoire ou cliniques simples associés. Pour les algorithmes hiérarchiques, les meilleures valeurs diagnostiques sont obtenues avec des paramètres issus uniquement de l'interrogatoire (tableau 4). Les meilleurs scores ont été atteints par la combinaison des paramètres d'interrogatoire, d'examen clinique simple et d'examen avec spéculum (tableau 5). Le rapport de vraisemblance le plus élevé est obtenu par l'utilisation de scores. Hormis au niveau de l'interrogatoire, les scores sont toujours plus performants que les algorithmes hiérarchiques.

Un objectif secondaire de notre étude était de proposer, également, des algorithmes pour le dépistage de la vaginite, dont le diagnostic de référence repose sur la présence de *Candida albicans* et/ou de *Trichomonas vaginalis* à l'examen direct. Pour le dépistage des vaginites, la spécificité a été privilégiée, compte tenu de leur absence de complications sévères. Le meilleur résultat a été obtenu par l'application, en parallèle au dépistage des cervicites, d'un algorithme hiérarchique (tableau 6). Le symptôme d'entrée était l'existence de pertes vaginales à l'examen, le diagnostic de vaginite étant posé par la présence de prurit. La sensibilité était de 40 %, la spécificité de 85 % et les valeurs prédictives positive et négative de 43 et 83 %.

Discussion

Les taux de prévalence des cervicites (13,5 %) et des vaginites (21,9 %), dans la population de femmes enceintes fréquentant des centres de PMI urbains de Libreville et n'ayant pas fait l'objet de demandes

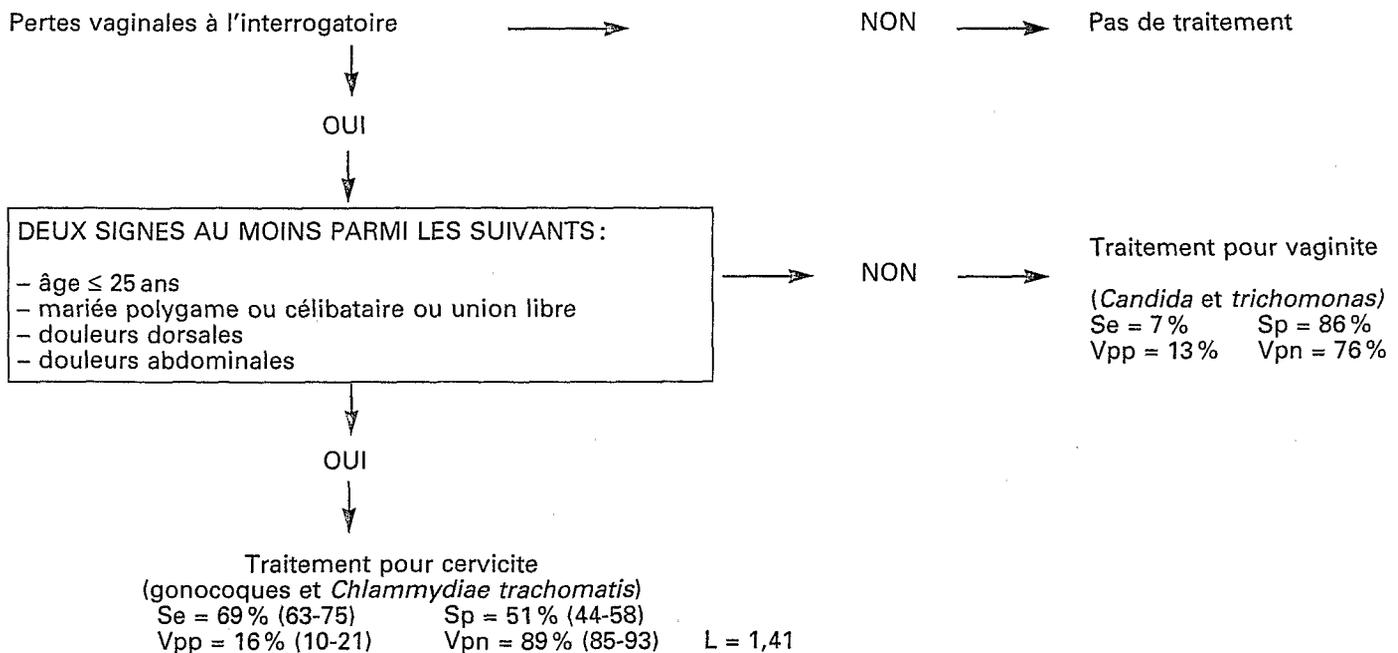
de soins préalables car asymptomatiques ou paucisymptomatiques, en font un problème de santé publique de première importance. La mise en œuvre d'un programme de dépistage et de prise en charge précoces des MST est donc justifiée et urgente. Les conditions sanitaires spécifiques motivent la recherche de protocoles basés sur une approche syndromique.

Dans cette étude, la promiscuité sexuelle et l'usage du préservatif n'apparaissent pas comme facteurs de risque de cervicite, et ce en contradiction avec ce qui est habituellement décrit. Le recueil de ces paramètres, par l'interrogatoire et ayant trait à la vie intime des femmes, est trop dépendant de la qualité de la relation examinateur-patiente pour permettre leur intégration dans un processus décisionnel. De plus, le comportement sexuel de leur partenaire expose probablement plus ces femmes que leur propre comportement.

