

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEURS ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI



Un Peuple - Un But - Une Foi



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année Universitaire 2010 – 2011

Thèse N°__

TITRE

**ETUDE rétrospective de LA PRÉVALENCE DE L'INFECTION
A hiv CHEZ LES FEMMES ENCEINTES Vues EN
CONSULTATION PRÉNATALE DU 01 JANVIER 2008 AU 31
DÉCEMBRE 2009 A L'ASACOMSI
A PROPOS DE 46 CAS**

THESE

Présentée et soutenue le 25... /JUN... / 2011 devant la **Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.**

Par Mr KORKOSS MAHAMADOU

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine** (diplôme d'état)

JURY

PRESIDENT : Pr MAMADOU KONE

MEMBRES : Dr JEAN-PAUL DEMBÉLÉ

CODIRECTEUR DE THÈSE : DR YSSOUF KONÉ

DIRECTEUR DE THÈSE : PR ELIMAMNE MARIKO

ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS :

AAE : Alimentation artificielle exclusive

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

ADN : Acide désoxyribonucléique

Ag : Antigène

AME : Allaitement maternel exclusif

AMIU :Aspiration manuelle intra utérine

ANECCA African Network for the Care of Children Affected by AIDS

ASACO : Association de santé communautaire

ASACOMSI : Association de santé communautaire de Mekin Sicoro

ARN : Acide ribonucléique

ARV : Antirétroviral

AZT : Azidothymidine ou zidovudine

CDC : Center for disease control and Prevention

CMV : Cytomégalovirus

CMLN :Comite Militaire pour la libération National

CSCOM : Centre de sante communautaire

CPN : Consultation prénatale

CPON : Consultation post natale

CSLS : Comité sectoriel de lutte contre le SIDA

CSRéf C I : Centre de santé de référence commune I

CU : Contraction utérine

CV : Charge virale

ECBU : Examen Cytobactériologique des urines

EDSM III : Enquête démographique et de santé III

EDSIV : Enquête démographique et de santé IV

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

EFF : Effective

ELISA: Enzyme-linked immunosorbent assay

GAIA: **G**lobal Alliance immunisation **A**gain

GIE : Groupement d'intérêt économique

Hb : Hémoglobine

HLA: Human leukocyte antigen

HTLV3: Human T-cell lymphoma virus

IECS : Information Éducation Commutation pour la sante

IgG : Immunoglobuline G

IL4 : Interleukine 4

INNTI : Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse

INTI : Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse

INPS : Institut National de Prevoyage Social

IO : Infection Opportuniste

IP : inhibiteur de la protéase

IST : Infection sexuellement transmissible

LAV : Lymphadenopathy associated virus

NVP : Névirapine

OMA : Otite moyenne aigue

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PCR : Polymérase Chain Reaction

PDV : Perdu de vue

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

PEC : Prise en charge

PTME : Prévention de la transmission mère enfant

PVVIH : Personne vivant avec le HIV

RAM : Rupture active des membranes

RPM : Rupture prématuré des membranes

SIDA Syndromes d'immunodéficience acquise

SMI : Santé maternelle et infantile

SR : Santé de la reproduction

TME : Transmission mère enfant

HIV : Human immuno deficiency virus

SOMMAIRE

INTRODUCTION ET OBJECTIFS	1-4
I. GENERALITES.....	5-31
II. MÉTHODOLOGIES.....	32-38
III. RÉSULTATS.....	39-45

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	46-50
V. CONCLUSION	51-52
VI. RECOMMANDATIONS.....	53-55
VII. RÉFÉRENCES.....	56-62
VIII. ANNEXES.....	63-70

Je dédie ce travail à :

☞ Allah ! Point de divinité à part Lui, le Vivant, celui qui subsiste par lui-même. Ni somnolence ni sommeil ne Le saisissent. A lui appartient tout ce qui est dans les cieux et sur la terre. Qui peut intercéder auprès de Lui sans permission ? Il connaît leur passé et leur future. Et, de sa science, ils n’embrassent que ce qu’Il veut. Son Trône déborde les cieux et la terre, dont la garde ne Lui coûte aucune peine. Et Il est de très Haut, le très Grand.

Au nom d’Allah, le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux. Louange à Allah, Seigneur de l’univers. Le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux. Maître du jour de la rétribution, c’est Toi seul que nous adorons, et c’est Toi seul dont nous implorons le secours. Guide-nous dans le droit chemin, le chemin de ceux que Tu as comblés de faveurs, non pas de ceux qui ont encouru Ta colère, ni des égarés.

Seigneur ! Accorde nous belle part ici-bas, et belle part aussi dans l’au-delà ; et protège-nous du châtement du Feu !

Seigneur ! Ne nous charge châtie pas s’il nous arrive d’oublier ou de commettre une erreur. Seigneur ! Ne nous charge pas d’un fardeau lourd comme Tu as chargé ceux qui vécurent avant nous. Seigneur ! Ne nous impose pas ce que nous ne pouvons supporter, efface nos fautes, pardonne-nous et fais nous miséricorde.

Seigneur, donne-nous, en nos épouses et nos descendants, la joie des yeux, et fais de nous un guide pour les pieux.

Gloire à ton Seigneur, le Seigneur de la puissance. Il est au-dessus de ce qu’ils décrivent ! Et paix sur les Messagers, et louange à Allah, Seigneur de l’univers !

☞ **Mon beau pays le Mali,**

Terre d'hospitalité, ensemble unis dans la foi nous ferons de toi et de l'Afrique comme le disait l'autre : « la plus belle, la plus enviée, une terre d'accueil, une terre de rencontre, une terre de fraternité... », Merci pour tout ce que tu nous as donné. Que ce modeste travail soit une pierre que t'apporte un de tes fils pour l'avancement de la politique sanitaire !

☞ **Mes parents**

C'est avec les yeux débordant de larmes, d'amour et de reconnaissance que je rédige ces mots. Je voudrais vous signifier toute ma gratitude, mais je suis embarrassée, ne voyant pas comment l'exprimer avec exactitude...

☞ **A mon père feu Bah Amara korkoss** : ton génie réside dans tes mains, travaillant sans cesse pour tes enfants bien aimés. J'aimerais tant faire mieux, suivre tes traces, mais pourrais-je aller si loin ? C'est ton encouragement psychologique et social qui nous permis d'étudier d'avantage, j'aurai voulu que la fin de ce travail vous trouvez vivant mais l'homme propose dieu dispose, dors en paix la terre soit légère pour vous, Amen

☞ **A ma mère Awa gakou** : tu es la forteresse de mes forces fragiles. Ton Amour ; ta tendresse et ton courage me permettent de me relever lorsque je tombe. C'est vous qui m'avait aide depuis mon enfance quand j'étais tout le temps malade sans se décourager ni s'énerver contre moi.

Merci pour ton devoir de mère envers son fils que dieu te donne une longue vie et de sante en fin qu'aye la force de te prendre en charge comme vous l'avez si faire pour nous.

✍ **À mes mamans de la famille :**

✍ Feue Bâ kadia Traoré paix a son âme, Bâ oumou Sylla, Adia soumounou ,Massa yaffa ,feue Massané Sylla ,feue Masountou sissako, Nènè Diakité, feue Ramata Traoré ,Awa Sylla ,feue Mamou Sylla Lomé et toutes les autres mamans :C'est une grâce que d'être votre fils. Je voudrais vous dire combien je vous aime. Ce travail est une concrétisation de votre souhait ardent de me voir réussir.

✍ **Mes frères et sœurs, cousins et cousines :**

Insp Sidy korkoss, Dr seyba korkoss, Me Bacous korkoss,Lassana korkoss, Bakary Simaga,Tidiane korkoss, bafa traoré, gaoussou traoré,Ing sadia korkoss, badjigui korkoss, madou korkoss, Sidy atouma ,oumar korkoss, malle korkoss, Mba ka didi,Ami korkoss,Djeneba korkoss, Assa korkoss, mariam korkoss,oumou korkoss, Binta korkoss, Kankou korkoss, Mah korkoss etc.... : Ce travail est aussi le votre. Merci pour votre soutien sans faille.

☞ ***Ma sœur inoubliable feu Léla Traoré :***

Paix à ton âme ! Tu es un véritable cadeau ! Je dirai, tu es irremplaçable. Tendresse, affection, voici ce que tu as été toujours pour moi. Ce travail est le fruit de ton encadrement et des efforts que tu as consentis tout au long de mon enfance. Reçois donc ce travail en guise de reconnaissance et d'amour que te témoigne ton frère qui t'aime tant. Nous prions profondément pour le repos de ton âme. Qu'Allah te protège contre le châtement du feu et te garde parmi les gens du bien car tu étais une femme bienfaisante. Amen !

Tant qu'il me conservera la vie, je te conserverai autant d'amour. Je t'aime....

☞ ***A mes amis de la chambre A5 de l'internant :***

Dr Barry Boubacar Oumar Sangaré, Dr Oumar fofana, Dr Boua Traoré, Dr Wedraogo seydna, Bamoulaye,,Dr guido nouhoum,Dr Bagnant Baby,

Mes sincères remerciements à :

- ☞ **L'Afrique toute entière :** Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.
- ☞ **La FMPOS :** Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté. Remerciements infinis.

- ✎ **Tout le corps professoral de la FMPOS** : Merci Pour l'enseignement de qualité et l'initiation professionnelle que vous nous avez donné. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.
- ✎ **Mes Immémoriaux**, qu'ALLAH vous accueille dans sa demeure. **Amen !**
- ✎ **Ma femme Fanta Simaga** : Tu n'as ménagé aucun effort pour que ce jour tant attendu arrive. J'espère que nous resterons unis à jamais pour le meilleur et le pire. Trouve ici toute mon amour et ma gratitude indéfectibles.
- ✎ **Mes amis d'enfance** : Ousmane simpara ,Dr Fofana Tidiane depuis la cote d'ivoire,Dr bolezogola karitié et son ami Cissouma, Moussa Mouké Tounkara,Moussa s Tounkara,Drissa Traoré et son ami Ganda Touré, Mounérou Ouologuem,Tous les membres de l'association des anciens élèves de Mekin SIKORO, Les moments agréables que nous avons passés ensemble resterons gravés dans ma mémoire.
- ✎ **Mes amis et camarades** : Int Ousmane Konipo,Mamadou Sidibé dit Ba , Int des Hopitaux Issa Cissé, Int Gaoussou Fofana, Dr Sankaré Issou, Dr Awa Traoré dite Gafou,Dr Fomba Diakaridia, Dr Touré Seydou depuis le Sénégal, Dr Ousmane Cissé depuis Sadiola, Dr Diombana S, Dr Ibrahim Diarra depuis gourma ararouse, Dr Ibrahim traoré, Dr Magassouba, Dr Coulibaly M, Dr Mariam Koumaré, Dr Mariko fatim Traoré, Dr Diall I, Dr karambé depuis Mopti, Dr Koné Dramane, Dr Basséré Magassa,Dr Bella Maiga,Dr Fa isif Kouyaté,Je me souviendrai toujours de ces agréables moments passés ensemble.
- ✎ **Tous mes aînés de la F.M.P.O.S.** : Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

- ✍ Tout le personnel du service de Gynécologie obstétrique du C.H.U. du Point "G" :
- ✍ **Aux Médecins** : Pr Bouréima Maigqa, Dr Théra Aughustin Dr Mamadou Sima, Dr Coulibaly Amadou, Dr Bamba Moussa, Dr Ongoïba Ibrahim, Dr Kanté, Dr Mamadou Traoré dit Dou, Dr Sakoba Konaté , Dr Sema Keita, Je suis très heureux de vous compter parmi mes encadreurs. Votre rigueur et votre souci du travail bien fait m'ont permis d'apprendre et de progresser, **merci**.
- ✍ Major, Sages Femmes, Infirmiers(ères), Aides soignants(es) et Garçons de salle : Merci pour les bons moments passés ensemble.
- ✍ Aux personnels du Bloc opératoire.
- ✍ Mes aînés et à tous les D.E.S du service de gynécologie obstétrique du C.H.U. Point "G" : Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.
- ✍ **Mes camarades et tous mes cadets du service** : Merci pour votre franche collaboration.
- ✍ **Mes cadets du village du Point G** : Je vous dis tout simplement courage.
- ✍ **Mes enseignants des cycles antérieurs** : Depuis l'école fondamentale du premier cycle et 2^{ème} cycle à l'école fondamentale de SIKORO et le lycée Bouillagui Fadiga.
- ✍ **A mes cousins et oncles** : feu Mamadou Sylla, Hama Bocoum depuis Koulikoro, Bouka et Djely, Dr Magara kalidou , Dr sylla Alou , Sissoko Bourama, merci pour votre soutien.

- ✍ A mon groupe d'équipe de garde : mes sincères remerciement.
- ✍ A tout le personnel de l'ASACOMSI
- ✍ A tous ceux qui me connaissent, qui me sont chers et que je n'ai pas pu nommer ici, **merci !**

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

DOCTEUR JEAN-PAUL DEMBÉLÉ

- *Praticien hospitalier au CHU du Point G.*
- *Spécialiste en INFECTIOLOGIE*

Cher maître, le choix porté sur vous pour juger ce travail n'est pas gratuite.

Nous avons été très touchés par votre disponibilité et votre rigueur dans le travail. Les mots nous manquent pour témoigner de notre reconnaissance à votre égard. En acceptant d'apprécier ce travail, vous contribuez cher maître à son indispensable amélioration.

Soyez rassuré de toute notre considération notre et estime.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE,

DOCTEUR KONÉ YSSOUF

▪ *Médecin Directeur du centre de santé communautaire de Mékijn SIKORO,*

;

Cher maître, vous avez su diriger des mains de "maître" ce travail.