Les pertes vaginales, rapportées à l'interrogatoire ou constatées à l'examen clinique, présentent une sensibilité beaucoup plus élevée que dans la plupart des études et ont donc été retenues dans notre modèle. Les douleurs lombaires,

Tableau 4

Algorithme hiérarchique basé sur l'interrogatoire seul



Se: sensibilité; Sp: spécificité; Vpp: valeur prédictive positive; Vpn: valeur prédictive négative; L: rapport de vraisemblance.

Hierarchical algorithm based only on interrogation

Tableau 5

Algorithmes non hiérarchiques fondés sur l'interrogatoire et l'examen clinique avec spéculum pour le diagnostic des cervicites et vaginites

Critères	Score	Diagnostic	Se	Sp	Vpp	Vpn	L
Âge ≤ 25 ans Pertes vaginales* Douleurs dorsales basses Pertes jaune-vert** Pertes malodorantes*** Col 1-3****	≥ 3	Cervicite	0,73	0,58	0,22	0,93	2,28
	< 3 et pertes vaginales	Vaginite	0,14	0,75	0,14	0,75	
Âge ≤ 25 ans C ou UL ou MP***** Douleurs dorsales basses Pertes jaune-vert** Pertes madodorantes*** Col 1-3****	≥ 3	Cervicite	0,73	0,54	0,20	0,93	1,59
	< 3 et pertes vaginales	Vaginite	0,19	0,72	0,16	0,75	
Âge ≤ 25 ans C ou UL ou MP***** Douleurs dorsales basses Douleurs abdominales basses Pertes jaune-vert** Col 1-3****	≥ 3	Cervicite	0,81	0,45	0,19	0,94	1,47
	< 3 et pertes vaginales	Vaginite					
Âge ≤ 25 ans Pertes vaginales* Douleurs dorsales basses Douleurs abdominales basses Pertes jaune-vert** Col 1-3****	≥ 3	Cercivite	0,77	0,51	0,20	0,93	1,57
	< 3 et pertes vaginales	Vaginite					

* Pertes vaginales rapportées à l'interrogatoire.

** Pertes jaune-vert constatées à l'examen clinique.

*** Pertes malodorantes constatées à l'examen clinique.

**** Col 1-3: suppuration du col ou ulcération du col ou hémorragie de contact.

***** Célibataire ou union libre ou mariée polygame.

Se: sensibilité; Sp: spécificité; Vpp: valeur prédictive positive; Vpn: valeur prédictive négative; L: rapport de vraisemblance.

Nonhierarchical algorithms based on interview and clinical examination with a speculum for the diagnosis of cervicitis and vaginitis

qui ont de nombreuses étiologies, offrent également une bonne valeur diagnostique, supérieure à celle des douleurs pelviennes. Classiquement, ce symptôme ne fait pas partie du tableau clinique d'infections génitales. Une évaluation des algorithmes prenant en compte ces deux symptômes de douleur, soit séparément, soit intégrés dans le concept de douleur basse, devrait permettre de confirmer ou d'infirmer la pertinence de leur utilisation pour le dépistage de cervicite. L'ajout d'un test biologique (recherche de polynucléaires à l'examen direct) n'a pas modifié de façon significative les valeurs diagnostiques des algorithmes, qu'ils soient hiérarchiques ou non. Une recherche quantitative améliorerait, peut-être, ces valeurs mais nécessiterait plus de temps et de compétence. Compte tenu

des conséquences des cervicites, les algorithmes de dépistage précoce devaient privilégier la sensibilité plutôt que la spécificité. Dans cette approche, l'utilisation de scores additifs, sans pondération, est à la fois plus performante et plus facile d'utilisation que des algorithmes hiérarchiques, dont la sensibilité est systématiquement limitée par celle du symptôme d'entrée et ne peut que diminuer à chaque étape. Deux autres études réalisées chez des femmes enceintes en milieu urbain, l'une en Tanzanie [14], l'autre au Zaïre [18], ont également proposé des scores de dépistage de cervicite. Les sensibilités sont équivalentes dans les trois études; les spécificités y sont plus élevées que dans notre étude, mais les valeurs prédictives positives nettement plus faibles. Ceci est certainement lié aux différences des taux de préva-

lence; en effet, pour une sensibilité et une spécificité données, la valeur prédictive positive croît avec le taux de prévalence. De plus, les deux scores proposés dans ces études contiennent des paramètres nombreux et assujettis à une pondération, ce qui ne facilite pas leur mise en œuvre dans la pratique quotidienne des PMI. Finalement, il apparaît possible d'élaborer des scores intégrant des facteurs de risque, des symptômes et des signes cliniques et qui permettent d'obtenir de très bonnes sensibilités et des valeurs prédictives négatives de la cervicite dans cette population, mais des spécificités et des valeurs prédictives positives encore limitées. Pour être appliqués à d'autres populations, ces scores devront être adaptés aux données épidémiologiques locales, car l'intensité des liaisons de certains signes avec la cervicite dif-