Vos conseils et votre disponibilité ont été le phare de ce travail.

Nous avons découvert en vous un homme de grande droiture et plein d'humanisme.

Votre calme et votre simplicité font de vous un homme respectueux et respectable.

Puisse le tout puissant vous accorder tout ce dont vous avez besoin.

Croyez, cher maître, à ma très haute considération.

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY

PROFESSEUR MAMADOU KONÉ

*Professeur de Médecine, Médecin du sport, physiologiste à la FMPOS,
Membre du comité scientifique international de la Revue Française de la
Médecine du sport*

*Cher maître, le premier jour où nous avons frappé à votre porte, c'était avec
hésitation. Mais cet état d'incertitude fut vite dissipé par votre accueil
affectueux et chaleureux.*

*C'est un immense bonheur que vous nous faites en acceptant de présider notre
jury.*

*Nous avons trouvé en vous bien plus qu'un maître ; un père, tant pour votre
disponibilité et votre sens d'écoute. Merci.*

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE,

PROFESSEUR COLONEL ELIMANE MARIKO

Pharmacologue chargé de cours à la FMPOS

Coordinateur de la cellule sectorielle de lutte contre le HIV (Ministère de la défense)

Chef de DER en science pharmaceutique.

Cher maître, nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez faite en nous proposant ce travail. L'occasion nous est enfin donnée de témoigner de votre personnalité hors du commun. Votre sens de respect du prochain, votre sagesse,, votre disponibilité pour les jeunes malgré votre agenda très chargé, bref la bonté de votre cœur fait de vous un homme envie et estimé par un bon nombre d'étudiants.

Nous ne nous souviendrons pas de vous ; car pour se souvenir il faut d'abord oublier. Puisse le tout puissant vous accorder longue vie

ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS :

AAE : Alimentation artificielle exclusive

ADN : Acide désoxyribonucléique

Ag : Antigène

AME : Allaitement maternel exclusif

AMIU :Aspiration manuelle intra utérine

ANECCA African Network for the Care of Children Affected by AIDS

ASACO : Association de santé communautaire

ASACOMSI : **Association de santé communautaire de Mekin Sicoro**

ARN : Acide ribonucléique

ARV : Antirétroviral

AZT : Azidothymidine ou zidovudine

CDC : Center for disease control and Prevention

CMV : Cytomégalovirus

CMLN :Comite Militaire pour la libération National

CSCOM : Centre de sante communautaire

CPN : Consultation prénatale

CPON : Consultation post natale

CSLS : Comité sectoriel de lutte contre le SIDA

CSRéf C I : Centre de santé de référence commune I

CU : Contraction utérine

CV : Charge virale

ECBU : Examen Cytobactériologique des urines

EDSM III : Enquête démographique et de santé III

EDSIV : Enquête démographique et de santé IV

EFF : Effective

ELISA: Enzyme-linked immunosorbent assay

GAIA: Global Alliance immunisation Again

GIE : Groupement d'intérêt économique

Hb : Hémoglobine

HLA: Human leukocyte antigen

HTLV3: Human T-cell lymphoma virus

IECS : Information Éducation Communication pour la santé

IgG : Immunoglobuline G

IL4 : Interleukine 4

INNTI : Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse

INTI : Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale

IO : Infection Opportuniste

IP : inhibiteur de la protéase

IST : Infection sexuellement transmissible

LAV : Lymphadenopathy associated virus

NVP : Névirapine

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

OMA : Otite moyenne aigue

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PCR : Polymérase Chain Reaction

PDV : Perdu de vue

PEC : Prise en charge

PTME : Prévention de la transmission mère enfant

PVVIH : Personne vivant avec le HIV

RAM : Rupture active des membranes

RPM : Rupture prématuré des membranes

SIDA Syndromes d'immunodéficience acquise

SMI : Santé maternelle et infantile

SR : Santé de la reproduction

TME : Transmission mère enfant

HIV : Human immuno deficiency virus

SOMMAIRE

INTRODUCTION ET OBJECTIFS	1-4
---------------------------------	-----

I. GENERALITES.....	5-31
II. MÉTHODOLOGIES.....	32-38
III. RÉSULTATS.....	39-45
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	46-50
V. CONCLUSION	51-52
VI. RECOMMANDATIONS.....	53-55
VII. RÉFÉRENCES.....	56-62
VIII. ANNEXES.....	63-70

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'infection par le HIV et le sida constituent aujourd'hui un véritable problème de santé publique ; malgré les efforts des services de santé pour la réduction de sa transmission, le dépistage et la prise en charge des patients.

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

C'est un phénomène qui inquiète au regard de la tranche d'âge la plus exposée et la plus touchée (15-45 ans). [EDSMIV] [1]

La transmission mère-enfant du HIV-SIDA se fait le plus souvent par voie verticale. Bien que l'Afrique ne compte que 10% de HIV, sous l'effet combiné d'une prévalence élevée de l'infection, d'un fort taux de natalité, d'une absence de dépistage et de prise en charge adéquate des mères [3].

Le syndrome d'immunodéficience acquis (sida) a fait plus de 25 millions de victimes depuis qu'il a été identifié en **1981**, ce qui en fait l'une des pandémies les plus meurtrières de l'histoire.

La prévalence de l'infection par le HIV au sein de la population générale est estimée à 1,3 % par l'EDSM-IV.

Enfin, les enquêtes de séroprévalence régulières menées au niveau des 19 sites de surveillance sentinelle répartis sur pratiquement l'ensemble du pays, ont révélé une prévalence de 2,2% chez les femmes enceintes de moins de 25 ans selon l'EDSMIV [1].

Le premier cas de l'immunodéficience acquise (sida) au Mali a été observé en **1985**(PNLS). [2]

En juin **2000** les estimations globales publiées par L' ONU SIDA ont donné une séroprévalence de 2,7% en milieu urbain et 2,9% en milieu rural chez les femmes vues au CPN au Mali

Une étude réalisée la même année dans trois régions du Mali (Sikasso, Koulikoro, Mopti) sur la prévalence et les facteurs de risque de l'infection par le HIV chez les femmes enceintes a trouvée 2,5%. [2]

En matière de séroprévalence chez les femmes enceintes, il y a des données résultant de plusieurs études dont :

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

En Aout 2002, un programme de PTME a démarré dans le district de Bamako au niveau de **5 SITES** et à donner une séroprévalence de 3,6% après 8 mois de mise en œuvre de PTME chez les femmes enceintes vues au CPN. [2]

La séroprévalence chez la femme enceinte dans de nombreux pays d'Afrique subsaharien est comprise entre 5% et 40%. [2]

Au Mali, selon Sy A Sow et Col la séroprévalence chez les gestantes était de 3,8% en commune II de Bamako.

Le rapport d'activité de laboratoire de l'ASACOMSI de **2005,2006, et 2007** montre respectivement que **0,5%(n= 1398), 1,03%(n= 1257), 1,31%(n= 1445)** tests effectués chez les femmes vues en consultation prénatale étaient positifs

Ce travail a été initié dans le but d'apprécier la prévalence du VIH chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale dans le CSCOM(ASACOMSI).

I. OBJECTIFS

1 Objectif général

- Évaluer la prévalence du HIV chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale dans le CSCOM(ASACOMSI) du 01 Janvier 2008 au 31 Décembre 2009.

2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES :

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

- Décrire les caractéristiques socio démographiques de la population d'étude.
- Déterminer la prévalence du HIV chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale dans le CSCOM(ASACOMSI).
- Rapporter le schéma de prise en charge des parturientes dépistées HIV positif.

II. GÉNÉRALITÉS

GENERALITES :

1- Historique de l'infection HIV dans le Monde et au Mali :

Depuis sa première description aux États unis d'Amérique en 1981, le sida ou syndrome d'immunodéficience acquise, a rapidement été considéré comme une maladie virale, transmissible par voie sexuelle et par voie sanguine [4].

En fin 1982 le CDC (Center of Disease Control) décide de donner un nom à cette nouvelle maladie : AIDS ou SIDA en français [4]. Dès lors les événements se sont succédés :

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

De 1983 à 1984

- Apparition des premières publications sur l'infection à HIV de l'enfant [4].
- En novembre 1984 l'activité antivirale de la zidovudine (AZT ou Retrovir) est mise en évidence [5].

De 1985 à 1992

- En février 1985 l'activité de l'AZT vis-à-vis du HIV se confirme in vitro [4].
- En 1985 identification du premier cas de SIDA(HIV1) au Mali chez un immigré présentant une tuberculose pulmonaire, une cytomégalose, une cryptococcose et une diarrhée profuse fatale.
- En 1986 conférence internationale à Paris où l'accent a été mis sur les implications du SIDA pour la mère et l'enfant [5].
- En 1988 à la conférence internationale sur le SIDA à Stockholm la transmission materno-fœtale est estimée entre 30 et 40% [6].

De 1993 à 1997

- En 1993 neuvième conférence sur le SIDA qui s'est tenue à Berlin où l'accent a été mis sur la prévention [5].
- Une étude franco-américaine (ACTGO76) a montré que l'administration de l'AZT pendant la grossesse (après le premier trimestre, lors du travail d'accouchement et chez le nouveau-né durant les six premières semaines de vie) réduit de 2/3 le taux de TME de l'infection [7].
- En janvier 1996 s'est tenue la troisième conférence internationale sur les rétrovirus et les infections opportunistes à Washington, et la mise en route d'une trithérapie incluant un anti protéase : AZT-DDI-Indinavir ou AZT-DDI-Ritonavir [6].
- En juillet 1999, les résultats de l'essai HIV NETO12 montrent qu'une simple dose de Niverapine donnée aux femmes au début de travail et à leurs enfants Durant les 72 premières heures de vie entrainerait à 3 mois une réduction de

47% du taux de transmission par rapport à groupe traité par l'AZT durant la dernière semaine de grossesse [9].

Au Mali :

-A la date du 26 juin 1997, la prévalence du SIDA pour les femmes en âge de procréer est estimée à 3%, le nombre de séropositif à 40000 personnes et le nombre de sidéens à 4000 [10].

-L'analyse de la situation effectuée dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique de lutte contre le SIDA 2001-2005 a permis d'estimer au moins 130000 le nombre de personnes vivant avec le HIV au Mali; la même analyse a permis également d'estimer à environ 33000 le nombre d'orphelins du SIDA ;

-Le 31 mars 1999, le Mali a notifié 5069 cas de SIDA dont 53% sont des hommes et 47% des femmes [10].

-En juin 2000 le département de la santé en collaboration avec l'ONU SIDA a organisé un atelier à Bamako sur la problématique de la prise en charge des PVHIV au Mali [5].

-En 2001 le Mali s'est engagé résolument dans la lutte contre le SIDA à travers une initiative d'accès aux ARV dénommée Initiative Malienne d'accès aux Antirétroviraux (IMAARV) [10].

Selon l'enquête démographique et santé IV Mali la prévalence globale du HIV est estimée à 1,3% [1].

2- Epidémiologie du HIV :

2-1- Situation du HIV dans le monde :

Du début de la pandémie (1981) à la fin 2003 l'OMS estimait à environ 40 millions le nombre de personnes vivant avec le HIV où le SIDA dont 37 millions d'adultes et 2,5% millions d'enfants de moins de 15 ans [12]. Environ plus de 50% des 40 millions d'adultes vivant avec le HIV sont des femmes en

âge de procréer [13]. On constate ainsi une féminisation de la population touchée par le virus notamment en Afrique [12].

Près de deux tiers des contaminations féminines et neuf cas sur dix de contaminations pédiatriques ont lieu en Afrique [5]. Ainsi la part des femmes en âge de procréer parmi les nouveaux cas d'infection à HIV (incidence) et parmi les PVHIV (prévalence) apparaît chaque jour importante.

En 2003 l'épidémie a causé plus de 3 millions de décès et on estime que 5 millions de personnes ont contracté le virus du HIV cette année ; ce qui porte à 1,1% la prévalence du HIV dans le monde [12].

2-2- Situation du HIV au Mali :

Depuis l'identification du premier cas de SIDA en 1985 chez un immigré, le nombre de cas de SIDA et de séropositifs a régulièrement augmenté [5].

En 1991 : 16 cas de SIDA pédiatriques furent diagnostiqués par CHAIBOUM [14]. La transmission verticale était prédominante [16 ; 19].

La quatrième enquête démographique et de santé (EDSM IV) en 2006, faisait état d'une séroprévalence de 1,3% au sein de la population générale avec plus de 100.000 personnes infectées. Cette enquête a montré que les femmes sont les plus touchées que les hommes avec une prévalence de 1,5% contre 1% [1].

Selon les écarts régionaux, la ville de Bamako (1,9%), suivie de Mopti (1,4%), Ségou (1,3%) et Koulikoro (1,2%), possèdent les niveaux de prévalence les plus élevés. Les régions de Tombouctou (0,5%), Kidal (0,6%), Sikasso (0,6%) et Kayes (0,7%) possèdent les niveaux de prévalence les plus faibles [1].

Cette disparité est aussi remarquable entre les groupes d'âge. Les femmes et les hommes âgés de 30 à 34 ans sont les plus infectés avec un taux de 1,9% contre 0,5% chez les jeunes de 15 à 19 ans [1].

Le nombre d'orphelins du SIDA est estimé à 45.000 [12]. On estime à 7.000 le nombre de nouveau-nés infectés par an (environ 20 cas par jour) à travers la transmission mère-enfant, soit 1,5% des naissances [17].

2-3- Épidémiologie de la TME :

La prévalence de l'infection à HIV chez les enfants est étroitement liée actuellement à la séropositivité du HIV chez les femmes enceintes. Depuis le dépistage systématique des donneurs de sang, la transmission materno-fœtale du HIV constitue le mode de transmission quasi exclusif des enfants infectés.

Environ 600.000 nouveau-nés sont infectés chaque année par le HIV via la transmission materno-infantile. Le nombre cumulatif d'enfants infectés est de l'ordre de 10.000 en Europe, 20.000 aux États-Unis et plus de 500.000 en Afrique Subsaharienne [18].

En 2003, on estime à 630.000 le nombre d'enfants qui ont été infectés par le HIV dans le monde. La grande majorité se produit soit au cours de la grossesse, de l'accouchement ou pendant l'allaitement [70].

Ces chiffres illustrent toute l'ampleur de la TME du HIV et imposent le renforcement des moyens de réduction de ce risque. Selon les estimations obtenues pour 70 pays qui ont répondu à une enquête de couverture en 2003 [19], la proportion des femmes enceintes qui bénéficient des services destinés à prévenir la TME du HIV varie de 2% dans le pacifique occidental à 5% en Afrique Subsaharienne et à 34% dans le continent Américain.

3- Rappels sur le virus :

3-1- Caractères généraux et classification des rétrovirus :

Les virus de l'immunodéficience humaine appartiennent à la famille des rétrovirus. Actuellement, la famille des rétrovirus est divisée en trois sous groupes selon des critères de pathogénie, mais aussi selon des paramètres phylogénétiques [20 ; 5] :

-Les oncovirus à ARN : sont les plus répandus

-Les lentivirus : les HIV (Human Immunodeficiency Virus), ou HIV en français, agents responsables du SIDA appartiennent à ce sous groupe. Deux types de virus ont été identifiés à ce jour : le HIV1 répandu en Europe, aux

États-Unis, en Afrique centrale, orientale, occidentale et en Asie ; le HIV2 présent surtout en Afrique de l'ouest.

-**Les spumavirus** : sont des virus identifiés chez de nombreux mammifères, mais ils sont associés à une autre pathologie connue chez l'Homme et l'animal.

3-2- Structure du virus :

3-2-1- Morphologie :

Les rétrovirus se présentent sous forme de particules sphériques ayant un diamètre de 80 à 100 nanomètres [6]. Ces particules sont constituées d'une enveloppe externe lipidique de 100 nanomètres surmontée de spicules qui entourent un noyau central ou excentré contenant la nucléocapside.

3-2-2- Organisation génétique [20 ; 5] :

Les gènes des rétrovirus sont formés d'ARN qui ne s'expriment qu'après être transformés en ADN << pro-viral >>. Les principaux gènes sont :

- Le gène gag qui code pour les protéines de structure interne ;
- Le gène Pol qui code pour la transcriptase inverse ;
- Le gène en v. : qui code pour les protéines qui après glycosylation secondaire donneront une partie de l'enveloppe du virus ;
- Le gène tat qui est indispensable à la retro-transcription, capable d'agir à distance d'où le terme de trans ;
- Le gène rev qui exerce une fonction de régulation différentielle. Il permet le transport de l'ARN non épissé vers le cytoplasme ;
- Le gène nef qui est responsable de la régulation négative de l'expression du virus donc de latence. Sa destruction augmente la pathogénicité du virus ;
- Le gène vif qui intervient dans la réplication virale. Il est responsable du pouvoir infectieux du virus.

Le HIV dispose d'un système de régulation génétique qui trompe la surveillance immunitaire. La complexité de son enveloppe et sa variabilité en font une cible désarmant le système immunitaire.

3-3- Variabilité génétique du virus :

La diversité génétique est l'une des caractéristiques majeures de cette famille de virus. Le HIV1 et le HIV2 présentent d'importante différence entre eux tant au niveau génomique (42% seulement d'homologie nucléotidique) qu'au niveau des protéines virales [20].

L'un des obstacles à l'élaboration d'un vaccin efficace est donc représenté par ce phénomène de variabilité qui n'est pas non plus sans conséquence sur la physiopathologie de la maladie et sur sa prise en charge thérapeutique.

3-4- Réplication du virus :

Deux étapes se distinguent dans la réplication du HIV au cours desquelles des mutations peuvent se produire [20] :

-Étape : correspond à l'intégration génomique dans le cytoplasme : une fois le virus introduit dans la cellule, l'ARN double brin du virus est décapsulé puis libéré dans le cytoplasme. Cet ARN est copié en ADN simple brin par l'ADN polymérase donnant ainsi l'hybride ARN-AND.

L'ARN d'origine est détruit par la ribonucléase puis polymérisé pour donner l'ADN double brin qui migre vers le noyau. Cet ADN viral (double brin) est circularisé et intégré le génome cellulaire sous forme de <<provirus>>. Ainsi l'information virale est répliquée chaque fois que la cellule se divise.

-Étape : correspond à la production des particules virales : le HIV contient un seul promoteur qui contrôle l'intensité de l'expression des gènes où le gène tat transactivateur aurait un rôle essentiel. D'autres facteurs déclenchant existeraient.

Après différentes maturations, l'ARN du provirus donne des ARN messagers qui synthétisent des protéines virales. L'ARN messager produit également des protéines codées par les gènes gag et Pol.

Une maturation particulière produit des protéines de l'enveloppe et l'ARN messagers à partir du quel les protéines tat et rev sont synthétisées.

Les cellules cibles sensibles à l'infection sont : celles qui expriment à leur surface le récepteur CD4 et l'un des corécepteurs. Il s'agit de la sous population de lymphocytes TCD4+ helper (ou auxiliaires), mais aussi des monocytes macrophages ou d'autre cellules telles que les cellules dendritiques, les cellules de Langhérans, ainsi que les cellules microgliales du cerveau. Ces cellules présentatrices d'antigène jouent probablement un rôle important de réservoir de dissémination et d'entrée du virus dans l'organisme.

Récemment il a été mis en évidence une molécule de surface (DC-SIGN) exprimée sur les cellules dendritiques capables de lier le HIV et de le transmettre à des lymphocytes TCD4+. Dans d'autres cellules, les virus sont simplement emprisonnés sans qu'ils puissent se répliquer. C'est le cas par exemple des cellules folliculaires dendritiques présentes dans les centres germinatifs des ganglions.

3-5- Propriétés biologiques du HIV :

Elles sont nombreuses dont [5] :

- La présence d'une transcriptase inverse,
- La capacité de l'ADN viral à s'intégrer dans le génome de la cellule hôte,
- L'infection préférentielle des lymphocytes T du phénotype «auxiliaire» : helper (CD4/OKT4/Leu3a+, désigné donc sous le nom de CD4+).

3-6- Propriétés physico-chimiques du virus :

C'est un virus fragile qui meurt quelques minutes seulement en dehors du sang de l'organisme [5].

Il est tué par :

- La chaleur (55°C) en 30 minutes.
- L'alcool éthylique à 70° en 20 minutes.

- L'eau de javel 1/10 en 20 minutes.
- La glutaldehyde à 0,10% en 10 minutes.
- Le chlorure benzalkonique.
- Le cytéal dilué au 1/10 en 30 secondes in vitro.

4- Rappel physiopathologique : les 8 étapes de la réplication

- a-** Fixation du virus sur les récepteurs spécifiques de la membrane des CD4
- b-** Fusion entre le virus et la cellule hôte : le matériel génétique viral est <<injecté>> sous forme d'ARN (d'où le nom de rétrovirus) donc encore illisible par les enzymes de la cellule infectée.
- c-** La transcriptase inverse transforme l'ARN en ADN monobrin, donc toujours pas lisible.
- d-** L'ADN monobrin est doublé afin d'être intégré au matériel génétique de la cellule.
- d-** Intégration de l'ADN dans le noyau de la cellule grâce à une enzyme : l'INTEGRASE.
- f-** Activation de la synthèse des protéines virales à l'aide des nutriments et des enzymes cellulaires.
- g-** **Assemblage** des protéines virales en enveloppe par les PROTEASES et maturation en vue de l'intégration de l'ARN nouvellement formé.
- h-** **Bourgeonnement** de la membrane cellulaire qui se lyse en laissant échapper les nouveaux virus.

5- Mode de transmission du HIV+ :

Depuis le début de l'épidémie, trois principaux modes de transmission ont été observés [18 ; 16 ; 21 ; 22] :

- transmission par voie sexuelle
- transmission par voie sanguine
- transmission verticale de la mère à l'enfant

5-1- Transmission par voie sexuelle :

Si au début de l'épidémie la plupart des cas de SIDA recensé étaient des homosexuelles en Afrique, aux Caraïbes et dans de nombreux pays en voie de développement, la transmission hétérosexuelle représentait le mode de contamination dominant. Cela est dû à des facteurs socio-économiques tels que la pauvreté et l'augmentation incessante de la prostitution.

La transmission sexuelle de l'infection HIV se fait par l'intermédiaire des muqueuses buccales, génitales ou rectales, lorsqu'elles sont en contact avec des sécrétions sexuelles ou du sang contenant du virus.

La muqueuse présente une certaine perméabilité vis à vis du HIV et on peut retrouver des cellules infectées (cellules dendritiques) dans la sous muqueuse après une exposition non traumatique de l'épithélium vaginal au HIV. La muqueuse rectale par son épithélium monocellulaire est la plus susceptible à l'infection HIV.

Le risque de transmission d'un homme séropositif à une femme séronégatif est plus élevé que celui d'une femme séropositive à un homme séronégatif surtout lorsque la femme est en règles.

La pénétration anale multiplie le risque par dix.

5-2- Transmission par voie sanguine :

La transmission par voie sanguine concerne principalement trois groupes de populations : les usagers de drogues par voie intraveineuse, les hémophiles et les transfusés, plus rarement les professionnels de santé en milieu de soins et laboratoire victimes d'exposition au sang.

Quelques transmissions nosocomiales entre patients ont été décrites et quelques cas anecdotiques ont été publiés suite à des contacts cutanéomuqueux avec le sang des personnes séropositives, suite à l'utilisation d'aiguilles souillées (tatouages, acuponcture) ou suite à des morsures profondes avec saignement.

L'instauration du dépistage systématique des dons de sang a considérablement réduit le risque de transmission.

Néanmoins, il subsiste une <<fenêtre>> chez les donneurs prélevés dans les semaines ou les mois suivant une contamination qui peuvent ne pas avoir encore développé d'anticorps anti HIV détectable.

5-3- Transmission mère-enfant :

La TME du HIV peut survenir à différentes étapes de la grossesse : in utero, intra-partum, au moment de l'accouchement [5], lors de l'allaitement maternel [23].

5-3-1- La transmission in utero :

La possibilité d'infection in utero (dans les semaines précédant l'accouchement dans 1/3 des cas) est connue depuis de longue date par la mise en évidence d'une virémie voire même des signes cliniques chez l'enfant [24]. Il semble aujourd'hui que cette transmission in utero ait lieu essentiellement dans les dernières semaines de la grossesse [24].

Il est important de noter que la part relative de la transmission in utero est augmentée lorsque la mère présente une charge virale élevée ou un déficit immunitaire avancé.

1. La transmission in utero précoce [24] :

La transmission dès le premier ou le deuxième trimestre a été évoquée dans des anciennes études sur des fœtus issus d'interruption de grossesse.

Il a même été décrit des anomalies du thymus fœtal superposables à celle des enfants atteints par le SIDA. Certaines études Africaines ont signalés un taux d'avortement supérieur à la norme chez les femmes séropositives au HIV.

Transmission in utero tardive :

Les études post natales chez les enfants qui se révéleront infectés sont en faveur d'une transmission tardive [24]. Dans le travail de Rouvieux et Col, la contamination a eu lieu in utero chez 1/3 de ces enfants.

En analysant dans un modèle mathématique de Markov la cinétique de la virémie, de l'antigénémie et des anticorps, les auteurs ont estimés que toutes ces contaminations in utero remonteraient à moins de 2 mois avant leur naissance [25].

5-3-2- Transmission intra partum :

La recherche du HIV par PCR (Polymérase Chain Réaction) ou culture est négative à la naissance chez les 2/3 environ des enfants infectés. Il pourrait s'agir d'enfants infectés in utero mais dont la charge virale est trop faible pour être détectée et qui s'élèverait secondairement du fait de la stimulation antigénique de la vie extra utérine.

Il semble maintenant acquis qu'il s'agit véritablement d'enfants contaminés au cours de l'accouchement. Cela est confirmé par l'étude de Rousioux et Col où la date estimée de la contamination était le jour de la naissance chez les 2/3 des enfants [24]. Il est ainsi proposé une définition distinguant les infections in utero où la PCR dans les deux premiers jours, des infections intra partum où ne devient positive que secondairement [15].

Plusieurs travaux ont isolé le HIV dans les sécrétions cervico-vaginales en dehors des règles. On peut citer celui de VOGT qui isola le HIV par culture des sécrétions génitales chez 4 femmes sur 14 [5]. PROMERNTH montra l'infection par le HIV de certaines cellules de la sous muqueuse cervicale [5].

5-3-3- Transmission par le lait maternel :

Le HIV peut être excrété dans le colostrum et dans le lait sous forme de particules et de cellules infectées. La transmission par l'allaitement est certaine et très probablement responsable du taux de contamination plus élevé des

enfants en Afrique même ce n'est pas la seule explication. La transmission post natale à partir d'une mère qui était déjà séropositive lors de la grossesse peut être affirmée lorsque le HIV est absent chez enfant et apparait ensuite. Cette transmission post natale tardive peut survenir tout long de l'allaitement et sa fréquence dans des études africaines est de l'ordre de 3% par année d'allaitement maternelle. Le taux de transmission post natale précoce est plus difficile à apprécier, car la PCR peut être négative à la naissance mais positive 2 à 3 mois après. Ainsi dans ces situations il est impossible de déterminer si l'enfant a été infecté au moment de la naissance ou pendant les premières semaines de la vie.

Le risque de transmission durant l'allaitement est en relation avec l'état maternel, clinique, immunologique et virologique.

Par ailleurs Van et Al [24] ont montré la présence constante d'IgG anti HIV, inconstante d'IgA anti HIV et relativement fréquente d'IgM anti HIV dans le lait des femmes infectées.

Une étude a montré une augmentation du risque en cas de déficit maternel en vitamine A [24]. Enfin le risque de contamination augmente particulièrement en cas d'abcès mammaire.

6- Facteurs influençant la TME du HIV [6 ; 45] :

Les déterminants de la transmission du HIV de la mère à l'enfant incluent des caractéristiques cliniques, virologiques et immunologiques. Il demeure difficile d'évaluer avec certitude le poids réel de ces facteurs de risque tant qu'on ne saura pas avec précision les moments où survient la transmission.

Ainsi, plusieurs caractéristiques d'une mère infectée et qui peuvent être reliées à la transmission du HIV à l'enfant ont été examinées sans parvenir à un consensus. Les facteurs influençant la TME du HIV ont les suivants :

6-1- Les facteurs maternels :

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

Le principal élément pronostic connu est l'état immunologique de la mère.

L'état clinique est un élément important en l'absence de traitement car une mère au stade de SIDA avéré à plus de 50% de risque d'avoir un enfant contaminé. Toute fois un antécédent de maladie opportuniste chez une femme dont l'infection est actuellement stabilisée sous traitement ARV n'a pas la même signification péjorative [26].

- **Charge virale plasmatique :**

Le taux d'ARN HIV est le déterminant le plus important en pratique. De nombreuses études ont montré que le taux de transmission augmente proportionnellement à cette charge virale maternelle.

Cependant, il n'existe pas de seuil au dessus duquel il y a toujours transmission, ni de seuil en dessous duquel le risque de transmission est nul [24].

Certains auteurs ont suggéré qu'aucun cas de transmission n'aurait lieu lorsque la charge virale maternelle à l'accouchement est inférieure à 500 copies/ml. Pourtant plusieurs cas d'infection ont été rapportés [27]. Dans l'étude française sur la bithérapie AZT-3TC, parmi 6 enfants contaminés, 3 enfants sont nés de mères ayant une charge virale inférieure à 500 copies/ml.

On ne sait pas encore quel est le risque résiduel de transmission chez la femme enceinte qui présente une charge virale inférieure à 20 copies/ml sous traitement [6].

La plupart des études tiennent compte de la charge virale à l'accouchement. Qu'en est-il lorsque la charge virale est faible à l'accouchement, mais était élevée en de grossesse ?

C'est ce qui arrive dans le cas exceptionnel de la primo-infection par le HIV ou dans celui bien plus fréquent de la fenêtre thérapeutique [28]. Les données actuelles ne permettent pas de conclure, mais suggèrent que le risque de

transmission est faible si le pic de charge virale a lieu en début de grossesse et élevé s'il a lieu proche de l'accouchement.

Cependant, lorsqu'un traitement a débuté trop tardivement, une transmission in utero peut être favorisée par une charge virale élevée avant le traitement [24].

Dans le cas d'échec thérapeutique plus ou moins net, où la charge virale maternelle demeure élevée sous traitement, on ne sait pas encore le risque de transmission. Il semble que pour une charge virale équivalente, le risque de transmission soit faible si la mère est sous traitement qu'elle ne l'est pas [24].

- **Marqueurs lymphocytaires :**

Le risque de transmission augmente de façon proportionnelle au déficit immunitaire, dont témoigne la diminution du taux de lymphocyte CD4 [29]. Lorsque le taux de CD4 est inférieur $200/\text{mm}^3$, l'élément déterminant est la charge virale plasmatique [24].

- **Les anticorps neutralisants :**

Le rôle des anticorps maternels demeure obscur. Un effet protecteur des anticorps dirigés contre la boucle V3 de la gp120 (glycoprotéine dans la structure du HIV), contre la région C-terminale de la gp41 (idem à gp120) a été avancé puis contesté. Des anticorps neutralisants ont ensuite été décrits comme protecteur, mais comme ces études ont été contredites par d'autres.

L'état immunitaire local au Niveau des voies génitales pourrait avoir une importance, mais la seule étude menée à ce sujet en Thaïlande ne met en évidence aucune relation entre la sécrétion d'Ig anti HIV et la transmission [30].

6-2- Les facteurs démographiques :

L'origine géographique notamment Européenne ou Africaine, le mode de contamination de la mère, sexuelle ou sanguine ne sont pas liés au risque de transmission [29].

Une étude avait suggéré que lorsque la mère avait donné naissance à un enfant infecté, les enfants suivants avaient un risque accru, mais cela n'a pas été

confirmé par la suite. Quant au statut du père, il ne semble pas jouer sur le risque de transmission ce d'autant que par ailleurs aucun cas de transmission père enfant n'a été constaté dans les couples séro-différents [24].

6-3- Les facteurs viraux :

Il existe une différence majeure entre le HIV1 et le HIV2, dont le taux de transmission est faible, entre 1 et 4% [24]. Une étude récente en Gambie a suggéré que le faible taux de transmission est en rapport avec des CV faibles, mais la détermination de l'ARN HIV2 n'est pas encore disponible en routine.

Plusieurs sous types du HIV1 ont été décrits, avec des distributions géographiques différentes, mais il n'a été établi de différence de transmission mère enfant entre les sous types du groupe M (A, B, C, G, E) ou le groupe O [24]. Chaque sous type possède une grande variabilité génotypique et le nombre de variant présents chez un individu vari dans le temps en fonction de l'avancement de la maladie. La transmission peut concerner plusieurs variants, le plus souvent un seul variant est transmis. Il peut s'agir d'un variant minoritaire chez la mère, ce qui fait évoquer un processus de sélection dans le placenta ou chez le fœtus lui-même.

En ce qui concerne les caractéristiques phénotypiques, plusieurs études ont montré que les phenotypes n'induisant pas de formation de syncytia (NSI) et dont le tropisme est macrophagique (CCR-5) sont préférentiellement transmises par rapport aux souches capables d'induire des syncytia (SI) et dont le tropisme est lymphocytaire (CXCR-4) [24].

6-4- Les facteurs d'environnement :

Les facteurs nutritionnels ont été particulièrement étudiés en Afrique suite à une publication [24] qui mettait en évidence un taux accru de transmission en cas de

déficit en vitamine A chez la mère. Seule une sur deux faites aux États Unis, a retrouvé cette relation [24].

Dans une étude réalisée en Côte d'Ivoire, la carence en vitamine A n'était liée au taux de transmission lorsque l'analyse tenait compte du taux de lymphocytes CD4 de la mère [31].

Les carences nutritionnelles ou vitaminiques pourraient intervenir en favorisant des lésions placentaires ou en augmentant la réceptivité du fœtus aux infections [24].

D'autres micronutriments pourraient jouer un rôle comme le zinc et le sélénium. L'effet d'une supplémentation en vitamine A d'une part, et en multivitamines d'autre part, a été étudié dans plusieurs pays Africains. Malheureusement aucun effet protecteur contre la transmission mère-enfant du HIV n'a été obtenu [32 ; 33].

6-5- Les facteurs fœtaux :

Le degré de maturation du système immunitaire au moment de l'exposition au virus pourrait jouer un rôle. Cela pourrait dans la relation épidémiologique entre la prématurité et la contamination de l'enfant [24].

Des prédispositions génétiques jouent certainement un rôle dans la vulnérabilité à la contamination, comme cela a été étudié dans la transmission sexuelle où a été évoqué l'haplotype HLA, la concordance entre la mère et l'enfant étant un facteur de risque [24 ; 31].

Par ailleurs plusieurs études ont observé une relation entre fœtale et le risque de transmission [24]. Il apparaît que le poids de naissance des enfants infectés est significativement inférieur à celui des enfants non infectés. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées.

L'infection in utero pourrait entraîner un retard de croissance mais cela ne concerne qu'une minorité des enfants contaminés. A l'inverse les fœtus hypotrophiques pourraient être plus vulnérables à la contamination.

En fin, il pourrait y avoir des facteurs communs au retard de croissance intra-utérin et à la transmission, tels que les lésions placentaires [24 ; 31].

6-6- Les facteurs obstétricaux :

Les autres facteurs obstétricaux qui sont clairement liés au risque de transmission dans les grandes séries sont l'accouchement prématuré et surtout la rupture prématurée des membranes.

Le taux d'accouchement prématuré est plus élevé chez les femmes infectées par le HIV que dans la population générale [31]. Outre le HIV, d'autres facteurs peuvent être évoqués tels que la toxicomanie, le tabagisme, les difficultés psychologiques, et les conditions socio-économiques [24].

On observe d'autre part que le taux de transmission est plus élevé en cas de fièvre pendant le travail ou de chorio-amnionite. Une infection génitale ou une infection sexuellement transmissible (IST) associée pendant la grossesse, les invasifs ou traumatisants au cours de la grossesse (amniocentèse, cerclage, version par manœuvre externe, amnioscopie) augmentent le risque [24 ; 31].

7- Diagnostic biologique :

Il repose sur la mise en évidence :

2. De façon indirecte dans le sérum d'anticorps anti HIV (test ELISA, Immunofluorescence indirecte, Western blot) ;
3. De façon directe du virus ou d'un de ces antigènes.

7-1- Diagnostic indirect :

Il comporte des tests de dépistage et des tests de confirmation.

- **Les tests de dépistage** : permettent la détection des anticorps anti HIV. Celle-ci repose sur la réalisation et la visualisation d'une réaction antigène-anticorps (Ac sériques du sujet infecté et des Ag viraux produits en laboratoire). La méthode de référence est le test ELISA.

- **ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay)** : ce test est utilisé pour le dépistage des anticorps. Il est en première intention, rapide et simple à mettre en œuvre et permet l'analyse des grandes séries d'échantillon. Il est sensible mais peut manquer de spécificité (risqué de fausse positivité). Ainsi tout résultat positif à l'ELISA doit être confirmé par le Western blot. Selon les Ag utilisés et les praticabilités techniques, on distingue des tests ELISA de première, de deuxième, de troisième et de quatrième génération. Les tests de première et de deuxième génération ne mettent en évidence que des anticorps de la classe IgG. Ceux de la troisième génération qui constituent la majorité des tests utilisés actuellement en routine ; détectent les IgM et les IgG. Les tests dits de quatrième génération apparus en 1998 permet la détection combinée de la protéine P24 du HIV1 et des anticorps anti HIV1 et HIV2 [34]. Ceux-ci raccourcissent la fenêtre de séronégativité de 5 jours. Les tests dits rapides : font appel à une agglutination ou une absorption du complexe sur une membrane puis une coloration visible à l'œil nu. Ils sont facilement réalisables sans appareillage sophistiqué mais sont moins sensibles notamment lors de la séroconversion, en comparaison avec les tests standards de troisième génération.

Les tests de confirmation :

4. **Le Western blot** : est la technique de référence.

C'est un test de confirmation très spécifique permettant d'identifier les différentes protéines structurales ou non du HIV par électrophorèse avant d'être transférées sur une membrane de nitrocellulose.

Ce test est considéré comme positif s'il y a présence d'anticorps dirigés contre une protéine interne du virus. Cependant son interprétation demande une bonne expérience et les réactifs coûtent chers.

5. **Les autres techniques** : sont peu utilisées en pratique courante, ce sont :

RIPA (Radio Immuno Précipitation Assay) ; immuno-marquage fluorescent de surface ; immuno-captatage cellulaire en plaque de microtitration ; le dosage de l'antigénémie P24 entre autre [34].

7-2- Diagnostic direct :

6. Détection de l'Ag P24 est essentiellement indiquée aujourd'hui chez le nouveau-né de mère séropositive pour le HIV1 et lors d'une suspicion de primo-infection ;
7. Isolement du HIV en culture de cellule qui se fait sur une des cellules mononuclées ou du plasma du sujet infecté grâce à l'adjonction de cellules mononuclées de donneurs sains qui servent de support pour la multiplication virale;
8. Détections des nucléiques virales ;
9. Technique d'hybridation amplifiée sans amplification génique

8- Prévention :

La prévention est fondamentale pour limiter la propagation du HIV/SIDA. Les voies et moyens pour y parvenir sont multiples.

8-1- Prévention de la transmission sexuelle :

Les recommandations essentielles sont :

10. abstinence
11. Fidélité
12. Réduction du nombre de partenaires sexuelles
13. Usage des préservatifs

8-2- Prévention de la transmission sanguine :

Il est essentiel que les personnes consommant des drogues actives par voie intraveineuse renoncent à échanger entre elles du matériel d'injection et utilisent des seringues et aiguilles stériles.

Les centres de transfusion doivent éviter de prélever du sang chez les personnes à risqué (les prisonniers, collectes de rues...).

Pour éviter de se contaminer en tant que personnel de santé il suffit de :

14. Se désinfecter les mains après tout examen clinique,
15. Porter des gants pour manipuler le sang, les sécrétions et excréments du malade,
16. Désinfecter les récipients ayant contenu les selles, les crachats, les urines d'un patient HIV positive avec de l'eau de javel par exemple ; préférer l'utilisation du matériel à usage unique ; déposer tout instrument et objet à usage multiple utilisé pour manipuler du sang dans l'eau de javel, éthanol puis le nettoyer et le stériliser [35].

8-3- Prévention de la TME :

Pendant de nombreuses années, les connaissances sur la TME du HIV étaient insuffisantes pour permettre de prendre les mesures susceptibles d'aider les mères séropositives à donner naissance à des bébés non infectés [5].

La connaissance des mécanismes de transmission de l'infection à HIV de la mère à l'enfant ont guidé les stratégies thérapeutiques : proposition de dépistage, utilisation des antiviraux en fin de grossesse, modification des pratiques obstétricales et d'allaitement [9]. Une réduction importante du taux de la TME du HIV a été obtenue dans les pays industrialisés du Nord (TME<5%, voire 2%) [24] alors que le problème demeure majeur dans les pays en développement du Sud [36].

Il existe désormais plusieurs stratégies possibles agissant à des niveaux différents :

17. L'information de la mère sur les risques encourus par elle pendant la grossesse et les risques encourus par l'enfant ;
18. Le dépistage sérologique des femmes à risque si elles souhaitent une grossesse ou si elles sont enceintes ;
19. Réduction de la charge virale maternelle plasmatique (ARV chez la mère) ;

20. Diminution de l'exposition en fin de grossesse et pendant le travail (césarienne programmée...);
21. Prophylaxie post exposition (passage transplacentaire du traitement maternel et traitement chez le nouveau né);
22. Suppression de l'exposition post-natale (allaitement artificiel).

8-3-1- Efficacité des ARV :

La Zidovudine ou AZT en monothérapie est la première prévention validée par des essais thérapeutiques, c'est le traitement prophylactique pour la prévention de la TME au Mali initié par l'UNICEF, en plus de la Niverapine dont les schémas sont les suivants [37] :

ZIDOVUDINE (AZT) :

600mg/jour soit gélule de 300mg matin et soir à débiter à partir de la 34-36^{ème} semaine de grossesse et à poursuivre jusqu'au début du travail.

Pendant l'accouchement, placer une perfusion d'AZT en raison de 2 mg/kg pendant 1 heure en bolus puis 1mg/kg jusqu'au clampage et à la section du cordon ombilical (à partir de la 28^{ème} semaine en cas d'accouchement prématuré) [38].

NEVIRAPINE (NVP) :

Prise de 200mg par voie orale au moment de l'accouchement ; le proposer systématiquement aux femmes enceintes infectées par le HIV vue tardivement.

Après l'accouchement, le traitement ARV se fera par voie orale en fonction du statut clinique, immunologique et virologique de la patiente et la prophylaxie des infections opportunistes par le cotrimoxazole envisagée selon les recommandations nationales [38].

Des traitements courts plus adaptés aux pays en développement ont fait la preuve d'une efficacité, diminuant de moitié le taux de transmission en absence d'allaitement au sein et d'un tiers en présence d'un allaitement maternel [39].

Le schéma de référence est celui de l'essai **ACTG076**, comportant trois volets : Chez la mère pendant la grossesse, en perfusion à l'accouchement puis chez le nouveau-né.

L'association AZT-3TC est la combinaison la mieux étudiée, notamment par l'essai **PETRA** en Afrique australe et par l'essai **ARNSO75**. Dans cet essai français ou la 3TC était ajoutée à partir de la 32^{ème} semaine d'aménorrhée en plus du schéma usuel d'AZT, le taux de transmission était réduit à 1,6% [38].

L'efficacité préventive de la Niverapine en monothérapie, en une seule prise chez le nouveau-né, a été démontrée en Ouganda. Le taux de PTME dans cet essai était de 13% soit une réduction de moitié par rapport au groupe témoin recevant un traitement ultra court par AZT.

Dans un essai Sud-Africain, le même traitement par Niverapine a été comparé à la bithérapie AZT-3TC selon le schéma <<long>> de l'essai **PETRA**. L'efficacité des deux traitements était similaire [40].

En revanche, un essai thérapeutique international randomisé de grande ampleur (**PACTG 316/ARNS**) n'a mis en évidence aucune réduction du taux de transmission avec la névirapine comparé à un placebo chez les mères recevant une prise en charge optimale par des traitements ARV : les taux étaient de 1,5% dans les deux groupes [41].

L'efficacité des trithérapies antirétrovirales n'a pas été étudiée par des essais thérapeutiques. Avec les taux de transmission de référence de l'ordre de 2 à 3%, les essais classiques randomisés deviennent irréalisables, car il faudrait y inclure plusieurs milliers de mères pour espérer démontrer d'un nouveau type de traitement.

L'existence de cohortes prospectives observationnelles permet néanmoins d'étudier l'effet des différents types de prise en charge. Les données actuelles issues des cohortes Françaises et Américaine suggèrent que le risque de

transmission soit plus faible lorsque la mère reçoit un traitement ARV virologiquement efficace [18].

Une étude longitudinale Américaine en place depuis 1990 rapporte des taux de TME de l'ordre de 4% en traitement ARV combiné sans IP, et de 1% avec IP. Par ailleurs quel que soit le traitement, plus la charge virale maternelle est basse, moins il y a de transmission [42].

Dans certains cas la césarienne reste le seul moyen de prévention et elle est programmée.

8-3-2- Césarienne programmée :

L'effet d'une césarienne programmée à membranes intactes et avant le début du travail est désormais établi par plusieurs études de cohortes, et par essai thérapeutique randomisé Européen. Le taux de transmission était de 0,8% en cas de césarienne programmée chez les femmes enceintes traitées par AZT.

En revanche le taux de transmission n'est pas diminué en cas de césarienne en cours de travail ou membranes rompues [43].

Le risque pour la mère de complications liées à la césarienne est une préoccupation importante hors du contexte de HIV, la morbidité et la mortalité maternelles sont 3 à 5 fois plus élevées en cas de césarienne qu'en cas d'accouchement par voie basse [43].

Les complications sont surtout le faite de césarienne faite en urgence plutôt que des interventions programmées. Parmi les femmes ayant prévu un accouchement par voie basse, certaines auront une césarienne au cours du travail.

8-3-3- Allaitement artificiel :

Le risque de transmission paraît particulièrement important dans les deux premiers mois, mais pendant toute la durée de l'allaitement maternel.

Dans plusieurs études Africaines, dont un essai randomisé au Kenya, le taux de transmission est doublé chez des enfants allaités au sein, mais il semblerait que le risque soit particulièrement élevé en cas d'allaitement mixte [33].

En plus le taux de contamination materno-fœtale du HIV1 est de 18 à 25% quel que le mode de transmission en absence de tout traitement, en ce qui concerne le HIV2 ce taux est de 1%.

L'allaitement artificiel est bien accepté par les mères séropositives dans les pays industrialisés, mais des problèmes médicaux, économiques et sociaux le rendent difficile dans certains pays en développement [44].

9- Prise en charge du nouveau-né :

- Aspiration respiratoire ou digestive uniquement en cas de nécessité :
 23. Absence de cri spontané ;
 24. Présence de mucosité épaisse gênant la respiration ;
 25. Nécessité de réanimer L'Enfant.

L'aspiration doit être douce non traumatique non répétée.

- Nettoyer le cordon avec la chlorexidine avant de le sectionner.
- Éviter de retarder la section du cordon et de traire le cordon.
- Donner un bain à l'enfant avec un produit contenant de la chlorexidine ou à défaut à l'eau et au savon.
- Éviter de nettoyer le nouveau-né avec du matériel pouvant être traumatique (éponge végétal)
- Bien désinfecter la peau avant toute injection (vitamine K1)
- ARV au nouveau-né (bithérapie ou trithérapie)
- Allaitement artificiel
- Donner les conseils hygiéno-diététiques habituels
- Référer la mère et le nouveau-né au centre de suivi

III METHODOLOGIE

1 Cadre de l'étude : Notre étude s'est déroulée en commune I du District de Bamako au quartier de Mekin-SIKORO au cscm,

- ***1.1 Présentation du quartier de Mèkin-Sikoro*** :

Mekin-Sicoro couvre une superficie de 9,39 km². Le quartier est limité à l'Est par Banconi, au Nord par Dialakorodji, au Sud par l'Hippodrome et à l'Ouest par N'Gomi.

HISTORIQUE :

Il tire son nom d'un arbre dénommé « SI » qui signifie karité. Le fondateur du village de Mekin-Sikoro du nom de Diamoussadjan Niaré serait venu de Lambidou Soma Niakaté dans le cercle de Diéma.

Au cours d'une promenade de chasse, il découvrit le site où se trouvaient trois plantes de karité. Il accrocha son sac à la première plante, ses armes de guerre à la seconde et il alla s'asseoir sous la troisième.

Attiré par cette place, il décida de fonder un village. Bien avant il s'installa à Mèkin situé à 6 km du site découvert puis à Ginkoumé laissant derrière lui ses enfants à Mekin.

Au dire des autorités du quartier Djamoussadjan Niaré venait passer de temps en temps une année à Mekin-Sicoro avant de rejoindre ses enfants à Mekin et à Tomo où il s'installa aussi pour un bout de temps.

En réalité, il faut dire que ce sont les arrières petits fils de Djamoussadjan Niaré qui s'installèrent définitivement à Mekin-Sicoro lui conférant du coup le statut de village.

Selon l'histoire tous les Niaré de Bamako seraient partis de Mekin-Sicoro qui était considéré à l'époque comme le centre du pouvoir.

Depuis sa création, le quartier de Mekin-Sicoro a connu sept (7) chefs qui se sont succédé à la chefferie à savoir :

- Kamory Niaré 1^{er} chef de quartier régna pendant : 37 ans
- Sériba Niaré : 40 ans
- Boh Niaré : 30 ans
- Bakoroba Niaré : 35 ans
- Bandiougou Niaré : 27 ans
- Ballé Niaré : 7 ans
- Mamadou Niaré : (actuel chef depuis 1970) :39 ans

A Mekin-Sicoro la succession à la chefferie se fait de façon patriarcale.

1.3. Présentation du CSCOM de Mèkin-Sikoro :

1.3.1 Création et Présentation du CSCOM de Mèkin-Sikoro:

Le Centre de Santé Communautaire de Mèkin-Sikoro est le fruit d'une heureuse coopération de l'O.N.G –IAMANEH - SUISSE.

Il a été officiellement créé le **08 Mars 1993**. Son rayon d'intervention couvre le quartier de Mèkin-Sikoro. Aussi il profite aux populations d'autres quartiers.

1.3.2. Organisation du CSCOM de Mèkin-Sikoro :

Le personnel du CSCOM est composé du personnel d'appui technique (dont deux Médecin, une Infirmière, deux Sages femmes, deux Laborantines, six Matrones, une Gérante pharmacienne une Comptable, un Gardien, un pharmacien pour ARV, une femme de ménage)

Il est organisé comme suit :

- **Le Médecin Directeur** est le responsable du centre et assure les consultations, le traitement des maladies courantes et la gestion des supports.
- son adjointe assure les consultations et le traitement des maladies courantes
- **Les deux Sages femmes** assurent les accouchements, les Consultations Périnatales, le Planning familial, les consultations gynécologiques, les consultations post natale et la vaccination.
- **L'Infirmière** assiste le Médecin et le remplace en cas d'absence.
- **La Laborantine** effectue les analyses de laboratoire.
- **La Gérante** du dépôt de pharmacie s'occupe de la vente des médicaments.
- **Six Matrones** assistent les Sages - femmes et assurent aussi la vaccination et la garde ;
- **Le Gardien** assure la sécurité des biens et l'entretien de la cour du CSCOM.
- La femme de ménage assure l'hygiène et la propreté du local
- Les stagiaires

1.3.3 Activités du CSCOM :

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

Les activités du CSCOM sont les suivantes :

 **Curatives :**

- les consultations (curative, prénatale, post natale, gynécologique);
- l'accouchement ;
- les soins (injection, perfusion, pansement, suture...);
- la lutte contre le HIV / SIDA, le paludisme et autres maladies.
- La prise en charge globale des PV HIV adultes et enfants

 **Préventives :**

- la vaccination des enfants par le Programme Élargi de Vaccination avant l'âge d'un (1) an ;
- la vaccination des femmes enceintes et celles en âge de procréer par l'anatoxine Tétanique ;
- les consultations Prénatales ;
- les consultations Postnatales ;
- les accouchements ;
- la surveillance préventive des enfants de zéro (0) à vingt trois (23) mois ;
- le suivi régulier des malades chroniques et des sujets à risque ;
- la Planification familiale.



 **Promotionnelles**

Concernent :

- l'Information, l'Éducation et la Communication en Santé (IECS) ;
- la promotion des activités d'hygiène et d'assainissement ;
- la promotion des activités de développement communautaire.

 **Activités d'examens para cliniques :**

- Sang : goutte épaisse (GE), TDR , séro diagnostique phelix de Widal, glycémie, Urée, Créatininemie, Antgène HBs,sérologie BW,

TE, Hb, Groupage/Rhésus ; sérologie -toxoplasmose, selles POK sérologie HIV et typage ;

- Urine: Test HCG, ECBU; albuminurie, glucosurie;
- Crachat : BAAR sont analysés présentement au CSCOM ;

Échographie

2. Période et type d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective qui a couvert la période de 01 janvier 2008 au 31 Décembre 2009

2.1. Population d'étude :

Notre étude avait concerné les femmes enceintes vues en consultation prénatale au centre de sante de Mekin SIKORO du 01 Janvier 2008 au 31 Décembre 2009

2.2 Critères d'inclusion :

Toutes les femmes enceintes qui ont été vues au CPN du 01 janvier 2008 au 31 janvier 2009 et avaient subi un dépistage du HIV

2.3. Critères de non- inclusion :

Les femmes enceintes n'avaient pas fait de CPN au moment de la période d'étude qui sont venues accoucher dans le CSCOM

Les femmes enceintes qui avaient refusé le dépistage.

3. Les variables mesurées :

3.1 Données sociodémographiques :

Age

Ethnie

Profession

Statut matrimonial

Résidence

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

Niveau d'instruction

3.3 Données biologique :

-La séropositivité et le type de HIV

Dans notre étude, trois tests ont été utilisés : le Détermine et l'Hemastrip ou Immunocombs II

Étaient considérées séropositives, toutes femmes enceintes dont les résultats du Détermine et Hemastrip étaient positifs.

3.4 Le schéma thérapeutique mise en application aux femmes enceintes :

4. Analyse des données :

La saisie des données a été faite sur Microsoft office Word 2007 dans premier temps, une analyse descriptive des données a été faite pour dégager les caractéristiques des différents variables étudiées en SPSS.

5 Aspect éthique :

Le dépistage a été fait après un conseil pré-test en expliquant dans les causeries débats aux femmes enceintes qui viennent en consultation prénatales l'avantage du dépistage par rapport à la maman et son futur Bébé et que le dépistage n'est obligatoire.

La confidentialité et l'anonymat ont été assurés en attribuant un numéro ne comportant pas le nom ni prénom du patients.

Un registre ouvert à cet effet a permis l'identification des femmes dépistées séropositives.

Après le résultat un deuxième test conseiling post test était fait avant d'annoncer le résultat, tout ceci permettait d'établir un climat de confiance entre les patients et le prestataire. Ceci est capital en matière de HIV.

V. RÉSULTATS

1 Résultats globaux

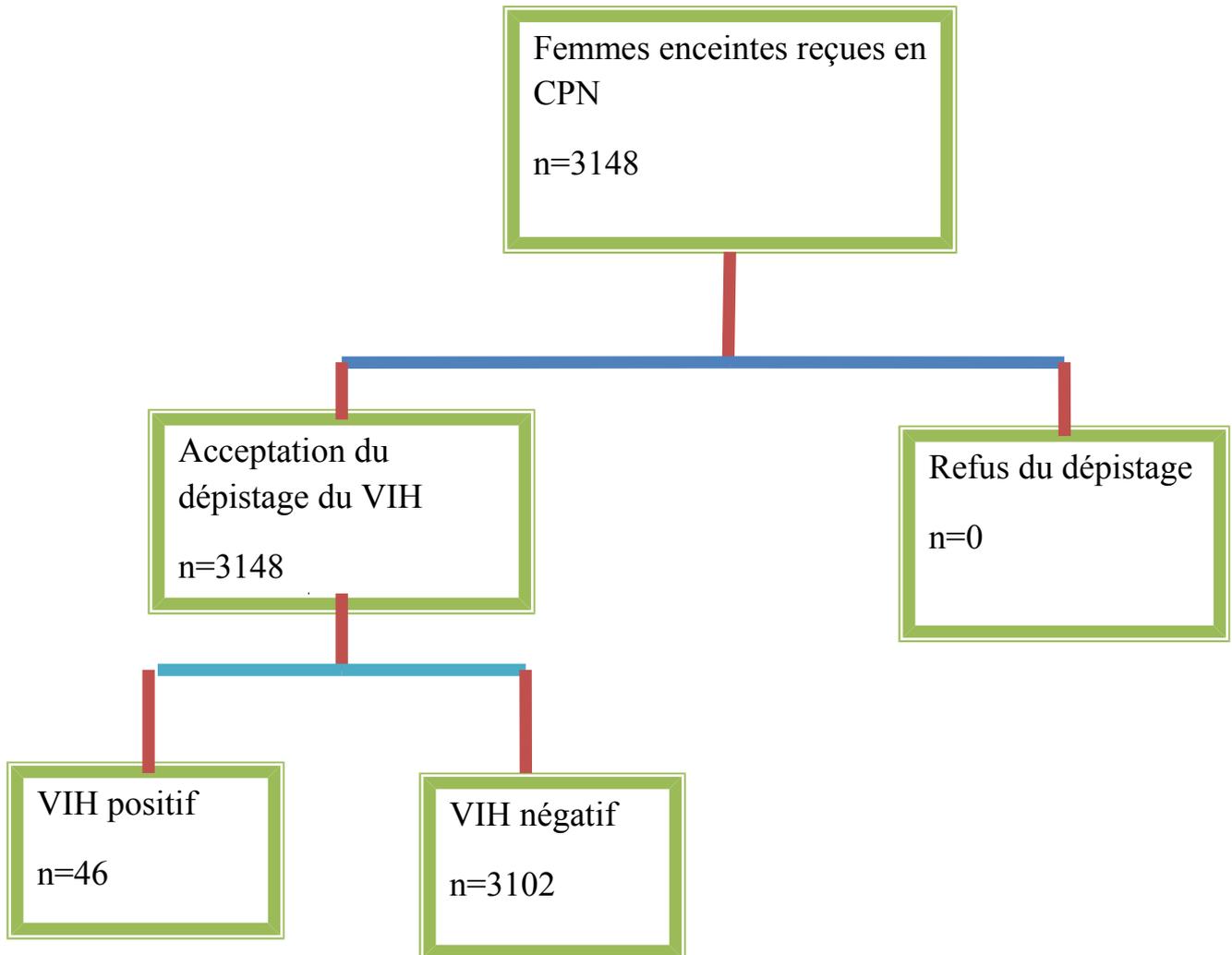


DIAGRAMME DE FLUX

RÉSULTATS**Tableau I : Répartition des femmes enceintes HIV positives selon l'âge.**

Age	Fréquence	Pourcentage
15-19	9	19,6
20-24	11	23,9
25-29	16	34,8
30-34	8	17,4
35-39	2	4,3
Total	46	100,0

La tranche d'âge de 25-29 ans a été la plus représentée soit 34,8%

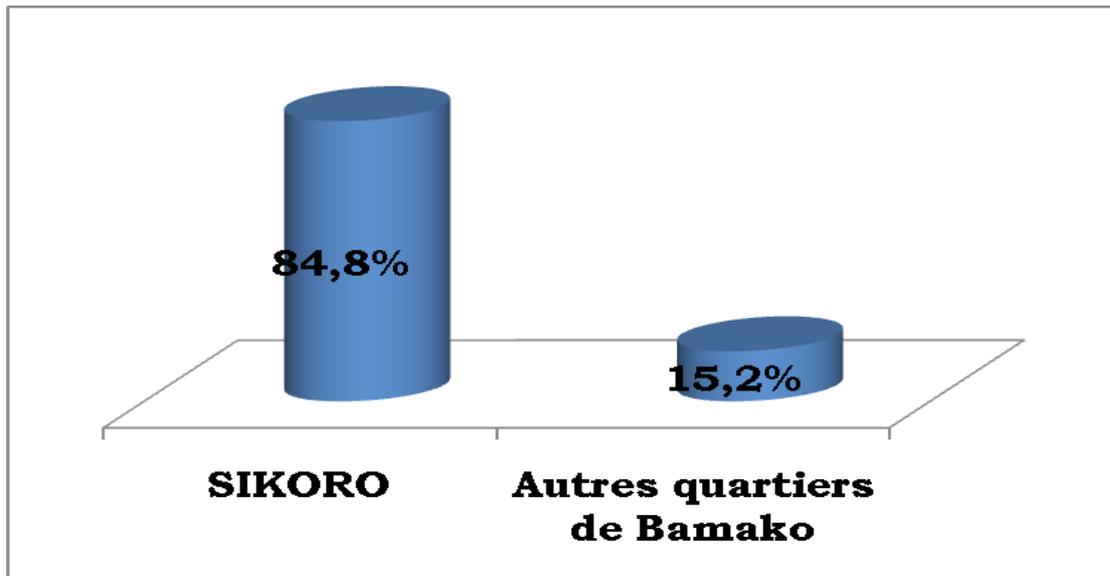
Tableau III : Répartition des gestantes HIV positives selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	6	13,0
Mariée monogame	31	67,4
Mariée polygame	7	15,2
Veuve	2	4,3
Total	46	100,0

Proportion des mariées monogames étaient plus élevée avec 31 cas soit 67,4%

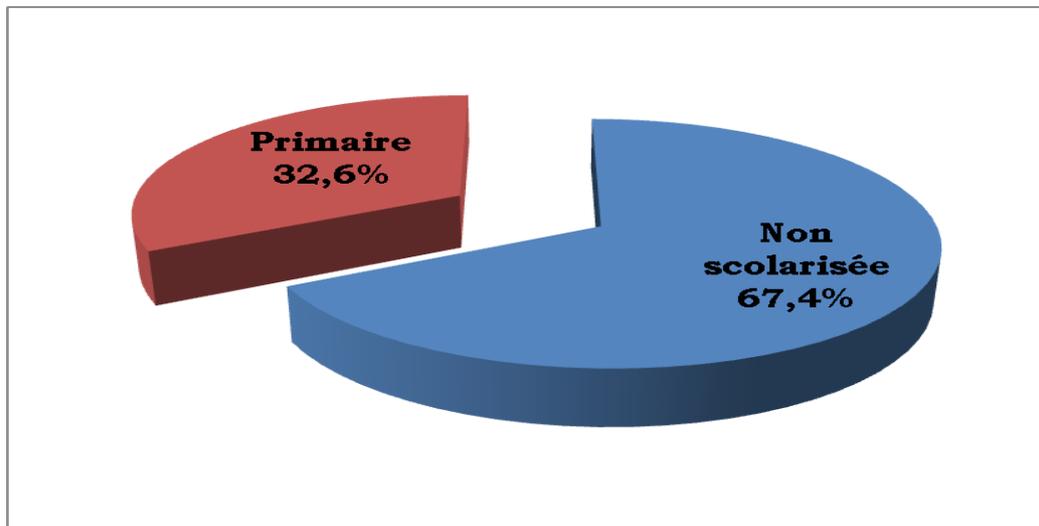
Tableau IV : Répartition des gestantes HIV positives selon la résidence

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009



Parmi les séropositives 39 cas résident à SIKORO soit 84,8%

Tableau v : Répartition des gestantes HIV positives selon le niveau d'instruction



Les non scolarisées étaient plus fréquentes avec 31 cas soit 67,4%

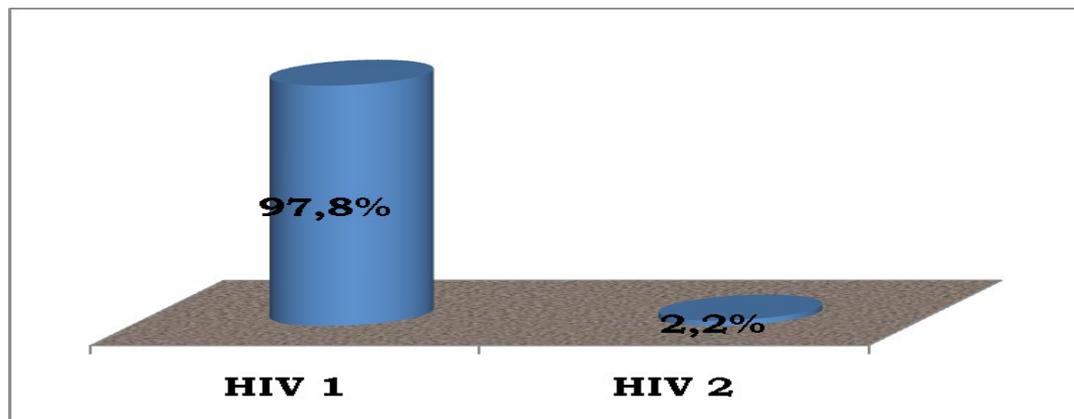
Tableau VI : Répartition des gestantes HIV positives selon la profession

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	41	89,1
Commerçante	2	4,3
Autres	3	6,5
Total	46	100,0

Les séropositives ménagères étaient plus fréquentes avec 41 cas soit 89,1%

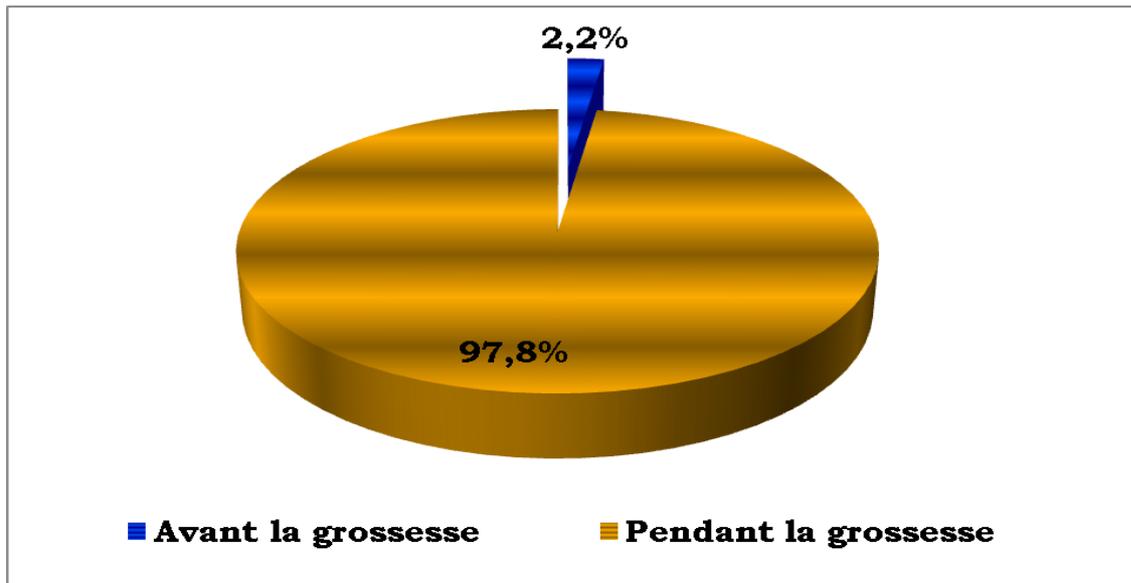
Tableau VII : Répartition des gestantes selon le type de HIV



Toutes les gestantes étaient infectés par HIV-1 excepté 1 seul cas

Tableau VIII : Répartition des gestantes HIV positives selon la période découverte

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009



Parmi les séropositives un seul cas a été dépisté avant la grossesse

Les antécédents obstétricaux

Tableau IX : Répartition des femmes séropositives selon la Gestité

Gestité	Fréquence	Pourcentage
G1	18	39,1
G2	12	26,1
G3	9	19,6
G4	5	10,9
G5	2	4,3
Total	46	100,0

Les femmes qui étaient à leur première grossesse (G1) ; étaient représentées avec 18 cas soit 39,1%

Tableau x : Répartition des gestantes séropositives selon la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage
--------	-----------	-------------

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

P1	21	45,7
P2	11	23,9
P3	6	13,0
P4	6	13,0
P5	2	4,3
Total	46	100,0

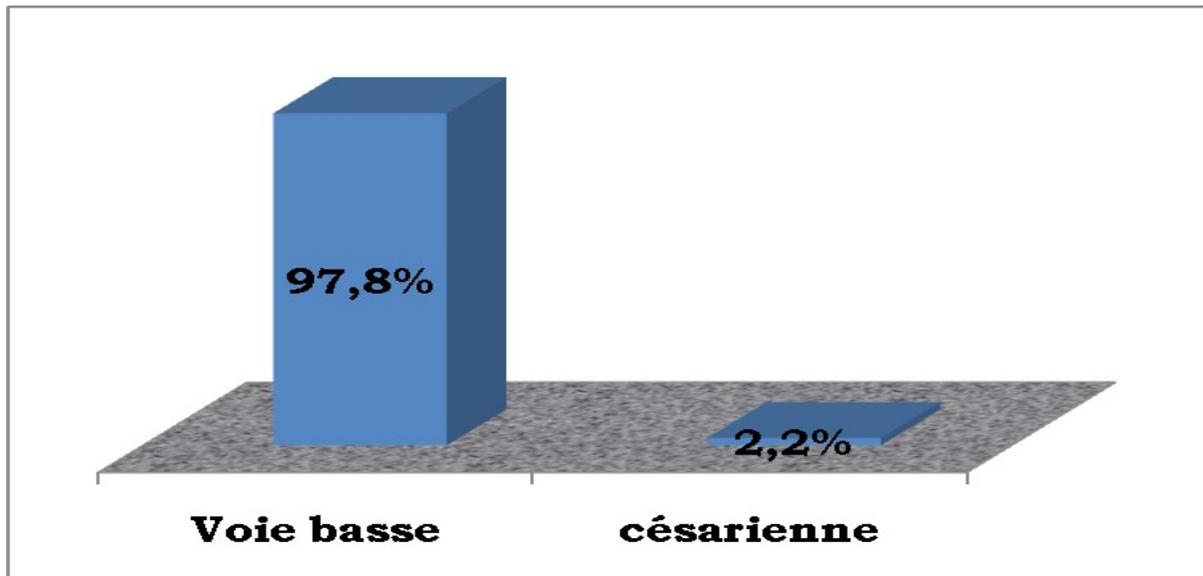
Les primipares (P1) étaient plus élevées avec 21 cas soit 45,7%

Tableau XIV : Répartition des gestantes séropositives selon le nombre de CPN faite

Nombre de CPN	Fréquence	Pourcentage
1	2	4,3
2	27	58,7
3	12	26,1
4	4	8,7
5	1	2,2
Total	46	100,0

Parmi les gestantes séropositives 27 cas ont eu à faire 2 CPN soit 58,7% des CPN réalisées

Tableau XV : Répartition des gestantes HIV positives selon le type d'accouchement



Parmi les gestantes séropositives seule une a accouché par césarienne. Toutes les autres ont accouchées par voie basse

Tableau XVIII : Le Type de protocole mis en application

ARV utilisé	Fréquence	Pourcentage
AZT+3TC	5	10,9
AZT+Niverapine	35	76,1
AZT+Niverapine+3TC	6	13,0
Total	46	100,0

Le protocole AZT+Niverapine était le plus utilisé avec 76,1%.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

1. Difficultés rencontrées :

C'est par rapport à l'exploitation des documents, les données n'étaient pas en un seul niveau il fallait exploiter les registres de laboratoire, les dossiers des PTME recensées, le registre de CPN.

2. Patientes dépistées positives :

2-1- prévalences :

Au cours de notre étude nous avons enregistré 46 patientes dépistées positives sur 3148 ayant subi un dépistage au HIV soit une fréquence de 1,46%. Ce résultat peut être comparé au résultat obtenu par la surveillance sentinelle du HIV chez les femmes enceintes en 2002 dans le cercle de Mopti, CSRéf. Commune I, CSRéf de Sikasso, où les taux étaient de 2%, 2,3% et 2,4%. [2]

2-2- Caractéristiques socio-démographiques

2-2-1-Age :

Dans notre étude la tranche d'âge de 25-29 ans était la plus représentée avec une fréquence de 34,8%, les âges ≤ 24 ans représentaient 23,9%. Ceci s'explique par le fait que la tranche d'âge de 25-29 ans est la plus active de la population.

L'âge moyen des patientes dépistées positives était de 26 ans avec des extrêmes de 15 ans et 39 ans. La population frappée est jeune d'où un risque de crise de développement et de crise démographique.

Pour SAMAKE [46] : l'âge moyen des accouchées séropositives était de 27 ans, ce même résultat a été obtenu par Goita A [2]

Pour H Amina [44] : l'âge moyen des accouchées séropositives était de 26,4%.

Diallo MS et al [48] en Guinée ont trouvé un âge moyen de 24,5 ans.

Pour MAIGA MY au Mali [49] et TRAORE la majorité des cas HIV positif dans leur étude se trouvait dans la tranche d'âge de 26-35 ans, le même résultat est obtenu par SAMAKE [46].

2-2-2-Statut matrimonial :

Les femmes mariées dans un régime monogames étaient les plus représentées avec une fréquence de 67,4% dont 15,2% dans un régime polygamique. Ceci s'explique par le faite que la plupart des femmes en âge de procréer sont déjà mariées dans le contexte africain en général et malien en particulier.

Dans son étude sur les MST MAIGA MY [49] a trouvé que les mariées sont les plus touchées.

Pour GOITA A les mariées monogames séropositives ont représentées 54,54%. [2]

2-2-3-Profession :

Les ménagères ont prédominé dans notre étude avec une fréquence de 89,1% ceci s'explique par le faite que la grande majorité des femmes dans notre pays est représenté par des ménagères (sans professions) ce qui est un facteur favorisant de faire encore beaucoup plus d'enfant que les autres.

BAKAYOKO A [39] trouve dans son étude 65,3% de sans profession.

Pour H AMINA [44] les commerçantes/vendeuse étaient les plus représentée avec 40%.

2-3-Antécédents obstétricaux :

2-3-1-Gestité :

Les primigestes ont été les plus dominantes avec 39,1% suivie de celles qui étaient à leur deuxième grossesse avec 26,1%.

Par contre les multi gestes ont été les plus dominantes avec 45,9% Mr B Dembélé. [54]

Pour BAKAYOKO A les pauci gestes ont été les plus représentées avec 47,2% [39].

Boire A dans son étude a trouvé que les multi gestes étaient les plus fréquentes [51].

Diouf A à Dakar a trouvé également une Gestité moyenne de 3[52].

H Amina a trouvé : pauci gestes 44,4%; primigestes 29,6%; multi gestes 23,2% et grandes multi gestes 2,8% [44].

Ndayishimiye j.a trouvé une Gestité moyenne de 3[53].

SAMAKE a trouvé : pauci geste 38,89%; primigestes 25%; grandes multi gestes 23,2% et grandes multi gestes 2,8% [46].

2-3-2 –Parité :

Dans notre étude nous avons enregistré 45,7% de primigestes.

DEMBÉLÉ B a enregistré 45,9% de pauci pares et 30,5% de multipares [50].

SAMAKE S [46] a trouvé 30,56% de multipares.

Pour Amina H [44] les multipares et les primipares ont représenté 71% avec une parité moyenne de 1.

2-4 Prise en charge

2-4-1-Pendant la grossesse

CPN :

Dans notre étude 58,7% des parturientes dépistées positives avaient réalisé au moins 2 CPN suivie par les sages femmes et le médecin responsable de la prise en charge des PV HIV dans le CSCOM.

DEMBÉLÉ B a trouvé que les parturientes dépistées positives avaient réalisé au moins 3 CPN [50].

Pour Amina H [47] 55% des femmes avaient effectué au moins 3 CPN.

2-4-2-pendant le travail

2-4-2-1-Traitement de la parturiente HIV positif

Dans notre étude 76,1% des patientes dépistées positives ont bénéficié d'une bithérapie à base d'AZT +NVP contre 13% ont reçue AZT+NVP+3TC.

Avec DEMBÉLÉ B 81,1% des parturientes dépistées positives ont bénéficié d'une bithérapie à base d'AZT+NVP contre 18,9% qui ont reçue l'AZT pour le non disponibilité de NVP dans la salle d'accouchement [50].

2-4-3-Mode d'accouchement

Le mode d'accouchement le plus fréquent a été la voie basse avec 97,8%. La césarienne a représenté 2,2% des cas. L'indication de la césarienne n'était pas en rapport avec la séropositivité.

DEMBÉLÉ B dans son étude 89,2% des parturientes séropositives ont accouché par voie basse et 10,8% des cas de césarienne [50].

BAKAYOKO A a trouvé 83,9% d'accouchement par voie basse et 16,1% de césarienne [39].

VII. CONCLUSION

CONCLUSION :

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

La présente étude nous a permis d'aboutir aux conclusions suivantes :

-L' infection par le HIV a concernée 1,46% des gestantes. Le HIV 1 a représenté 97,8% des cas.

-La majorité des femmes dépistées séropositives est dans un régime monogamique avec 67,4%, elles se situent en majeure partie dans tranche d'âge de 25-29 ans avec l'âge extrême à 39 ans.

-Les femmes aux foyers et les non scolarisées ont été touchée

-Parmi les gestantes séropositives 76,1% ont bénéficié d'une bithérapie à base d'AZT et de NVP.

VII. RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement :

1. Aux autorités sanitaires et politiques

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

- Renforcer les campagnes de sensibilisation sur les médias portant sur la PTME,
- Renforcer l'implication des leaders d'opinion (les leaders religieux ; communautaires, politiques) dans les campagnes de sensibilisation du HIV/SIDA ;
- Former et superviser régulièrement les agents de santé impliqué dans les activités de la PTME ;
- Créer des sites de PTME au niveau de tous les centres de santé et y affecter du personnel qualifié.

2. Au CSRéf CI

Assurer à la formation continue des médecins, sages –femmes et infirmiers de l'ASACOMSI : pour avoir des compétences en consiling pré et post test.

3. Au la comite de gestion de l'ASACOMSI :

Rendre le cout des bilans biologique et échographique plus abordable pour la population et avec la participation de l'ONG GAIA de rendre le bilan prénatal des femmes enceintes séropositives gratuit.

4. Aux personnels sanitaires de l'ASACOMSI :

Médecin, sages-femmes et infirmiers et matrone :

-garder toujours la confidentialité entre les femmes enceintes séropositives et les mettre en confiance,

-porter systématiquement des gants stériles et des bavettes avec des lunettes au cours de l'accouchement

5. Aux Pharmaciens et techniciens de laboratoire :

-Porter systématiquement des gants, des bavettes, des lunettes avant la manipulation de tout produit sanguin.

-Rendre disponibles les ARV

6. Aux femmes enceintes :

-accepter le dépistage avant l'accouchement surtout que ce dépistage est gratuit

7 .A la population : que toutes les enceintes de la population participent a la consultation prénatale pour leur suivie et le bien être de leur futur nouveau né

VIII. REFERENCES

1-EDSIV : Enquête Démographique de la Sante VI Version 2006

2- GOITA A (Prévalence de l'infection à VIH chez les Femmes enceintes à l'hôpital fousseyni Daou Kayes).

3- **ONUSIDA/OMS**. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : options stratégiques. Genève, Suisse ; 1999.

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

4-commune V. **SAMAKE S.** Infection VIH à la maternité du centre de référence de la Thèse médecine : Bamako, 2008 ; № 108

5-Komme HC. Evaluation de la séroprévalence du VIH dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré de 1999 à 2002. Thèse médecine : Bamako, 2004-p107.

6-OMS/ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004:4^e rapport.

7-Bongain A, Monpoux F, Bernard E, Gillet J.Y. Antirétroviraux et prophylaxie de la transmission maternofoetal du VIH, stratégies actuelles et futures. Archives de pédiatrie Mai 1999 ; Vol.6.№5 :497-604.

9- Delfraissy JF. Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Recommandation du groupe d'experts. Flammarion, Paris 2000 ; 84.

10- Ministère de la santé publique (Togo). Guide pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Lomé PNLS/IST; 2004.

11- ONUSIDA/OMS. Le point sur l'épidémie du SIDA : les caractéristiques mondiales. Genève, Suisse ; Décembre 2000.

13- BALKISSA GARBA K.,

L'hépatite C chez les donneurs de sang et les malades du SIDA à Bamako.

Thès : Pharma ; Bamako 2003. G. 65

14- Chaibou M. Particularités cliniques du sida en milieu hospitalier pédiatrique au Mali. Thèse Méd., Bamako, 1991; p98.

15- Bryson Y, Luzuraga K, Sullivan JL et Al. Proposed definition for in utero versus intrapartum transmission of VIH1.N.Engl J. med 1992; 327:1246-47.

- 16- **Connor SE, Sperling R, Gelber R et Al.** Reduction of maternal-infant transmission of HIV1 with Zidovudine treatment. N Engl j. Med.1994; 331: 1173-80.
- 17- **Ndayishimiyé J.** Evaluation de la qualité de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au cours de l'accouchement à HOMEL. Mémoire santé publique: cotonou IRSP, 2004.
- 18- **European laborative study.** Swiss Mother and Child HIV Cohort Study, combination antiretroviral therapy and duration of pregnancy. AIDS 2002; 14:23913-20
- 19- **ONUSIDA/OMS.** Le point sur l'épidémie du SIDA. Genève, Suisse ; Décembre 2003.
- 20- **Belemou B.** Les manifestations respiratoires du SIDA pédiatrique au CHU Gabriel Touré à propos de 141 cas. Thèse de médecine : Bamako 2002-p112.
- 21- **Levy JP.** Problème vaccinal. Med. Thérapeutique 1999 ; 1(5) : 105-108.
- 22- **Les stigmates du VIH/SIDA : un double défi pour les mères et leurs enfants.** UNAIDS.
[http://www.banquemondiale.org/EXT/French.nsf/0/632B82E971D2757085256F5A0008FD4?](http://www.banquemondiale.org/EXT/French.nsf/0/632B82E971D2757085256F5A0008FD4?OpenDocument) Open document- 12/31/2004.
- 23- **Gandemer V.** L'infection à VIH de l'enfant. [http : //www.med.univ-rennes1.fr/pédiatrie/VIH.html](http://www.med.univ-rennes1.fr/pédiatrie/VIH.html) 27/09/2004.
- 24- **Berebi A.** Le SIDA au féminin. Edition DOIN Paris 2001 ; 308 : 204-205.
- 25- **Rouzioux C, Costagliola D, Burgad M et Al.** Estimated timing of mother-to-child HIV1 transmission by use a markov model. Am J Epidemiol 1995; 142: 1330-37

26- **Bazet A.** Evaluation des facteurs de risqué de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Mémoire santé publique Montréal 1995.

27- **Mayaux MJ, Dussaix E, Isopet J et Al.** Maternal viral load during pregnancy and mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1 the French perinatal studies. J Infect Dis 1997; 175:143-48.

28- **Weber B, Fall H, Berger A, Doer HW.** Reduction of diagnostic window by fourth-generation human immuno-deficiency virus screening assay. J Clin Microbial 1998; 36:2235-39.

29- **Mayaux MJ, Teglas JP, Mandelbrot L et Al.** Acceptability and impact of Zidovudine prevention on MTCT of HIV type 1: the French perinatal cohort studies. J. Infect Dis 1997; 131:857-62.

30- **Lathy JL, Tsou J, Brinter K et Al.** Lack of antologous neutralizing antibody to HIV type 1 and macrophage tropims are associated with mother-to-infant transmission. J. Infect, Dis 1999; 180: 344-50.

31- **Girard P, Katlama CH, Pialoux G.** VIH. DION; Edition 2001 PARIS p312.

32- **Coutsoudis A, Pillay K, Snoop E, Kuhn L.** Randomised trial testing the effect of vitamin A supplementation on pregnancy out comes early mother to child HIV1 transmission in Durban, South Africa vitamin A study group. AIDS 1999; 13:1517-24.

33- **Fawzi WW, Msamanga GI, Spiegelman D et Al.** Randomised trial of effect of vitamin supplements on pregnancy out comes and T cell counts in HIV1 infected women in Tanzania. Lancet 1998; 351:1477-82.

34- **Ministère de la santé/Direction nationale de la santé/Mali.** Programme national de lutte contre le sida : Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux (IMAARV). Plan d'action ; janvier 2001.

35- **Sombie I, Nacro B, Tiendrebeogo S, Dao B, Carloux M, Meda N et Al.** Infection maternelle et paramètres antopométriques de l'enfant à la naissance au Burkina-Faso. Cahier santé 1999; 9.

36- **Coutsoudis A, Pillay K, Kuhn L et Al.** 19 risques de contamination par le lait maternel. AIDS 2001 ; 15 :379-87.

37- **Meda N, Mandelbrot L, Cartoux M et Al.** Infection à VIH et anémie maternelle, Burkina-Faso. X^{ème} conférence international sur le SIDA et les MST en Afrique, 7-11 décembre 1997, Abidjan, Côte d'Ivoire.

38- **SIDA et VIH un exemple de rétrovirus.** [http : //www. Google. Com /membres. Lycos.fr/microbio/virologie/monogr8.](http://www.Google.Com/membres.Lycos.fr/microbio/virologie/monogr8)

39- **Bakayoko A.** Evaluation de la prise en charge de la femme enceinte VIH positif à HGT. Thèse médecine : Bamako, 2004 ; 68 : p 48.

40- **Guay LA, Mosuke P, Fleming T et Al.** Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda with Zidovudine: HIVNET 012 randomised trial. Lancet 1999; 345: 795-802.

41- **Dorenhaum A, Cunningham CK, Gelber RD et Al.** Addition of dose intrapartum/nevirapine to standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV1 transmission: PACTG316. JAMA 2002; 288 (2): 189-98.

42- **Boyer P.J, Dillon M, Navoie M and Al.** Factors predictive of maternal-fetal transmission of HIV1: preliminary analysis of Zidovudine given during

pregnancy and /or delivery.

JAMA

1994, VIH Edition 2004; 271:1925-1930.

43- International Perinatal HIV Group. Duration of rupture membranes and vertical transmission of HIV-1: A meta-analysis from 15 prospective cohort studies. AIDS 2001; 15: 357-68.

44- Amina H. Evaluation de la mise en œuvre de la prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA au cours de l'accouchement à l'hôpital de la mère et de l'enfant Lagune de Cotonou. Thèse médecine : Bamako, 2005 ; 96 : p 105.

45-38- SIMAGA ADAMA:

Les contraintes liées à la fréquentation des centres sante communautaires par la population du CSCOM de Mekin SIKORO de la commune I du District de Bamako Mémoire de fin d'étude BAMAKO 2008 46- commune V. **46-**

SAMAKE S. Infection VIH à la maternité du centre de référence de la Thèse médecine : Bamako, 2008 ;N° 108

.48- Diallo MS et Al. VII^{ème} congrès de la SAGO, II^{ème} congrès de la SOMAGO. Abstract, 2003.

49- Les stigmates du VIH/SIDA: un double défi pour les mères et leurs enfants. UNAIDS.

[http://www.banquemondiale.org/EXT/French.nsf/0/632B82E971D2757085256F5A0008FD4?](http://www.banquemondiale.org/EXT/French.nsf/0/632B82E971D2757085256F5A0008FD4?OpenDocument) Open document- 12/31/2004.

Maiga MY. Problématique de la migration des MST et du SIDA dans la région de Sikasso. Thèse médecine : Bamako, 1999.

50-B DEMBÉLÉ : Dépistage du VIH en salle d'accouchement a la maternité du centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako.

51 **Boiré A.** Prévalence du taux de VIH chez les femmes césarisées à la maternité de l'HGT. Thèse médecine : Bamako, 1999 ; 16 : p88.

52- **Diouf A, Kebe F, Faye E et Al.** L'infection par le VIH chez la femme enceinte à Dakar (Sénégal). Jr Gynecol Obstet Biol Reprod 1996 ; 23:283-87.

53 **Ndayishimiyé J.** Evaluation de la qualité de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH au cours de l'accouchement à HOMEL. Mémoire santé publique: cotonou IRSP, 2004.

FICHE SIGNALÉTIQUE :

PRÉNOM : MAHAMADOU

NOM : KORKOSS

TITRE : La prévalence du HIV chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale du 01 janvier 2008 au 31 décembre 2009 a propos de 46 cas.

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

Année universitaire : 2010-2011

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie (FMPOS) du Mali.

Secteurs d'intérêts : gynéco-Obstétrique-Infectiologie et la sante publique

Résumé : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur la prévalence de l'infection à HIV chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale sur une période de 24 mois allant du 01 janvier 2008 au 31 décembre 2009 a l'ASACOMSI en commune I du district de Bamako.

-L' infection par le HIV a concernée 1,46% des gestantes. Le HIV 1 a représenté 97,8% des cas.

-La majorité des femmes dépistées séropositives est dans un régime monogamique avec 67,4%, elles se situent en majeure partie dans tranche d'âge de 25-29 ans avec l'âge extrême à 39 ans.

-Les femmes aux foyers et les non scolarisées ont été touchée

-Parmi les gestantes séropositives 76,1% ont bénéficié d'une bithérapie à base d'AZT et de NVP.

Mots clés : HIV/sida, prévalence chez les femmes enceintes vues en CPN a l'ASACOMSI du 01 janvier 2008 au 31 décembre 2009 en commune I du district de Bamako.

Fiche d'enquête

La prévalence du HIV chez les femmes enceintes vues en CPN au centre de santé communautaire de Mekin Sicoro (ASACOMSI) 01 Janvier 2008 – 31 Décembre 2009

Information sur la mère :

NOM :

PRÉNOM :

Q1. Date de naissance /...../ (j/m/ a) ou âgeans

Q2.Ethnie :

Q3.Statut matrimonial :

**1. célibataire 2.mariée monogame 3 .mariée polygame 4.union libre
5.Veuve**

Q4.Résidence habituelle

1. Sicro 2. Autres quartiers de Bamako 3. Hors Bamako

Q5.Niveau d'instruction :

**1. Non Scolarisée 2.Primaire 3.Fondamentale 4.Secondaire 5.
Supérieur 7.Alphabétisé 8.Autre**

Q6.Profession :

1. Ménagère 2.Fonctionnaire 3. Commerçante 4.Autres

Q7.Statut sérologique :

1. HIV 1 2.HIV 2 3.H IV1+2

Q8.La période de découverte de la séro positivité :

1. Avant la grossesse 2.pendant la grossesse 3.Après la grossesse

Q9.Traitement A R V préalable à la grossesse actuelle :

1. OUI 2.NON

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes à l'ASACOMSI 01 Janvier 2008 - 31 Décembre 2009

Q10.Si oui précise le protocole

1. Monothérapie 2.Bithérapie 3.Trithérapie

Q11.ARV UTILISE

Q12.Site de prise en charge

Q13 Antécédents médicaux

Q14.Antécédents chirurgicaux.....

Q15.Antécédents obstétricaux

1. Gestité:/.../.../

2. Parité:/.../.../

3. Fausses couches : /.../.../

4. Mort nés : /.../.../

5. Enfant décèdes:/.../.../

5. Enfant vivants:/.../.../

6. Enfant vivant infectés par le HIV: /.../.../

Q16.GROSSESSE ACTUELLE

C P N :

Q17.Accouchement Type de présentation

1. céphalique 2. Siège 3.autre

Q18.Type d'accouchement :

1. voie basse 2.césarienne 3.ventouse 4.Forceps

Q19. Si césarienne, pressier l'indication :.....

Q20. Naissance

1. Monofoetale : 2.gémellaire 4.Triple 5.Quadruplé.

Q21. Traitement ARV au cours du travail ou de l'accouchement :

1. Oui 2.Non

Q22. Niverapine

1. Oui 2.non

Q23. AZT

1. OUI 2.NON

Q24. 3TC sp Si OUI

1. I V 2.Per os 3.Autre.....

Q25. Femme référée à un site de prise en charge :

1. Oui 2.Non

Q26. Si oui traitement ARV 1.OUI 2.NON

Préciser : Si oui, site de prise en charge

Annexes

1. [Classification en stades cliniques proposée par l'OMS](#) chez l'adulte

Stade clinique 1

- Patient asymptomatique.
- Adénopathies persistantes généralisées.

Stade clinique 2

- Perte de poids inférieure à 10 % du poids corporel.
- Manifestations cutanéomuqueuses mineures ([dermite séborrhéique](#), [ulcérations buccales récurrentes](#)).
- Zona au cours des 5 dernières années.
- Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures.

Stade clinique 3

- Perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel.
- Diarrhée [chronique inexplicée pendant plus d'un mois](#).
- Fièvre [prolongée inexplicée pendant plus d'un mois](#).
- Candidose [buccale \(muguet\)](#).
- Leucoplasie chevelue buccale.
- Tuberculose [pulmonaire dans l'année précédente](#).
- Infections bactériennes sévères ([pneumopathies par exemple](#)).

Stade clinique 4

- Pneumocystose.
- Toxoplasmose cérébrale.
- Maladie de Kaposi.
- Lymphome.

Mycobactériose atypique généralisée, et plus généralement toute affection grave apparaissant chez un patient infecté par le HIV, ayant une baisse importante de son immunité (taux de CD4 inférieur à 200/mm³).

1. Classification pédiatrique clinique OMS du VIH/SIDA

Quatre stades cliniques :

✓ **Stade I : ASYMPTOMATIQUE :**

Pas de symptôme

Poly-adénopathie

✓ **Stade II : MODÉRÉ :**

Hépto splénomégalie

Prurigo

Chéilite

Parotidite

Infection ORL et respiratoire

Zona...

✓ **Stade III : AVANCE :**

Malnutrition

Diarrhée, fièvre prolongée

Candidose orale

Tuberculose, infection sévère

✓ **Stade IV : SÉVÈRE :**

Malnutrition

Infections sévères répétées

Encéphalopathie

Infections opportunistes

Serment d' Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !