



Université de Bamako

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année scolaire : 2008 - 2009

N° 459

THESE

Prévention de la Transmission Mère-Enfant  
(PTME) itérative dans le service de gynécologie  
et d'obstétrique du Centre Hospitalier  
Universitaire Gabriel Touré à propos de 51 cas

Présentée et soutenue publiquement ..... / / 09  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie de Bamako  
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

*Mr ATCHESSI KAMAMBINOU WILLIAM*

JURY:

Président	Pr Elimane	MARIKO
Membre :	Dr Dramane	KONE
Co-directeur :	Dr Youssouf	TRAORE
Directeur de thèse :	Pr Salif	DIAKITE

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-  
STOMATOLOGIE  
ANNEE UNIVERSITAIRE 2008-2009**

**ADMINISTRATION**

**DOYEN: ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR**

**1<sup>er</sup> ASSESSEUR: DRISSA DIALLO - MAÎTRE DE CONFERENCE AGREGE**

**2<sup>ème</sup> ASSESSEUR: SEKOU SIDIBE - MAÎTRE DE CONFERENCES**

**SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE- PROFESSEUR**

**AGENT COMPTABLE: MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL-  
CONTROLEUR DES FINANCES**

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phthisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Sinè BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**

**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation

Mr Gangaly DIALLO  
Mr Djibril SANGARE  
Mr Abdoul Kader TRAORE dit DIOP

Chirurgie viscérale  
Chirurgie Générale Chef de D.E.R.  
Chirurgie Générale

## 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO  
Mr Mamadou TRAORE  
Mr Sadio YENA  
Mr Youssouf COULIBALY  
Mr Zimogo Z SANOGO

Ophtalmologie  
Gynéco-Obstétrique  
Chirurgie thoracique  
Anesthésie-Reanimation  
Chirurgie Générale

## 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Filifing SISSOKO  
Mr Sekou SIDIBE  
Mr Abdoulaye DIALLO  
Mr Tieman COULIBALY  
Mme TRAORE J THOMAS  
Mr Mamadou L. DIOMBANA  
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE  
Mr Nouhoum ONGOÏBA

Chirurgie Générale  
Orthopédie-Traumatologie  
Anesthésie-Reanimation  
Orthopédie-Traumatologie  
Ophtalmologie  
Stomatologie  
Gynéco-Obstétrique  
Anatomie & Chirurgie Générale

## 4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA  
Mr Samba Karim TIMBO  
Mme TOGOLA Fanta KONIPO  
Mme Djeneba DOUMBIA  
Mr Zanafon OUATTARA  
Mr Adama SANGARE  
Mr Sanoussi BAMANI  
Mr Doulaye SACKO  
Mr Ibrahim ALWATA  
Mr Lamine TRAORE  
Mr Mady MAKALOU  
Mr Aly TEMBELY  
Mr Niani MOUNKORO  
Mr Tiémoko D. COULIBALY  
Mr Souleymane TOGORA  
Mr Mohamed KEITA  
Mr Boureima MAIGA  
Mr Youssouf SOW  
Mr Djibo Mahamane DIANGO  
Mr Moustapha TOURE  
Mr Mamadou DIARRA  
Mr Boubacary GUINDO  
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA  
Mr Birama TOGOLA

Gynéco-Obstétrique  
ORL  
ORL  
Anesthésie Réanimation  
Urologie  
Orthopédie- Traumatologie  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie - Traumatologie  
Ophtalmologie  
Orthopédie-Traumatologie  
Urologie  
Gynécologie/ Obstétrique  
Odontologie  
Odontologie  
ORL  
Gynéco-Obstétrique  
Chirurgie Générale  
Anesthésie-réanimation  
Gynécologie  
Ophtalmologie  
ORL  
Chirurgie générale  
Chirurgie générale

Mr Brehima COULIBALY  
Mr Adama Konoba KEITA  
Mr Adégné TOGO  
Mr Lassana KANTE  
Mr Mamby KEITA  
Mr Hamady TRAORE  
Mme KEITA Fatoumata SYLLA  
Mr Drissa KANIKOMO  
Mme Kadiatou SINGARE  
Mr Nouhoum DIANI  
Mr Aladji Seydou DEMBELE  
Mr Ibrahima TEGUETE  
Mr Youssouf TRAORE  
Mr Lamine Mamadou DIAKITE

Chirurgie générale  
Chirurgie générale  
Chirurgie générale  
Chirurgie générale  
Chirurgie Pédiatrique  
Odonto-Stomatologie  
Ophtalmologie  
Neuro-Chirurgie  
ORL  
Anesthésie-Réanimation  
Anesthésie-Réanimation  
Gynéco-Obstétrique  
Gynéco-Obstétrique  
Urologie

## **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1. PROFESSEURS**

Mr Daouda DIALLO  
Mr Amadou DIALLO  
Mr Moussa HARAMA  
Mr Ogobara DOUMBO  
Mr Yénimégué Albert DEMBELE  
Mr Anatole TOUNKARA  
Mr Bakary M. CISSE  
Mr Abdourahamane S. MAÏGA  
Mr Adama DIARRA  
Mr Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale  
Biologie  
Chimie Organique  
Parasitologie-Mycologie  
Chimie Organique  
Immunologie  
Biochimie  
Parasitologie  
Physiologie  
Physiologie

### **2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Amadou TOURE  
Mr Flabou BOUGODOGO  
Mr Amagana DOLO  
Mr Mahamadou A THERA

Histoembryologie  
Bactériologie – Virologie  
Parasitologie – Mycologie **Chef de D.E.R.**  
Parasitologie – Mycologie

### **3. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Mahamadou CISSE  
Mr Sékou F. M. TRAORE  
Mr Abdoulaye DABO  
Mr Ibrahim I. MAÏGA

Biologie  
Entomologie médicale  
Malacologie – Biologie Animale  
Bactériologie – Virologie

#### 4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie - Mycologie
Mr Bakary Maïga	Immunologie

#### 5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie /Entomologie

#### D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

##### 1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

##### 2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies infectieuses

Mme Mariam SYLLA

Pédiatrie

### **3. MAITRES DE CONFERENCE**

Mr Mamady KANE

Radiologie

Mr Sahare FONGORO

Néphrologie

Mr Bakoroba COULIBALY

Psychiatrie

Mr Bou DIAKITE

Psychiatrie

Mr Bougouzié SANOGO

Gastro-entérologie

Mr Adama D. KEITA

Radiologie

Mr Soungalo Dao

Maladies infectieuses

### **4- MAITRES ASSISTANTS**

Mme Habibatou DIAWARA

Dermatologie

Mr Kassoum SANOGO

Cardiologie

Mr Seydou DIAKITE

Cardiologie

Mr Arouna TOGORA

Psychiatrie

Mme DIARRA Assétou SOUCKO

Médecine interne

Mr Boubacar TOGO

Pédiatrie

Mr Mahamadou TOURE

Radiologie

Mr Idrissa A. CISSE

Dermatologie

Mr Mamadou B. DIARRA

Cardiologie

Mr Anselme KONATE

Hépto-gastro-entérologie

Mr Moussa T. DIARRA

Hépto-gastro-entérologie

Mr Souleymane DIALLO

Pneumologie

Mr Souleymane COULIBALY

Psychologie

Mr Cheick Oumar GUINTO

Neurologie

## **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEUR**

Mr Gaoussou KANOUTE

Chimie Analytique **Chef de D.E.R**

Mr Ousmane DOUMBIA

Pharmacie Chimique

Mr Elimane MARIKO

Pharmacologie

### **2. MAITRES DE CONFERENCE AGREGES**

Mr Drissa DIALLO

Pharmacognosie

Mme Rokia SANOGO

Pharmacognosie

### **3. MAITRES DE CONFERENCE**

Mr Alou KEITA

Galénique

Mr Benoît Yaranga KOUMARE

Chimie analytique

Mr Ababacar I. MAÏGA

Toxicologie

#### **4. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière
Mr Sékou BAH	Pharmacologie

### **D.E.R. SANTE PUBLIQUE**

#### **1. PROFESSEUR**

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

#### **2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
--------------------	----------------

#### **3. MAITRE DE CONFERENCES**

Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique

#### **4. MAÎTRES ASSISTANTS**

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique

#### **5. ASSISTANTS**

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

### **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

### **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr Amadou Papa DIOP	Biochimie.
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

**DEDICACES**

**ET REMERCIEMENTS**

## DEDICACES

Je dédie ce travail à **Jésus-Christ** le Seigneur de l'univers.

*L'auteur et le réalisateur de ce travail*

*Mon cher Sauveur, je Te SUPPLIE de l'agréer. Mon désir, Seigneur, est que Tu t'en glorifies totalement.*

*OH!! JÉSUS mon Sauveur,  
Seigneur nul n'est comme Toi. Jour après jour, je Te louerai car Ton amour est merveilleux. Loin de Toi tout est sombre et noir j'étais égaré sans abri, sans refuge, Tu es venu par Ton Saint Esprit donner un sens à ma vie. Dans ce travail je peux trouver en Toi mon abri, mon refuge, mon réconfort, mon rocher Je ne cesserai de T'adorer.*

*A DIEU la gloire la puissance et l'honneur, que Les monts s'inclinent et que les flots rugissent à l'écho de Ton nom.*

*Je vois tes œuvres et mon cœur crie de joie. Je t'aimerai et je tiendrai par la foi. Ma maison et moi nous te servirons toute notre vie.*

## **REMERCIEMENTS**

### **A Mon père Mr ATCHESSI Jacob :**

*Cher papa, tu as longtemps attendu ce diplôme. Merci de n'avoir ménagé aucun effort pour ma réussite. Merci pour tout l'investissement dont j'ai fait l'objet de ta part, qu'il soit matériel, financier ou physique. Puisse ce travail disons ce diplôme dont tu as tellement rêvé, faire ta joie. Tu es un papa merveilleux et je t'aime très fort.*

### **Au Seigneur pour ma feu mère AÏNANDOU Virginie :**

*Merci pour tout ton amour à son endroit. Seigneur j'aurai tellement aimé que ma mère voit ce diplôme pour lequel elle a tant investi. Je sais aussi que c'était son désir mais je dois reconnaître ta Souveraineté en toute chose et te louer.*

### **Au Pasteur Jean-François EDOGUE:**

*Tu as été pour moi un père depuis que CHRIST s'est révélé à moi. S'il y avait dans la langue française un mot plus grand et plus profond que merci, c'est certainement celui-là que j'aurai utilisé pour te dire toute ma gratitude. Reçois ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour toutes tes prières, pour tous tes conseils. Puisse Dieu m'aider à te rendre heureux. Tu es pour moi une référence, un homme de FOI, de VISION et un modèle d'amour, et de consécration à Dieu. Merci pour tout.*

### **A Rose EDOGUE :**

*Maman de tous les temps, plein d'amour et riche en bonté, tu es spéciale dans mon cœur. Reçois toute ma reconnaissance. Ce travail est le fruit de tes nombreuses prières et encouragements. Merci pour tout.*

### **A L'Ancien Alain et la Sr BETTY :**

*Je ne saurai vraiment comment vous remercier pour tout votre soutien qui en fait a commencé depuis que je suis en première année. Merci d'avoir toujours été à mes côtés, merci de vous être tant investis pour que je puisse réussir, merci de m'avoir accepté quand même je méritais votre rejet ; par-dessus tout merci de m'avoir adopté comme votre fils. Recevez toute ma reconnaissance et tout mon amour.*

**A mes mamans adoptives :**

*Thérèse*, depuis le décès de ma mère, tu t'es levée et as pris la place de ma mère afin que je ne souffre pas. J'ai trouvé en toi amour, soins, aide, conseils, soutien moral, matériel. Ton souhait c'est de me voir médecin un jour, ce jour est là. Merci pour tous tes efforts, reçois tout mon amour.

*Jeanne*, Tu as été pour moi un soutien quand il le fallait et quand je ne m'y attendais pas. Simplement merci.

**A l'Ancien Bernard Kaninda :**

Merci mille fois. "Le fardeau" de me voir réussir dans mes études a été bien grand pour toi et tu as payé un prix énorme pour cela. Merci pour tes prières, tes jeûnes, tes conseils tes soins en vue du succès de ce travail.

**Au Pasteur Moussa et Jeannette COULIBALY :**

J'ai reçu amitié et soutien auprès de vous. Vous avez été pour moi un modèle d'attachement au Pasteur JF Edogué. Vos prières ont donné la forme et le fond à ce travail. Je ne saurai vous remercier assez, recevez tout mon amour.

**Aux Anciens de l'Eglise CMCI au Mali : Les frères Alain Nzefa, Moïse Douyon, Moussa Coulibaly, Bernard Kaninda, Walid Tawtah, Richard Kinha :**

Merci pour votre contribution à l'accomplissement de ce travail.

**A tous les Missionnaires à l'intérieur du Mali :**

Merci pour vos prières et tout votre soutien.

**A toute l'équipe des Dirigeants :**

Recevez toute ma gratitude pour votre soutien.

**A toute l'assemblée des étudiants de la CMCI :**

« L'Eternel fera de toi la tête et non la queue, tu seras toujours en haut et tu ne seras jamais en bas, lorsque tu obéiras aux commandements de l'Eternel, ton Dieu, que je te prescris aujourd'hui, lorsque tu les observeras et les mettras en pratique ». **Deutéronome 28 : 13**

**A tous les enfants et à toute l'assemblée des élèves de la CMCI au Mali**  
Vous êtes tous précieux à mes yeux et cela a toujours été une joie pour moi  
d'être auprès de vous. Vous êtes aimables.

**A tous les frères et sœurs de la CMCI à travers le Mali :**  
Vous avez choisi la bonne part en suivant JESUS.

**A mes frères et sœurs :**

**Fernand, Braye, Martin, Martine et Joslyn ATCHESSI,** l'union fait la  
force. Vous m'avez d'une manière spéciale soutenu. Ce travail est le vôtre, je  
suis infiniment reconnaissant. Que Dieu vous bénisse.

**Rachelle, Sylvie, Léa, Michel, Veronique, Ismaël, Moïse, Rodolphe,  
Jordy, Alice, Toby,** vous avez chacun une place dans mon cœur. Merci

**A mes oncles :**

**Benjamin ATCHESSI** dit Fofo Bé, depuis les classes inférieures tu m'as  
inculqué l'amour du travail. Par les cours de répétition à domicile, tes  
corrections ont fait de moi aujourd'hui ce que toi-même tu constates. C'est toi  
qui as posé la fondation de mes études à travers tes premiers encadrements.  
Ce travail est le fruit de ce que tu as semé. Je ne peux t'oublier, soit béni et  
reçois tout mon amour.

**Edmond ATCHESSI,** merci pour tout ton soutien et tes encouragements.

**Jules AINANDOU,** merci pour ton attachement à la famille Atchessi. Tu es  
toujours là au moment où j'ai besoin de toi, tu t'es distingué parmi tant  
d'autres. Tonton reçois toute ma gratitude.

**A Edouard GUEDENON**

Merci pour ton aide et ton soutien. Tu es aimable et spécial. Que Dieu te  
bénisse.

**Aux familles :**

*ADJAKPA, vous avez contribué à la réalisation de ce travail. Simplement merci pour votre amitié et votre attachement à la famille ATCHESSI.*

*OGA, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi puisse le Seigneur vous le rendre au centuple.*

**A mes disciples Jacques, Abraham, Josias, Albérico, Clément, Rose, Charles, Timothée, Salomon:**

*Merci pour vos prières, vos jeûnes et les différentes manières par lesquelles vous m'avez soutenu. Que Dieu vous bénisse. Je vous aime.*

**Aux frères et sœurs de chodo, Ntégoro et Kaba:**

*Vous êtes pour moi un don du Seigneur. Merci pour les moments de joie que vous m'avez procurés bien souvent. Recevez tout mon amour.*

**A mon codirigeant Papa Fané Youssouf :**

*Merci pour ton soutien dans la direction et dans le but que le Seigneur nous a donné. Que Dieu te bénisse.*

**Au Dr Youssouf Traoré :**

*Merci ne suffirait pas pour vous exprimer ma gratitude et ma reconnaissance à votre endroit. Vous avez mis en moi l'amour pour le travail et la persévérance à travers votre rigueur, votre finesse dans le travail bien fait et surtout votre souci à toujours faire mieux. Vous êtes pour moi un modèle dans le travail. Que Dieu vous bénisse et vous comble de ses bienfaits.*

**Aux Docteurs Nzéfa Alain, Betty, Tchako, Nana Y, Edith, Marie, Germaine, Tinfa L, Kamdem, lydienne, Colombe, Koné, Laïf Olodo:**

*Je ne saurai terminer ce travail, sans mentionner l'aide précieuse que vous m'avez apportée. Puisse le Seigneur JESUS accorder à chacun de vous une brillante carrière.*

**A tout le personnel de la clinique El Shadai :**

*Merci pour ce que j'ai appris avec vous, sur le plan professionnel et social.  
Que le Seigneur JESUS vous bénisse tous.*

**A toute l'Association des Etudiantes, Etudiants, Stagiaires Béninois au Mali (AEEBM) :**

*Merci pour votre participation à ce travail.*

**Au <noyau du noyau> : Yoly, Germaine, Betty, Lily, Edith, Flavie, Colombe, Lountan, et Chamby :**

*Vous avez été pour chacun de vous un modèle d'engagement au Pasteur JF Edogue et à maman Rose. Merci pour ce modèle que vous incarnez et pour ce que nous vous nous avez enseigné. Vous avez été pour moi une marche que j'ai gravie afin d'être à côté du Pasteur. Recevez tout mon amour et où que vous soyez que Dieu vous bénisse.*

**A mes petits bouts de choux Jean, Ruthy, Boulos, Maddy et la Rosette :**

*Vous êtes des enfants spéciaux dans mon cœur. Je ne peux oublier vos premiers pas, la manière de m'appeler me donne juste la joie de vous avoir comme amis. Pour toi Jean c'est tonton BONEM, Ruthy c'est tonton Willam, Boulos c'est tonton OIUGNAME, Maddy c'est tonton GNAME, et pour la Rosette c'est tonton Willa. Bien évidemment c'est un plaisir pour moi de vous entendre prononcer William de cette manière plein d'amour je vous aime mes bouts de choux. Bisou.....*

**A toi YOLLOVE :**

*Mamy ta présence dans ma vie me montre juste combien de fois Dieu est bon et que rien ne peut changer Son plan. Tu es pour moi la perle précieuse. Comment te dire merci pour toutes ces nuits sacrifiées sans sommeil parce que tu m'aidais et pour ces prières quotidiennes que tu élèves au Seigneur en ma faveur. Tu es pour moi un soutien d'encouragement puissant et remarquable, chérie laisse, ma prière et mes vœux c'est de faire de toi la femme la plus heureuse sur cette terre. Je ne te dirai jamais assez, mon petit cœur que je t'aime. Ce travail est le tien.*

**A l'équipe des vétérans du Dimanche soir**

*Merci pour ces moments de détente, de distractions et de divertissements qui me renouvellent tous les dimanches soirs dans une relation amicale. Que Dieu vous bénisse.*

**A toi VALERIE**

*Merci pour tous tes conseils qui m'ont permis de tenir ferme dans ce travail. Reçois ici mes profondes gratitude.*

**A tous ceux que je n'ai ici cité :** *Vous êtes plusieurs à avoir de près ou de loin oeuvré pour la finition de cette thèse. Je vous dis à tous merci.*

**HOMMAGES**

**AUX MEMBRES DU JURY**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**  
**Professeur Elimane MARIKO**

- ❖ *Professeur en pharmacologie à la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.*
- ❖ *Chargé de mission au service de santé des armées du Mali.*
- ❖ *Chef de la cellule sectorielle VIH-SIDA-MDAC*

*Honorable maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.*

*Nous avons admiré vos immenses qualités scientifiques, humaines et pédagogiques.*

*Nous avons apprécié votre rigueur et votre dévouement dans le travail bien fait.*

*Vos qualités exceptionnelles de formateur, jointes à votre modestie font de vous un homme de référence.*

*Veillez agréer, cher maître, l'expression de notre profond respect.*

**A NOTRE DIRECTEUR DE THESE**  
**Professeur Salif DIAKITE**

❖ *Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako*

*Cher Maître ;*

*C'est un immense plaisir que vous nous avez fait en nous confiant ce travail ;*

*Votre haute culture scientifique, l'étendue de votre savoir, la rigueur et l'amour du travail bien fait, font de vous un modèle de maître souhaité.*

*Recevez ici cher maître, toute ma gratitude et l'expression de mon plus profond respect. C'est une fierté pour moi d'être parmi vos élèves.*

**A NOTRE CO-DIRECTEUR DE THESE**  
**Docteur Youssouf TRAORE**

- ❖ *Maître Assistant chef clinique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.*
- ❖ *Praticien Hospitalier dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Touré*
- ❖ *Secrétaire Général de la SOMAGO*

*Cher Maître, la rigueur scientifique, l'amour du travail bien fait et le dynamisme sont des qualités que nous avons pu noter en vous et qui, à notre avis font de vous un encadreur d'une rareté étonnante.*

*Nous avons été touchés par votre souci de nous voir réussir. Vous êtes un modèle. Puissiez-vous vivre longtemps pour faire bénéficier de vos connaissances à plusieurs générations d'étudiants.*

**A NOTRE MAITRE ET JUGE**  
**Docteur KONE Dramane**

- ❖ *Praticien hospitalier à la pharmacie du CHU Gabriel Touré*
- ❖ *Pharmacien spécialisé dans la dispensation des ARV au CHU Gabriel Touré.*

*Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury. Vos qualités humaines, intellectuelles mais aussi et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail nous ont impressionné.*

*Nous admirons en vous la disponibilité et la cordialité. Veuillez recevoir cher Maître l'expression de notre profonde gratitude.*

## ABREVIATIONS – SIGLES

ADN: Acide désoxyribonucléique  
ALAT: Alanine Aminotransférase  
ARN: Acide ribonucléique  
ARV: Anti rétroviral  
ASAT: Aspartate alanine transférase.  
AZT: Azidothymidine (Zidovudine)  
CD4: Cluster of differentiation 4  
Cell: cellules  
CESAC: Centre d'Ecoute de Soins d'Animation et de Conseils  
CHU-GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré  
CHU-PG : Centre Hospitalier Universitaire Point <<G>>  
Cm : Centimètre  
CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine  
Cp : Comprimé  
CPN : Consultation prénatale  
CSRef : Centre de Santé de Référence  
CV: Charge virale  
DDI: Didanosine  
DU : Dose unique  
ECBU: Examen cyto bactériologique des urines  
EFV: Efavirenz  
g: Gramme  
Gel: Gelule  
HPV: Human papilloma virus  
IIG: Intervalle inter génésique  
INTI: Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse  
ITRNN : Inhibiteurs de la transcriptase reverse non nucléosidique  
IP: Inhibiteur de la protéase  
IST : Infection sexuellement transmissible.  
mm3 : Millimètre cube  
NVP: Névirapine

PCR: Polymerase Chain Reaction

PTME: Prévention de la transmission mère enfant

PV : Prélèvement vaginal

PV/VIH : Personne vivant avec le VIH

RAM : Rupture artificielle des membranes

RPM : Rupture prématurée des membranes

RSP : Rupture spontanée des membranes

SA : Semaine d'aménorrhée

SFA : Souffrance fœtale aigue

Sp : Sirop

3TC: Lamivudine

TME: Transmission mère enfant

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

$\mu\text{mol/l}$ : Micro mol par litre

< : Inférieur

>: Supérieur

$\geq$  : Supérieur ou égal

$\leq$  : Inférieur ou égal

% : Pourcentage

## SOMMAIRE

1- INTRODUCTION.....	01
Objectifs.....	03
2- GENERALITES.....	04
3. METHODOLOGIE.....	28
4. RESULTATS.....	32
5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	57
6. CONCLUSION.....	63
7. RECOMMANDATIONS.....	64
REFERENCES.....	65

ANNEXES

# INTRODUCTION

## INTRODUCTION

L'infection à VIH constitue un problème de Santé publique dans le Monde. En effet elle touche tous les continents et constitue un problème de développement social.

Depuis le début de cette pandémie, les cibles les plus vulnérables sont les femmes et les enfants. De sa découverte en 1981, à nos jours, le Sida est la première pandémie mondiale avec 33,2 millions de PV VIH en 2007, et dévastateur avec 2,8 millions de décès en 2005 et 2,1 millions en 2007 [33].

Le sexe féminin en âge de procréer est le plus touché avec un taux de 47% de l'ensemble des personnes infectées à travers le monde et 12,6 million de ces femmes VIH positif vivent en Afrique subsaharienne [32, 33].

La perception de l'infection à VIH a évolué de par le monde tant au niveau des patientes que dans la communauté et même au niveau des personnels soignants. Les femmes VIH positif sont plus influençables aux pressions sociales, économiques, religieuses et familiales pour leur santé sexuelle et reproductive. L'accès accru au traitement ARV et l'amélioration de la santé qui en résultent ont suscité un regain d'espoir pour l'avenir de ces femmes VIH positif qui ont la possibilité de reconsidérer leur vie et décisions en matière de procréation. Certaines d'entre elles tranchent la question d'avoir ou non des enfants ; d'autres reprendront les rapports sexuels tout en espérant avoir des enfants sains.

C'est ainsi que plusieurs femmes dans notre service sont incluses de façon répétée dans la PTME. Certaines, pour diverses raisons arrêtent leur traitement après l'accouchement pendant que d'autres continuent sans interruption. La prise en charge de la patiente séropositive et celle de son enfant se poursuivent plusieurs mois après l'accouchement. Ce suivi a pour objectifs de permettre à la femme de « mieux récupérer » avant une éventuelle grossesse et surtout d'assurer un suivi à son enfant pendant au moins 18 mois, date à laquelle la sérologie définitive de l'enfant est faite. De la naissance à la réalisation de cette sérologie définitive de l'enfant, de multiples consultations sont organisées

nécessitant ainsi la disponibilité de la mère. Aussi la survenue d'une nouvelle grossesse avant ce délai risque t-elle de compromettre ce suivi. Une nouvelle grossesse rapprochée pourrait, à cause de pathologies récurrentes liées à celle ci, entrainer des perturbations dans le suivi et dans l'observance thérapeutique. Toutes ces données doivent être prises en compte afin de mieux planifier les grossesses des femmes séropositives. Cette planification doit se faire pendant la grossesse mais surtout lors des consultations post natales et de planification familiale.

Dans notre service qui ne dispose pas d'unité de planification familiale, nous avons observé de plus en plus de patientes qui sont plusieurs fois incluses dans la PTME. Nous nous sommes alors proposer de mener cette, pour cela nos objectifs ont été les suivants :

## **OBJECTIFS**

### **I- OBJECTIF GENERAL**

Etudier la prise en charge ARV chez les femmes enceintes séropositives qui sont au moins à leur deuxième inclusion dans la PTME dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Gabriel Touré.

### **II-OBJECTIFS SPECIFIQUES**

1. Déterminer la fréquence des femmes qui sont au moins à leur deuxième inclusion à la PTME.
2. Décrire les caractéristiques socio-démographiques des patientes.
3. Décrire les modalités thérapeutiques.
4. Identifier les motifs de changements de traitement.

# GENERALITES

## **GENERALITES**

### **1-DEFINITION DES CONCEPTS**

- **Le VIH:** se définit comme le virus de l'immunodéficience humaine.
- **Le SIDA:** se définit comme le syndrome de l'immunodéficience acquise.
- **La Séropositivité :** se définit par la présence de réaction sérologique positive, c'est-à-dire ayant lieu dans le sérum sanguin (partie liquidienne du sang).
- **La séroconversion :** s'explique par le fait qu'un sujet qui était séronégatif lors des tests précédents devient séropositif lors d'un test effectué ultérieurement. Plus précisément, le terme de séroconversion correspond à l'apparition dans le sérum d'un malade d'un anticorps spécifique. Ce mécanisme a pour traduction le passage de la négativité à la positivité du test dit sérologique (effectué à partir du sérum) ce qui permet de mettre en évidence l'anticorps permettant du même coup le diagnostic de l'affection en cause (après un certain temps de latence). Ce temps de latence (en général un peu plus d'une semaine) s'explique par la mise en place, par les globules blancs et plus précisément les lymphocytes B., du mécanisme de fabrication des anticorps qui seront détectables en utilisant une méthode immunologique dite sérologique. Autrement dit, la séroconversion est l'apparition (ou la disparition) d'un anticorps qui auparavant n'était pas présent (ou au contraire était présent) dans le sérum d'un patient. La séroconversion apparaît au cours d'un mécanisme infectieux que celui-ci soit d'origine virale ou bactérienne.

### **2- ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'INFECTION A VIH DANS LE MONDE**

La prévalence mondiale du VIH (proportion de la population affectée par le virus) semble s'être stabilisée : en 2005 il y a eu 40,3 millions de personnes infectées par le VIH dans le monde. En 2006 39,5 millions de personnes étaient atteintes de SIDA dans le monde. En 2007, le nombre de personnes infectées par le VIH était de 32,2 millions.

Près de 2,5 millions [1,8 à 4,1 millions] de nouveaux cas d'infection virale ont été enregistrés en 2007 et 2,1 millions [1,9 à 2,4 millions] de personnes sont décédées des suites de maladies liées au Sida.

L'Afrique subsaharienne demeure la région la plus touchée. Près de 1,2 millions [1,4 à 2,4 millions] de nouveaux cas d'infection par le VIH ont été enregistrés en 2007, ce qui porte à 22,5 millions le nombre total de PVVIH. Dans cette zone, contrairement aux autres régions, la majorité de personnes (61%) infectées par le VIH sont des femmes.

Plus des deux tiers (68%) de toutes les personnes infectées par le VIH, habitent en Afrique subsaharienne. C'est dans cette zone que sont survenues plus de trois quart (76%) de tous les décès liés au SIDA en 2007.

En Amérique latine et aux Caraïbes, l'épidémiologie est stable. En 2007 le nombre de nouveaux cas de personnes infectées par le VIH est estimé à 100.000 ; ce qui porte à 1,6 millions le nombre total de PVVIH dans cette région. Environ 58 milles personnes sont décédées à la suite des maladies liées au VIH en 2007.

En Europe de l'Est et en Asie centrale le nombre de PVVIH a atteint le chiffre de 1,6 millions. On estime le nombre de nouveaux cas à 150 000 ; le nombre de décès suite aux maladies liées au SIDA est estimé à 55 000.

En 2007, l'extrême orient a enregistré 20% de nouveaux cas d'infections par le VIH de plus qu'en 2001.

35 000 personnes ont contracté le VIH en 2007 au Moyen -Orient et en Afrique du Nord ce qui porte à 38 000 le nombre total de PVVIH. On estime à 25 000 le nombre de personnes décédées dans cette zone suite aux maladies liées au SIDA en 2007.

Bien que l'homme et la femme aient une responsabilité partagée dans la propagation du VIH, les femmes et particulièrement les femmes africaines sont les plus vulnérables [30].

Au Mali la surveillance épidémiologique repose sur la notification des cas de SIDA, sur la surveillance sentinelle du VIH chez la femme enceinte, l'enquête

sur la prévalence des IST/VIH et les comportements sexuels enfin sur l'Enquête Démographique et de Santé (EDS-M IV).

Selon l'EDS-M IV en 2006 la séroprévalence du VIH au Mali était de 1,3% (1,6% en zone urbaine et 0,9% en zone rurale). Les régions les plus infectées sont : Bamako avec 1,9%, Mopti 1,4%, Ségou 1,3% et Koulikoro 1,2%. Les tranches d'âges les plus touchées sont celles de 30 ans à 34 ans avec 3,4% et de 25 ans à 29 ans avec 2,3% [10]

En 2006 le nombre de personnes nouvellement infectées dans le monde était estimé à 39 500 000. D'une manière générale le nombre d'infectés dans le monde entier est en croissance.

Différentes voies de transmission à savoir la voie sanguine la voie sexuelle et voie verticale (de la mère à l'enfant) constituent les moyens de propagation de l'infection à VIH. Cependant la voie sexuelle particulièrement hétérosexuelle est l'une des principales voies de transmission à travers le monde et est la plus prédominante en Afrique Sub-Saharienne. Au Mali 90% des cas de VIH sont imputables aux rapports sexuels non protégés [20].

En 2004 on estimait à 640000 le nombre d'enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH dans le monde. Ces enfants sont principalement infectés pendant la grossesse ou l'accouchement et au cours de l'allaitement maternel [36].

### **3- VIH ET GROSSESSE [30, 20,36]**

C'est en 1984 que Rawlinson a rapporté le premier cas de SIDA associé à une grossesse chez une jeune toxicomane atteinte d'un sarcome de Kaposi disséminé [37]. Les progrès faits dans la PTME/VIH ont permis à plusieurs femmes séropositives d'espérer avoir un enfant sain. Ceci a entraîné une augmentation du nombre de femmes enceintes séropositives.

Plusieurs facteurs contribuent à l'augmentation de cas de grossesses sur VIH. L'insuffisance des services de conseils et dépistage volontaire pour les

couples qui désirent avoir des enfants. Le désir d'enfant car la fécondité semble être un élément central de l'identité de la femme, et ne plus avoir d'enfants expose à des conséquences sociales telles que le rejet par le partenaire, par la belle-famille, et aussi être stigmatisée puisque non fertile. Au contraire, une nouvelle maternité rassure la femme et son entourage sur sa santé et sa fécondité [27]. Mourir sans laisser de progénitures comme son héritier augmente chez les femmes VIH positif le désir de grossesse surtout avec le traitement des ARV qui donne la chance d'avoir des enfants non infectés. Le silence autour de la question de sexualité surtout que dans plusieurs couples où le sexe n'est utile que pour la distraction et la reproduction. L'absence de pouvoir des femmes dans les relations de couples, les viols et violences à l'endroit des femmes très souvent observés dans les pays en guerre, l'inégalité de droit de la femme dans le foyer en matière de santé de reproduction et les relations sexuelles non protégées sont entre autres des facteurs favorisant les grossesses chez les femmes séropositives [30].

#### **4- PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH:**

##### **4.1. Prophylaxie anti-rétro virale chez la femme enceinte et le nouveau né**

###### **4.1.1. Objectifs du traitement antirétroviral [13]**

Les objectifs du traitement antirétroviral chez la femme enceinte sont multiples :

- diminuer le risque de TME du VIH : pour cela, il faut obtenir une réduction maximale de la réplication virale plasmatique et du nombre de particules virales libres présentes dans les différents liquides biologiques, en fin de grossesse et à l'accouchement ;
- assurer un traitement optimal pour la mère s'il existe une indication pour elle-même, pour maintenir ou restaurer un système immunitaire compétent ;

- préserver les options thérapeutiques futures, en évitant que le traitement préventif n'induisse des résistances pour la mère comme pour l'enfant s'il est infecté ;
- assurer un véritable traitement post exposition à l'infection en poursuivant le traitement antirétrovirale chez l'enfant après la naissance.

#### **4-1-2 LES ANTIRETOVIRAUX : [31]**

##### **Définition.**

Les antirétroviraux constituent un groupe de médicaments anti-infectieux antiviraux actifs sur les virus du Syndrome de l'Immunodéficience Acquise (VIH-1 et VIH-2). Il s'agit de médicaments essentiellement virustatiques. **Nous avons :**

##### **° Les Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) [31].**

Les inhibiteurs nucléosidiques de la TI (INTI) sont des pro-drogues qui inhibent la réplication du VIH. Ils doivent ainsi être tri phosphorylés dans la cellule pour être actifs. Ils entrent alors en compétition avec les nucléosides naturels et sont incorporés dans le premier brin d'ADN pro viral lors de la synthèse par la TI. Ils n'ont pas de groupement OH en 3', de sorte que leur incorporation empêche la TI d'ajouter un nouveau nucléotide à l'ADN pro viral en formation, entraînant l'arrêt prématuré de l'élongation de l'ADN pro viral. L'affinité du métabolite actif est 100 fois plus grande pour la transcriptase inverse que pour les ADN polymérase cellulaires, ce qui explique la sélectivité d'action sur le virus.

Les inhibiteurs nucléosidiques sont à des degrés divers des inhibiteurs de l'ADN polymérase mitochondriale d'où une toxicité mitochondriale mise en évidence dès les phases pré cliniques de leur développement.

**Tableau I** : Les principaux INTI.

	Zidovudine (AZT)	Abacavir (ABC)	Didanosine (DDI)	Stavudine (D4T)	Lamivudine (3TC)
Présentation	Gel : 100 ; 250mg Cp : 300 mg Sp : 10 mg/ml	Cp: 300mg Sp:20mg/ ml	Cp: 25, 50 200mg Gel: 125, 250mg	gel: 15; 20; 30 mg Sp: 1mg/ ml	Cp:150mg; 300mg Sp: 10mg/ml
Biodisponibilité	63%	83%	43%	86%	86%
Élimination	Rénale 80%	Rénale 83%	Rénale 50%	Rénale 70%	Rénale 50%

Autres : Zalcitabine ; Emtricitabine ; Tenofovir

° **Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) [22]**

Les INNTI constituent une famille antirétrovirale structurellement et fonctionnellement différente des analogues nucléosidiques, ces composés sont des inhibiteurs puissants et très sélectifs de la transcriptase inverse du VIH1. Ils sont inactifs sur le VIH2. A la différence des analogues nucléosidiques, les INNTI inhibent la reverse transcriptase de façon non compétitive, en se fixant directement sur le site catalytique de l'enzyme (dans une petite poche hydrophobe). Pour être actifs, ils ne nécessitent pas de modification chimique, en particulier pas de phosphorylation préalable.

Ces produits peuvent présenter une activité antirétrovirale importante mais ils se caractérisent tous par l'émergence rapide de résistance en situation d'échec virologique.

**Tableau II** : Les Principaux INNTI.

	<b>Nevirapine (NVP)</b>	<b>Efavirenz (EFV)</b>
Présentation	Cp de 200 mg Sp : 10mg/ml	Gélule de 50,200 et Cp de 600 mg Sp = 30mg/ml
Biodisponibilité	90%	60%
Élimination	Urine 85%, selles : 10%	Urinaire : 14-34% Selles : 16-61%

Autres : Delavirdine ; Etravurine

° **Les inhibiteurs des protéases (IP) [22].**

Les IP du VIH bloquent la phase tardive de la maturation virale ; ils agissent au niveau du processus d'assemblage des protéines virales nouvellement synthétisées en utilisant l'action d'une enzyme clé qui est la protéase.

Ils ont tous un métabolisme prenant la voie des cytochromes P450. Ils induisent des interactions médicamenteuses avec des produits utilisant les mêmes voies métaboliques comme la rifampicine.

La protéase du VIH clive les polypeptides précurseurs permettant de générer les protéines structurales et enzymatiques du virion. Les antiprotéases du VIH eux, sont des inhibiteurs spécifiques qui se lient aux sites actifs de l'enzyme, empêchant le clivage des polypeptides ; des virions immatures sont produits, lesquels sont incapables d'infecter de nouvelles cellules. Les IP sont actifs sur le VIH-1 et le VIH-2 dans des proportions variables selon les molécules. Ils ont une action directe sur la cible enzymatique virale ne nécessitant pas d'activation métabolique, étendant l'efficacité potentielle aux cellules au repos (contrairement aux analogues nucléosidiques).

Les IP potentialisent l'effet d'une mono ou d'une bithérapie par INTI. Sous trithérapie on observe rapidement une baisse significative de la charge virale d'un ou de deux ordres de grandeur (log 10), et ce de manière durable. En

revangent ils ne peuvent pas être employés seuls car le VIH y devient rapidement résistant.

**Tableau III :** Les principaux IP.

	<b>Indinavir (IDV)</b>	<b>Ritonavir (RTV)</b>	<b>Lopinavir/ Ritonavir (LPV/RTV)</b>	<b>Indinavir/ Ritonavir IDV/RTV</b>
Présentation	Gel 200mg 400mg	Cp=100mg Sp :600mg/ 7,5ml	Gel: 133,3mg+33,3mg Sp:80mg/ml+20mg/ ml Cp: 200mg+50mg	Gel : 400 mg+100mg 600à800mg+100 à 200mg
Biodisponibilité	65%	80%	48-130%	80%
Élimination	Biliaire	Biliaire	Biliaire	Biliaire

Autres IP : Saquinavir ; Amprénavir ; Atazanavir ; Darunavir ; Tipranavir ; Nelfinavir

#### 4.1.3. Recommandations maliennes [28]

##### 4.1.3.1. Chez la mère

La conduite à tenir devra tenir compte de plusieurs facteurs:

- L'état clinique et immunologique de la mère
- Le moment auquel elle se présente à la structure de santé par rapport à la date prévue pour l'accouchement
- Les capacités de la structure en matière de traitement antirétroviral (accréditation, accessibilité de la structure de référence)
- *Femme ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV*

Si le traitement antirétroviral est efficace (critère clinique, immunologique et si possible virologique) et bien toléré, il sera poursuivi. Dans le cas où le traitement antirétroviral comprend de l'efavirenz (tératogène) et si la grossesse est dépistée précocement durant le premier trimestre, cette molécule sera remplacée par la névirapine ou un inhibiteur de la protéase boosté.

- *Femme débutant sa grossesse en l'absence de traitement ARV*
  - ✓ Si l'évolution de l'infection à VIH chez la mère nécessite la mise en place d'un traitement antirétroviral pour elle-même (stade III ou IV de l'OMS et/ou TCD4<350 cell/mm<sup>3</sup>), la prise en charge sera celle du traitement de l'adulte ou de l'adolescent. Ce traitement sera débuté rapidement, avec une surveillance particulière de la grossesse.
  
  - Si la femme est asymptomatique (stade I) ou peu symptomatique (stade II) et/ou CD4>350/mm<sup>3</sup>, on proposera une trithérapie à visée prophylactique qui sera débutée dès la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse jusqu'à la fin de l'accouchement.
- ⇒ Le schéma à proposer chez la femme enceinte sera une trithérapie prophylactique selon l'un des schémas suivants :

AZT /3TC + NVP  
ou  
D4T/3TC/NVP  
OU  
(AZT ou D4T) + 3TC + (LPV/r ou IDV/r ou SQV/r ou ATV/r)

⇒ La durée du traitement prophylactique sera fonction du type d'allaitement choisi :

- Continuer la trithérapie de la mère jusqu'au sevrage (6 mois) si elle opte pour l'allaitement maternel exclusif puis l'arrêter selon les modalités adaptées aux molécules utilisées.
- En cas d'alimentation artificielle, il faut après l'accouchement arrêter les ARV selon les modalités adaptées aux molécules utilisées.
- Dans les deux cas, référer la patiente après l'accouchement dans une unité de prise en charge afin d'organiser le suivi.

NB : Dans le cas, où la trithérapie n'est pas réalisable (structure non accréditée pour la prise en charge antirétrovirale, centre de traitement ARV éloigné, femme

n'acceptant pas la référence), on proposera une bithérapie prophylactique selon les modalités suivantes :

- **AZT + 3TC** en commençant au mieux **dès la 28<sup>ème</sup> semaine** de grossesse ou à défaut dès que la femme se présente **jusqu'à 14 jours après accouchement**.

+

- La **névirapine** à dose unique en début de travail
  - *Femme enceinte non suivie et non traitée et dont le diagnostic de l'infection a été retardé (après 36 semaines et avant le début du travail) :*

On proposera une trithérapie ou une bithérapie selon les protocoles ci dessus:

- **Femme enceinte non suivie, non traitée se présentant au début du travail,**

On proposera une trithérapie qui comprend:

**(AZT 300mg + 3TC 150mg) :** 1 comprimé toutes les 3 heures (maximum 3 comprimés/jour) jusqu'au clampage du cordon associée à la **névirapine** (1 comprimé de 200 mg) en début de travail.

NB :

- Si AZT perfusion disponible, alors faire 2mg/kg en bolus (IVD) puis 1mg/kg toutes les heures jusqu'au clampage du cordon.
- Continuer la trithérapie de la mère jusqu'au sevrage (6 mois) si elle opte pour l'allaitement maternel exclusif puis arrêter les ARV si elle n'a pas besoin de traitement pour elle même.

- Dans le cas des femmes suivies sous bithérapie qui optent pour l'allaitement maternel, changer le traitement après l'accouchement et instituer une trithérapie jusqu'au sevrage (6 mois).
- En cas d'alimentation artificielle, il faut après l'accouchement arrêter les ARV selon les modalités, si elle n'a pas besoin de traitement pour elle-même et référer la patiente après l'accouchement dans une unité de prise en charge afin d'organiser le suivi.

- *Cas particulier du VIH 2*

La transmission du VIH2 de la mère à l'enfant est rare et les INNTI ne sont pas efficaces contre le VIH2. On pourra proposer les options suivantes selon les circonstances :

- Chez la femme qui présente une indication de traitement pour elle-même, administrer une **trithérapie**, selon l'un des schémas suivants:

2IN + 1IP : (AZT ou D4T) + 3TC + LPV/r ou IDV/r ou SQV/r ou ATV/r

ou

3IN : AZT / 3TC / ABC

- Pour celle qui n'a pas besoin de traitement pour elle-même, on proposera au mieux dès la 28<sup>e</sup> semaine de grossesse:
    - o Une trithérapie selon l'un des schémas ci-dessus. Ce traitement sera poursuivi jusqu'à l'accouchement.
- OU**
- o Une Bithérapie : (AZT + 3TC) 1 comprimé X 2 fois/jour jusqu'à l'accouchement.

- Si la femme se présente en travail :

**(AZT 300mg + 3TC 150mg) :** 1 comprimé toutes les 3 heures, maximum 3 comprimés/jour.

Référer dans une unité de prise en charge pour le suivi.

- *Cas particulier du VIH 1+2*

Traiter au mieux avec une trithérapie incluant un IP sinon traiter comme un VIH1

#### **4.1. 3.2. Chez le nouveau-né**

- *Mère ayant reçu un traitement prophylactique correct pendant la grossesse*
- **AZT sirop:** 4mg/kg X 2 /jour, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance et à poursuivre pendant 14 jours
- ET**
- **NVP** sirop: 1 dose orale de 2mg/kg à donner immédiatement après l'accouchement ou au mieux dans les 72 premières heures après la naissance.
- *Mère mal traitée ou traitée moins de 4 semaines ou n'ayant pas reçu de prophylaxie*
- **AZT sirop:** 4mg/kg X2 /jour, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance et à poursuivre pendant 4 semaines
- +
- **NVP** sirop: 1 dose orale: 2mg/kg à donner immédiatement au mieux dans les 72 premières heures après la naissance.
- +
- **3TC sirop :** 2mg/kgX2 /jour pendant 4 semaines, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance.
- *Cas particuliers du nouveau-né de mère infectée par le VIH2*

**AZT sirop:** 4mg/kg X2 /jour, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance et à poursuivre pendant 2 semaines

+

**3TC sirop :** 2mg/kgX2 /jour pendant 2 semaines, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance.

- *Cas particulier du nouveau-né de mère infectée par le VIH 1+2*

Traiter avec une trithérapie :

- **AZT sirop:** 4mg/kg X2 /jour, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance et à poursuivre pendant 4 semaines

+

- **NVP sirop:** 1 dose orale: 2mg/kg à donner immédiatement au mieux dans les 72 premières heures après la naissance.

+

- **3TC sirop :** 2mg/kgX2 /jour pendant 4 semaines, à débiter au mieux 6 à 12h après la naissance.

Traitements associés chez le nouveau né

- La prophylaxie des infections opportunistes se fera à partir de 4 semaines avec le cotrimoxazole.
- La vaccination par le BCG est réalisée chez tous les nouveau-nés de mère séropositive, à l'exception des nouveau-nés précocement symptomatiques avec un taux de CD4 < 15%

L'accès à l'allaitement artificiel doit être favorisé, basé sur le « choix éclairé » de la maman.

NB :

- Continuer la trithérapie de la mère jusqu'au sevrage (6 mois) si elle opte pour l'allaitement maternel exclusif puis arrêter les ARV si elle n'a pas besoin de traitement pour elle même.

- Dans le cas des femmes suivies sous bithérapie qui optent pour l'allaitement maternel, changer le traitement après l'accouchement et instituer une trithérapie jusqu'au sevrage (6 mois).
- En cas d'allaitement artificiel, il faut après l'accouchement arrêter les ARV si elle n'a pas besoin de traitement pour elle-même.
- Référer la patiente après l'accouchement dans une unité de prise en charge afin d'organiser le suivi.

#### **4.2. Définition de l'échec thérapeutique [32]**

La documentation d'un échec thérapeutique est basée sur des critères cliniques, immunologiques et virologiques.

##### **4.2.1. Echec clinique**

- Détérioration clinique avec apparition de nouvelles maladies opportunistes ou récurrence de maladies opportunistes autres que la tuberculose.
- Survenue ou récurrence d'une affection du stade OMS III ou IV

Chez les patients sévèrement immunodéprimés, l'apparition de nouveaux signes au cours des 3 premiers mois de traitement ARV ne signifie pas obligatoirement un échec clinique. Il peut en effet s'agir d'un syndrome de restauration immunitaire, qui doit être traité pour lui-même sans modification des ARV. La décision de changer de traitement devra donc également tenir compte de l'évolution immunologique (TCD4) et, virologique (CV).

##### **4.2.2. Echec immunologique**

- Si le taux de TCD4 reste  $< 100 / \text{mm}^3$  à M12
- Retour du nombre de TCD4 au niveau ou sous le niveau pré thérapeutique, en l'absence de la survenue d'une infection concomitante pouvant expliquer cette baisse

- Baisse de plus de 50% du nombre de TCD4 par rapport au pic atteint sous traitement en l'absence de survenue d'une infection concomitante pouvant expliquer cette baisse.

**Remarque :**

- Si le patient est asymptomatique et que l'échec n'est évoqué que sur des critères immunologiques, une confirmation par un deuxième dosage des TCD4 est immédiatement recommandée.
- Si le taux de TCD4 reste bas après deux dosages consécutifs, il faut considérer qu'il s'agit d'un échec immunologique.

**4.2.3. Echec virologique**

Impossibilité de réduire la charge virale à un niveau indétectable après 6 mois de traitement bien conduit.

Un échec thérapeutique sera documenté par deux mesures de la charge virale à un mois d'intervalle, mais la constatation d'un échec clinique et immunologique patent permettra d'affirmer l'échec de la première ligne de traitement.

**4.3. AUTRES MESURES DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH**

**4.3.1 Mesures obstétricales générales**

Au cours de la grossesse, il convient d'éviter autant que possible les manœuvres pouvant entraîner des échanges sanguins materno-fœtaux, telles que les versions par manœuvres externes, et les gestes invasifs (amniocentèses et ponctions trophoblastiques...).

**4.3.2. Césarienne programmée [1, 17]**

Plusieurs études récentes, montrent qu'une césarienne programmée, avant tout début de travail et à membranes intactes, réduit le risque de TMF du VIH, en association avec la prophylaxie par AZT (Zidovudine).

A l'inverse, la césarienne en cours du travail ou à membranes rompues ne semble pas apporter de protection par rapport à l'accouchement par voie basse. Il est donc possible dans la stratégie préventive, d'envisager avec la femme l'option d'une césarienne programmée à la 38<sup>ème</sup> semaine. Le choix du mode d'accouchement doit tenir compte du rapport entre le bénéfice potentiel pour l'enfant et le risque de l'intervention pour la femme.

D'autre part il n'est pas certain que la césarienne apporte un bénéfice supplémentaire chez les femmes recevant une association antirétrovirale plus puissante au plan virologique que l'AZT en monothérapie : le rapport bénéfice/risque de la césarienne pourrait être moins favorable qu'en cas de monothérapie par AZT.

Plusieurs études ont montré que la morbidité post césarienne est plus fréquente chez les femmes infectées par le VIH que chez les femmes séronégatives, en particulier lorsque la mère a un taux de CD4 inférieur à 200/mm<sup>3</sup>.

#### **4.3.3. Mesures chez le nouveau-né en salle de naissance [13]**

A la naissance, la mise en œuvre rapide d'un bain du nouveau-né est recommandée, La désinfection oculaire est habituellement réalisée en salle de travail. L'aspiration gastrique doit être la moins traumatique compte tenu de la présence documentée du virus dans l'estomac ou dans les sécrétions nasopharyngées.

#### **4.3.4. Alimentation de remplacement [1,7]**

L'alimentation de remplacement est bien acceptée par les mères séropositives dans les pays industrialisés, mais pose des problèmes médicaux, économiques et sociaux difficiles dans certains pays en développement.

#### **4.3.5. Autres moyens de prévention envisagés [2]**

Plusieurs autres types de prévention ont fait l'objet d'essais thérapeutiques, dont les résultats n'ont pas été concluants, ils ne démontrent aucune efficacité. Il s'agit notamment de l'immunothérapie par les immunoglobulines spécifiques

anti-VIH ou la vaccination, la supplémentation en vitamine A ou en poly vitamines, le lavage vaginal à l'accouchement par la chlorhexidine.

## **5. DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH**

Tout enfant né de mère séropositive présentera une sérologie VIH positive les premiers mois de vie en raison du passage des IgG maternelles à travers la barrière placentaire. L'enfant va progressivement éliminer ces anticorps d'origine maternels, mais ils seront en général encore détectables à l'âge de 12 mois et même parfois à l'âge de 15 mois. Simultanément à la décroissance des anticorps d'origine maternelle, l'enfant va synthétiser ses propres anticorps et présenter une sérologie constamment et définitivement positive s'il est infecté.

### **5.1. DIFFERENTES METHODES DE DETECTION DU VIRUS**

#### **5.1.1. Méthode Direct : diagnostic précoce**

##### **5.1.1.1. PCR-ADN : détection du pro virus VIH dans les lymphocytes [2]**

La PCR, ou polymérase Chain réaction, permet l'amplification en très grande quantité d'un fragment d'ADN par polymérisation enzymatique en chaîne. Un contrôle souvent nécessaire consiste à vérifier que le virus de la mère est bien détecté avec la PCR utilisée pour le diagnostic de l'enfant.

##### **5.1.1.2. Détection des ARN-VIH dans le plasma [2]**

Il s'agit de la détection des génomes des particules virales libres présentes dans le plasma.

#### **5.1.2. Méthode indirecte : diagnostic tardif**

##### **5.1.2.1. Tests enzymatiques**

C'est la technique la plus usuelle et toujours utilisée en première intention pour la recherche des anticorps anti-VIH : ELISA [2].

#### **5.1.2.2. Elisa VIH-2**

Il existe des trousseaux spécifiques ELISA VIH-2 pour la détection des anticorps anti-VIH-2 par réaction croisée entre VIH-1 et VIH-2 basée sur le principe « sandwich » [2].

#### **5.1.2.3. Western blot = immuno-transfert**

C'est aujourd'hui, la technique de référence pour la confirmation d'une séropositivité VIH [2].

### **6. DIAGNOSTIC D'INFECTION ET DE NON INFECTION AVANT 18 MOIS [41].**

#### **6.1. TESTS VIROLOGIQUES DISPONIBLES**

Un seul test PCR négatif permettra d'affirmer l'absence d'infection.

Le diagnostic est affirmé sur la base d'un test positif à partir de 4 à 6 semaines d'âge.

##### **-Enfants nourris au lait artificiel**

Un test de dépistage sera fait à partir de 6 semaines :

\*Si le test PCR à ADN ou PCR à ARN est positif, l'enfant est considéré comme infecté par le VIH.

\*Si le test PCR à ADN ou PCR à ARN est négatif, l'enfant n'est pas infecté par le VIH.

##### **-Enfants nourris au lait maternel,**

Un test de dépistage sera envisagé entre 6 semaines et 6 mois, 8 semaines après la cessation de l'allaitement.

\*Si le test PCR à ADN ou PCR à ARN est positif, l'enfant est considéré comme infecté par le VIH.

\*Si le test PCR à ADN ou PCR à ARN est négatif, reprendre l'examen viral 8 semaines après le sevrage total, au cas où l'enfant est nourri au lait maternel.

\*Si le test PCR à ADN ou PCR à ARN est négatif 8 semaines après le sevrage total de l'enfant nourri au lait maternel, l'enfant n'est pas infecté par le VIH.

\*Si le test PCR à ADN ou PCR à ARN est positif 8 semaines après le sevrage total en cas d'allaitement maternel, l'enfant est infecté par le VIH.

## **6.2 TESTS VIROLOGIQUES NON DISPONIBLES**

Lorsque les tests virologiques ne sont pas accessibles, le diagnostic présomptif d'affection VIH sévère doit être évoqué chez un enfant VIH positif à la sérologie, qui présente deux ou plus des critères suivants :

- \*Candidose orale
- \*Pneumonie sévère
- \*Cachexie ou malnutrition sévère
- \*Infection septique sévère

Les autres éléments orientant vers un diagnostic d'affection VIH sévère sont les suivants :

- Décès récent de la mère lié au VIH,
- Stade VIH avancé chez la mère
- Taux de lymphocytes CD4 < 25% chez l'enfant

Le diagnostic présomptif devra être confirmé par des tests sérologiques, au plus tard à l'âge de 18 mois.

## **7-PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE**

La prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA est un facteur indispensable pour l'amélioration de leur état de santé. Les besoins des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ne se limitent pas à l'accès aux médicaments et aux soins médicaux. Ils ont besoin entre autres d'un soutien psychologique, social et spirituel. Ce soutien peut atténuer la perception de la relation de causalité inéluctable entre l'infection par le VIH et le décès. Il peut favoriser également une meilleure intégration dans la société [42].

## **8- IMPORTANCE DE L'ESPACEMENT DES NAISSANCES CHEZ LES FEMMES VIH POSITIF [27].**

### **8-1 Définition de concept**

Le concept de PF comprend un ensemble de mesures et de moyens et de moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelle, infantiles et juvéniles notamment celles liées au IST, le VIH et le SIDA, aux grossesses non désirées et aux avortements et assurer ainsi le bien être familial et individuel.

L'espacement des naissances pour la santé maternelle et néonatale montre qu'il peut s'avérer une intervention efficace pour aider les femmes à vivre une grossesse saine et un accouchement à moindres risques.

### **La double protection**

C'est une stratégie qui permet de renforcer l'efficacité de la prévention contre les infections aux IST/VIH, contre les grossesses non souhaitées et parfois engageant le pronostic vital de la mère et contre la TME. Le principe de la double protection est simple et consiste en l'utilisation simultanée du condom (féminin ou masculin) et une méthode contraceptive de haute efficacité. Il existe deux options pour l'utilisation de la double protection :

- ❖ Méthode principale de prévention de la grossesse + Adjonction du condom pour la prévention des IST dont le VIH.
- ❖ Méthode principale de prévention de la grossesse et des IST/VIH et au besoin une pilule du lendemain si le condom glisse ou se casse.

### **8-2 BUT ET OBJECTIFS**

Les mesures de contraception visent à prévenir les grossesses non désirées surtout que ces femmes VIH positif ont déjà trop de motifs de stress pour leur en ajouter celui des grossesses non souhaitées. Elles visent également à protéger la santé de la mère de même que celle de l'enfant contre les infections opportunistes et surtout à espacer les naissances.

### **8-3 RECOMMANDATIONS DE L'OMS EN MATIERE D'ESPACEMENT DES NAISSANCES.**

Elle recommande les mesures suivantes :

-Après une naissance vivante, l'intervalle recommandé avant de planifier une autre grossesse est de 24 mois au moins afin de réduire les risques pour la santé maternelle, périnatale et infantile.

-Après une fausse couche ou un avortement provoqué, l'intervalle recommandé avant de planifier la prochaine grossesse est de 6 mois au moins afin de réduire les risques pour la santé maternelle, périnatale et infantile.

### **8-4 INTERET**

L'espacement des naissances favorise le bien être de la femme VIH positif en réduisant la fréquence des affections opportunistes, augmente les défenses de l'organisme. Il diminue la fréquence des maladies associées souvent à la grossesse (anémie, infection urinaire, paludisme, la pré-éclampsie, HTA et surtout la complication de la grossesse aux conséquences parfois fatales). Il améliore également l'observance du traitement ARV chez la femme, favorise l'éducation et le suivi des enfants nés de mères séropositives.

La réduction du risque de mutation virale dans les couples séropositifs et celui de la contamination dans les couples séro-différents. Il devrait être une porte d'entrée tout comme la CPN pour l'orientation vers les services de prise en charge.

### **8-5 CONTRACEPTION CHEZ LA FEMME SEROPOSITIVE**

Le préservatif doit être le moyen contraceptif proposé à toute femme séropositive pour le VIH, mais elle n'en a pas toujours la maîtrise. Le contrôle de la reproduction est d'une particulière importance dans le contexte de cette maladie au long cours et une consultation de gynécologie doit être proposée pour aborder cette question. Comme chez toute femme, les choix contraceptifs

sont évolutifs et doivent tenir compte de la vie sexuelle, des contre-indications, des obstacles ethniques et culturels et de l'adhésion personnelle prévisible.

- **Le préservatif masculin** est la méthode de référence pour la prévention de la transmission sexuelle des IST et du VIH, mais son efficacité contraceptive est plus faible que celle de la pilule œstro-progestative. Si le **préservatif féminin** a l'avantage de donner à la femme la maîtrise de l'utilisation, son taux d'échec comme contraceptif est élevé [8]. Ces deux types de préservatif permettent d'éviter une éventuelle grossesse et la contamination du partenaire.

- **La contraception hormonale** a été étudiée en temps que facteur de risque de transmission du VIH [14].

-*Les pilules œstro-progestatives* : elles sont le mode de contraception le plus fréquemment utilisé en France, mais ils posent deux types de problèmes chez les femmes sous traitement anti rétroviral. D'une part, l'hypercholestérolémie et l'hypertriglycéridémie, fréquentes chez les femmes infectées traitées, restent des contre-indications de la pilule qui doivent être respectées (cholestérol > 2,50 g/l et triglycérides > 2 g/l).

*Les spermicides* (nonoxynol-9 et chlorure de benzalkonium notamment) possèdent in vitro une activité contre le VIH et certains germes pathogènes. Le nonoxynol-9 peut être responsable d'ulcères génitaux susceptibles d'augmenter le risque d'infection par le VIH.

-*Les progestatifs* peuvent être administrés par voies : orale, intramusculaire (depoprodasone®), intra-utérine (stérilet Mirena®), ou par implant (implanon®). Les injections évitent la contrainte d'une prise quotidienne, mais doivent être renouvelées tous les 3 mois. L'implant, efficace pendant 3 ans, est certainement la contraception progestative la plus utile pour des femmes infectées par le VIH souhaitant une efficacité optimale sur une période prolongée. Après son retrait, le retour de l'ovulation est rapide. Les effets secondaires qui sont les troubles des règles sont similaires quel que soit le mode d'administration.

- La contraception hormonale est efficace mais n'évite pas la contamination des partenaires. Elle doit être associée à d'autres méthodes telles que les condoms : on parle de double protection.

**.La stérilisation tubaire**, très utilisée à l'étranger, présente deux inconvénients qui sont la nécessité d'une intervention chirurgicale et son caractère irréversible. C'est aussi un facteur favorisant l'infection à VIH et reste seulement une méthode efficace et définitive pour contracter une grossesse [5].

**.Le dispositif intra utérine** ou le stérilet a une efficacité contraceptive comparable à celle de la pilule œstro-progestative, la seule contre-indication à sa pose est l'existence d'une infection génitale haute. L'effet secondaire le plus fréquent est l'augmentation de la durée et de l'abondance des règles, avec risque d'anémie. Actuellement, le stérilet est peu utilisé chez les femmes infectées par le VIH, mais sa place mérite d'être réévaluée. L'OMS ne recommande pas son utilisation chez les femmes séropositives pour le VIH [43].

**8-6 INTER ACTIONS ENTRE ARV ET METHODES CONTRACEPTIVES [27].**

ARV	Effet des ARV sur le niveau des contraceptifs hormonaux*	Effet des contraceptifs hormonaux sur les ARV
<b>Inhibiteur de la protéase (IP)</b>		
Amprenavir	Augmente	Baisse
Atazanavir	Augmente	Pas de données
Darunavir	Baisse	Pas de changement
Fosamprenavir	Baisse	Baisse
Indinavir	Augmente	Pas de données
Lopinavir + Ritonavir	Baisse	Pas de données
Nelfinavir	Baisse	Pas de données
Ritonavir	Baisse	Pas de données
Saquinavir	Pas de changement	Pas de changement
Tenofovir	Pas de changement	Pas de changement
Tipranavir	Baisse	Baisse
<b>Inhibiteurs de la Transcriptase Reverse Non Nucléosidique (ITRNN)</b>		
Delavirdine	Pourrait augmenter	Pas de données
Efavirenz	Augmente	Pas de changement
Névirapine	Baisse	Pas de données

**Tableau IV:** Interactions entre ARV et méthodes contraceptives.

Contraceptifs hormonaux\* : Seulement le niveau des oestrogènes.

# METHODOLOGIE

## **MÉTHODOLOGIE**

### **1- Cadre d'étude**

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel Touré.

#### **1.1- Description du cadre d'étude**

Le CHU Gabriel Touré fait partie des trois hôpitaux nationaux du Mali. Situé à Bamako, il est composé de plusieurs services dont le service de gynéco-obstétrique. Au sein du service il existe une équipe PTME qui s'occupe de la prise en charge des gestantes séropositives. Cette équipe est constituée de deux gynécologues obstétriciens et de deux internes. Les inclusions des patientes se font chaque jour ouvrable en dehors du Vendredi jour réservé aux consultations prénatales. La prise en charge des femmes se fait dans le but de rendre leur charge virale indétectable au moment de l'accouchement et par là limiter les risques de TME.

### **2- Type d'étude**

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive et analytique.

### **3- Période d'étude**

Elle s'étend sur une période de 34 mois, allant de Mai 2005 à Février 2008.

### **4- Population d'étude**

Il s'agit de toutes les femmes enceintes séropositives au VIH qui ont accouché dans notre service pendant la période d'étude.

## **5- Echantillonnage**

### **5.1- Critères d'inclusion**

Nous avons inclus dans notre étude toutes les femmes enceintes séropositives au VIH qui sont au moins à leur deuxième inclusion dans la PTME dans le service. Trois groupes ont été constitués :

- Le **groupe1** ce sont les femmes enceintes séropositives au VIH qui sont à leur deuxième inclusion dans la PTME.
- Le **groupe2** ce sont les femmes enceintes séropositives au VIH qui sont à leur troisième inclusion dans la PTME.
- Le **groupe3** ce sont les femmes enceintes séropositives au VIH qui sont à leur quatrième inclusion dans la PTME.

### **5.2- Critères de non inclusion**

Nous n'avons pas inclus dans l'étude les femmes séronégatives au VIH et les femmes séropositives qui sont à leur première inclusion dans la PTME.

### **5.3-Taille de l'échantillon**

Nous avons fait un échantillonnage exhaustif de tous les cas répondant à nos critères d'inclusion.

## **6- Collecte des données**

Elle a été faite à partir des supports suivants :

- les dossiers VIH des patientes
- les dossiers obstétricaux.

## **7-Les variables étudiées**

Nous avons étudié les paramètres suivants :

- Pour les mères :

\*l'âge

\*la profession

- \*le statut matrimonial
- \*le lieu de résidence
- \*la gestité
- \*la parité
- \*les informations du conjoint sur la séropositivité
- \*la mise sous ARV
- \*l'évaluation de la charge virale au cours de la grossesse
- \* l'évaluation des CD4 au cours de la grossesse
- \*la voie d'accouchement
- \* les modalités du traitement
- \*les motifs de changement des ARV pendant la grossesse
- \*la voie d'accouchement
- \*Intervalle inter génésique

- Pour les nouveau-nés :

- \*le sexe
- \*l'état du nouveau-né
- \*le score d'Apgar à la première et à la cinquième minute
- \*la sérologie VIH
- \*Traitement à la naissance
- \*le type d'alimentation du nouveau-né

### **8- Analyse des données.**

L'analyse de nos données a été faite à partir du logiciel SPSS version 12.0 for Windows et la saisie des données ainsi que les différents programmes de contrôle ont été réalisés à l'aide du logiciel Word.

Les tests statistiques ont été le Khi 2 et le test exact de Fisher. La valeur de  $P < 0,05\%$  a été considérée comme significative.

### **9- Définitions opérationnelles**

**\*Gestité** C'est le nombre de grossesses contractées.

On parle de :

- Primigeste lorsque la patiente est à sa première grossesse.
- Paucigeste lorsque la patiente est à sa deuxième ou à sa troisième grossesse.
- Multigeste lorsque la patiente est à sa quatrième ou cinquième grossesse.
- Grande multigeste lorsque la patiente est au moins à sa sixième grossesse.

**\*Parité** c'est le nombre d'accouchements effectués.

On parle de :

- Primipare lorsque la patiente a accouché une fois.
- Paucipare lorsque la patiente a accouché deux ou trois fois.
- Multipare lorsque la patiente a accouché quatre ou cinq fois.
- Grande multipare lorsque la patiente a accouché au moins six fois.

**\* Score d' Apgar :**

.Zéro = Mort né.

.Un à trois = Nouveau-né dans un état de mort apparente.

.Quatre à sept = Nouveau-né dans un état morbide.

.Huit à dix = Bon Apgar.

# RESULTS

## Résultats

### 1. Fréquence

Nous avons enregistré **51 cas** de PTME itérative sur un total de **7171** accouchements soit une fréquence de **0,71%**.

**Tableau V** : Répartition des patientes selon le nombre de PTME.

Nombre de PTME	Effectifs	Pourcentage
<b>2eme PTME</b>	<b>44</b>	<b>86,3</b>
3eme PTME	5	9,8
4eme PTME	2	3,9
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

## **2. Résultats descriptifs**

### **2-1. Caractéristiques sociodémographiques de la mère**

**Tableau VI** : Répartition des patientes en fonction de leur âge.

Tranche d'âges (ans)	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
21-24	4	9,1	2	<b>40</b>	-	-
25-29	22	<b>50</b>	1	20	-	-
30-34	10	22,7	1	20	-	-
≥ 35	8	18,2	1	20	2	100
Total	44	100	5	100	2	100

Khi=12,134

ddl=6

p=0,059

Les âges extrêmes du groupe 1 ont été 21 et 39 ans et l'âge moyen a été de 29,55 ans. Chez le groupe 2, l'âge moyen était de 29,57 et les extrêmes 21 et 36ans.

Quatre vingt un virgule huit pour cent (81,8%) des patientes du Groupe 1 et quatre vingt pour cent (80%) des patientes du groupe 2 avaient un âge compris entre 21 et 34 ans.

**Tableau VII:** Répartition des patientes en fonction de leur activité menée.

Activité menée	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
Ménagère	<b>26</b>	<b>59,1</b>	2	40	1	50
Commerçante	7	16	-	-	-	-
Teinturière	4	9	-	-	-	-
Fonctionnaire	2	4,5	<b>3</b>	<b>60</b>	1	50
Monitrice	2	4,5	-	-	-	-
Couturière	1	2,3	-	-	-	-
Coiffeuse	1	2,3	-	-	-	-
Etudiante	1	2,3	-	-	-	-
Total	44	100	5	100	2	100
Khi=18,118		ddl=16		p=0,317		

**Tableau VIII:** Répartition des patientes en fonction du statut matrimonial.

Statut matrimonial.	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
Mariée régime monogame	<b>29</b>	<b>66</b>	<b>3</b>	<b>60</b>	2	100
Mariée régime polygame	14	31,8	2	40	-	-
Fiancée	1	2,2	-	-	-	-
Total	44	100	5	100	2	100
Khi=1,278		ddl=4		p=0,865		

**Tableau IX:** Répartition des patientes selon leur lieu de résidence.

Résidence	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
Bamako	<b>39</b>	<b>88,6</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>
Hors de Bamako	5	11,4	-	-	-	-
Total	44	100	5	100	2	100

Khi=1,739

ddl=10

p=0,998

**Tableau X:** Répartition des patientes en fonction de la gestité.

Gestité	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
Paucigeste	13	29	-	-	1	50
Multigeste	<b>21</b>	<b>48</b>	<b>4</b>	<b>80</b>	-	-
grande multigeste	10	23	1	20	1	50
Total	44	100	5	100	2	100

Khi=4,422

ddl=4

p=0,352

La gestité moyenne chez nos patientes du groupe 1 a été de 4,57 avec des extrêmes de 2 et 9. La gestité moyenne des patientes du groupe 2 a été de 3,14 avec comme extrêmes 2 et 4.

**Tableau XI:** Répartition des patientes selon leur parité.

Parité	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
Primipare	6	13,6	-	-	-	-
Paucipare	20	45,5	4	80	1	50
Multipare	14	31,8	-	-	-	-
grande multipare	4	9,1	1	20	1	50
Total	44	100	5	100	2	100

Khi=7,316

ddl=6

p=0,293

La parité moyenne chez nos patientes du groupe 1 a été de 3,22 avec comme extrêmes 1 et 8. Chez nos patientes du groupe 2, elle a été de 2,57 avec les extrêmes de 2 et 4.

Quatre vingt six virgule quatre pour cent (86,4%) des patientes avaient accouché au moins 2 fois dont quarante virgule neuf pour cent (40,9%) au moins 4 fois.

**Tableau XII :** Répartition des patientes selon le devenir du dernier enfant.

Devenir du dernier enfant	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
Vivants	<b>26</b>	<b>59</b>	2	40	2	100
Décédés	18	41	<b>3</b>	<b>60</b>	-	-
Total	44	100	5	100	2	100

Khi=0,707

ddl=2

p=0,702

**Tableau XIII:** Répartition des patientes en fonction du nombre d'enfants vivants.

Nombre d'enfants	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
0-2	8	18,1	-	-	-	-
3-5	<b>26</b>	<b>59</b>	<b>4</b>	<b>80</b>	1	-
6-8	7	15,9	-	-	1	-
9-11	3	7	1	20	-	-
Total	44	100	5	100	2	100

Khi=5,080

ddl=6

p=0,534

Le nombre moyen d'enfants vivants était 2,25 et les extrêmes étaient 0 et 7.

**Tableau XIV:** Répartition du nombre d'enfants vivants en fonction de l'intervalle intergénésiq.

Nombre d'enfants	Intervalle intergénésiq.				Total
	< 18 mois	%	≥ 18 mois	%	
0-2	3	13,6	5	17,2	8
3-5	<b>13</b>	<b>59,1</b>	<b>18</b>	<b>62,1</b>	31
6-8	4	18,2	4	13,8	8
9-11	2	9,1	2	6,9	4
Total	22	100	29	100	51

Khi=0,352

ddl=3

p=0,9

**Tableau XV:** Répartition des patientes selon l'information du conjoint de la sérologie de la patiente.

Conjoint informé	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
Oui	26	59	3	60	1	50
Non	13	29,6	-	-	-	-
Non précisé	5	11,4	2	40	1	50
Total	44	100	5	100	2	100

Khi=6,006                      ddl=4                      p=0,199

Parmi nos patientes, trois gestantes (5,88%) se sont remariées.

« Non précisé » correspond aux patientes pour lesquelles nous n'avons pas eu de renseignements dans nos supports.

**Tableau XVI:** Répartition de l'information du conjoint de la sérologie de la patiente en fonction de l'intervalle inter génésique.

Conjoint informé	Intervalle inter génésique				Total
	< 18 mois	%	≥ 18 mois	%	
Oui	12	54,5	18	62,1	30
Non	8	36,4	5	17,2	13
Non précisé	2	9,1	6	20,7	8
Total	22	100	29	100	51

Khi=2,988                      ddl=2                      p=0,224

**Tableau XVII** : Répartition des patientes selon les services ayant référé.

Service ayant référé	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
CESAC	17	40	4	80	2	100
Gastro- entérologie	13	30	1	20	-	-
Elle-même	4	9	-	-	-	-
Maladies infectieuses	5	11	-	-	-	-
Médecine Interne	1	2	-	-	-	-
Clinique Privée	1	2	-	-	-	-
CRef de Koutiala	1	2	-	-	-	-
Pédiatrie	1	2	-	-	-	-
Non précisé	1	2	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Khi=5,847

ddl=10

p=0,8

**Tableau XVIII** : Répartition des patientes en fonction de l'intervalle intergénésiq.ue.

Intervalle intergénésiq.ue	Groupe 1		Groupe2		Groupe3	
	n	%	n	%	n	%
< 18 mois	19	43,2	2	40	1	50
≥ 18 mois	<b>25</b>	<b>58,8</b>	<b>3</b>	<b>60</b>	1	50
Total	44	100	5	100	2	100

Khi=1,532

ddl=6

p=0,957

L'intervalle intergénésiq.ue moyen chez nos patientes a été de 1,61 mois avec comme valeurs extrêmes 6mois et 4ans.

**Tableau XIX** : Répartition des patientes selon le nombre de CPN effectuées.

Nombre de CPN effectuées	Groupe 1		Groupe2		Groupe3	
	n	%	n	%	n	%
0	3	7	-	-	-	-
1	5	11	-	-	-	-
2	3	7	-	-	-	-
3	7	16	-	-	-	-
<b>4</b>	<b>26</b>	<b>59</b>	5	100	2	100
Total	44	100	5	100	2	100

Khi=4,426

ddl=4

p=0,351

Les patientes du groupe 1 ont une moyenne de 3,25 CPN avec comme extrêmes 0 et 4.

**Tableau XX :** Répartition des patientes en fonction de l'utilisation des moyens de contraception.

Contraception	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
Oui	7	16	-	-	-	-
Non	13	29,5	1	20	-	-
Non précisé	<b>24</b>	<b>54,5</b>	4	80	2	100
Total	44	100	5	100	2	100

Khi=2,929

ddl=4

p=0,570

**3- DONNEES RELATIVES A LA VIROLOGIE ET A L' IMMUNOLOGIE.**

**Tableau XXI:** Répartition des patientes selon le type de VIH.

Type de VIH	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
VIH1	<b>42</b>	<b>95,5</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>
VIH2	2	4,5	-	-	-	-
Total	44	100,0	5	100	2	100

Khi=0,331

ddl=2

p=0,847

**Tableau XXII :** Répartition des patientes en fonction de la réalisation de la charge virale au cours de la grossesse.

Charge virale réalisée	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
Oui	<b>34</b>	<b>77,2</b>	<b>4</b>	<b>80</b>	<b>1</b>	<b>50</b>
Non	10	22,8	1	20	1	50
Total	44	100	5	100	2	100

Khi=0,829

ddl=2

p=0,661

**Tableau XXIII :** Répartition des patientes en fonction de la valeur de la charge virale (copie/ml) au cours de la grossesse.

Valeur de la charge virale (copies/ml)	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
≤400	<b>27</b>	<b>79,4</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>
>400	7	20,6	-	-	-	-
Total	34	100	4	100	1	100

Khi=2,050

ddl=4

p=0,727

**Tableau XXIV** : Répartition des patientes en fonction de l'évaluation des T CD4 (cellules/ml) au cours de la grossesse.

Evaluation des T CD4	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
Oui	<b>42</b>	<b>95,4</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	1	50
Non	2	4,6	-	-	1	50
Total	44	100	5	100	2	100

Khi=0,331

ddl=2

p=0,847

**Tableau XXV**: Répartition des patientes en fonction de la première évaluation des T CD4 au cours de la grossesse.

Période d'évaluation des T CD4	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
1 <sup>er</sup> trimestre	6	14,3	-	-	<b>1</b>	<b>100</b>
2 <sup>ème</sup> trimestre	15	35,7	<b>4</b>	<b>80</b>	-	-
3 <sup>ème</sup> trimestre	<b>21</b>	<b>50</b>	1	20	-	-
Total	42	100	5	100	1	100

Khi=7,095

ddl=6

p=0,312

**Tableau XXVI** : Répartition des patientes en fonction de la valeur des T CD4 (cellules par mm<sup>3</sup>) au cours de la grossesse.

Valeurs des T CD4 (cell/mm <sup>3</sup> )	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
<350	19	45,2	-	-	-	-
[350-500[	11	26,2	-	-	-	-
≥500	12	28,6	5	100	1	100
Total	42	100	5	100	1	100

Khi=11,121                      ddl=6                      p=0,081

**Tableau XXVII** : Répartition de la valeur des T CD4 (cellules par mm<sup>3</sup>) au cours de la grossesse en fonction de l'intervalle intergénésiq.

Valeurs des T CD4 (cell/mm <sup>3</sup> )	Intervalle intergénésiq				Total
	< 18 mois	%	≥ 18 mois	%	
<350	9	42,9	10	37	19
[350-500[	4	19	7	26	11
≥500	8	38,1	10	37	18
Total	21	100	27	100	48

Khi=0,285                      ddl=3                      p=0,963

**Tableau XXVIII** : Répartition des patientes en fonction du délai entre l'indice de séropositivité et l'inclusion.

Délai (en années)	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
≤ 1an	9	20,4	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>50</b>
2ans	14	31,8	1	20	-	-
3ans	8	18,2	1	20	-	-
4ans	7	16	1	20	-	-
5ans	3	7	-	-	-	-
6ans	1	2,3	1	20	1	50
7ans	1	2,3	-	-	-	-
8ans	1	2,3	-	-	-	-
Total	44	100	5	100	2	100

Khi=11,337

ddl=14

p=0,659

Le délai moyen chez nos patientes a été de 2,88 ans avec comme valeurs extrêmes 6 mois et 8ans.

**4-DONNEES RELATIVES AUX ARV CHEZ LA MERE AU COURS DE LA GROSSESSE ACTUELLE.**

**Tableau XXIX:** Répartition des patientes en fonction du régime ARV au cours de la grossesse actuelle.

Régime ARV au cours de la grossesse	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
Monothérapie	2	4,5	-	-	-	-
<b>Trithérapie</b>	<b>41</b>	<b>93,2</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>
Non précisé	1	2,3	-	-	-	-
Total	44	100	5	100	2	100
Khi=0,507	ddl=4		p=0,973			

La monothérapie utilisée était à base de la Névirapine.

**Tableau XXX:** Répartition des patientes en fonction des schémas thérapeutiques ARV au cours de la grossesse actuelle.

Schémas pendant la grossesse	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
<b>1</b>	<b>24</b>	<b>54,5</b>	<b>4</b>	<b>80</b>	<b>2</b>	<b>100</b>
2	9	20,5	1	20	-	-
3	4	9,1	-	-	-	-
4	2	4,5	-	-	-	-
5	2	4,5	-	-	-	-
6	1	2,3	-	-	-	-
7	1	2,3	-	-	-	-
8	1	2,3	-	-	-	-
Total	44	100,0	5	100	2	100

Khi=3,253

ddl=14

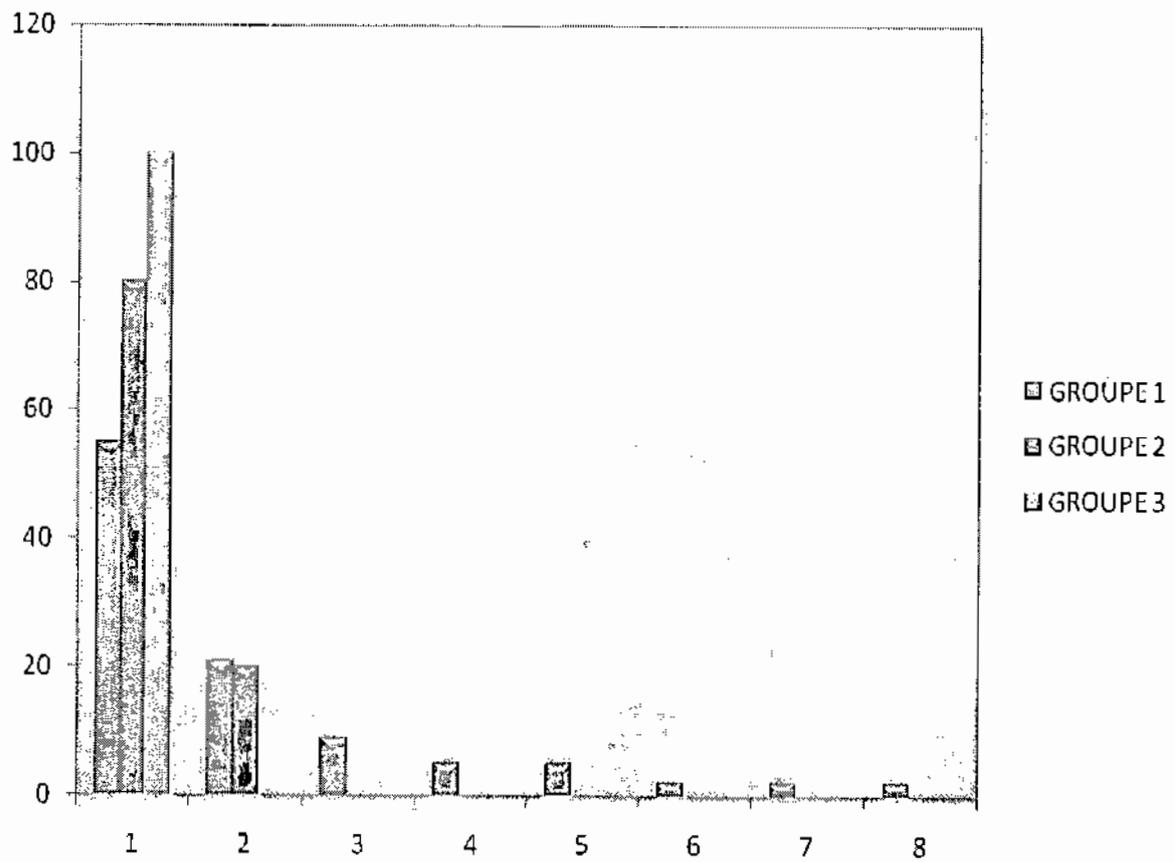
p=0,999

1=AZT+3TC+NVP ; 2=AZT+3TC+IDV ; 3=3TC+D4T+IDV ; 4=AZT+3TC+EFV ;

5=NVPmonodose ; 6=3TC+ABC+IDV/RTV ;

7=3TC+DDI+IDV ; 8=Non précisé

PTME itérative au CHU Gabriel Touré à propos de 51 cas



**FIGURE1** Répartition des patientes en fonction des schémas thérapeutiques ARV au cours de la grossesse actuelle.

**Tableau XXXI:** Répartition des patientes en fonction des schémas thérapeutiques ARV avant cette grossesse.

Schémas avant cette grossesse	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
<b>1</b>	<b>20</b>	<b>45,4</b>	<b>3</b>	<b>60</b>	<b>2</b>	<b>100</b>
2	8	18,1	1	20	-	-
3	5	11,4	-	-	-	-
4	5	11,4	1	20	-	-
5	1	2,3	-	-	-	-
6	1	2,3	-	-	-	-
7	1	2,3	-	-	-	-
8	1	2,3	-	-	-	-
9	2	4,5	-	-	-	-
Total	44	100,0	5	100	2	100

Khi=3,253

ddl=14

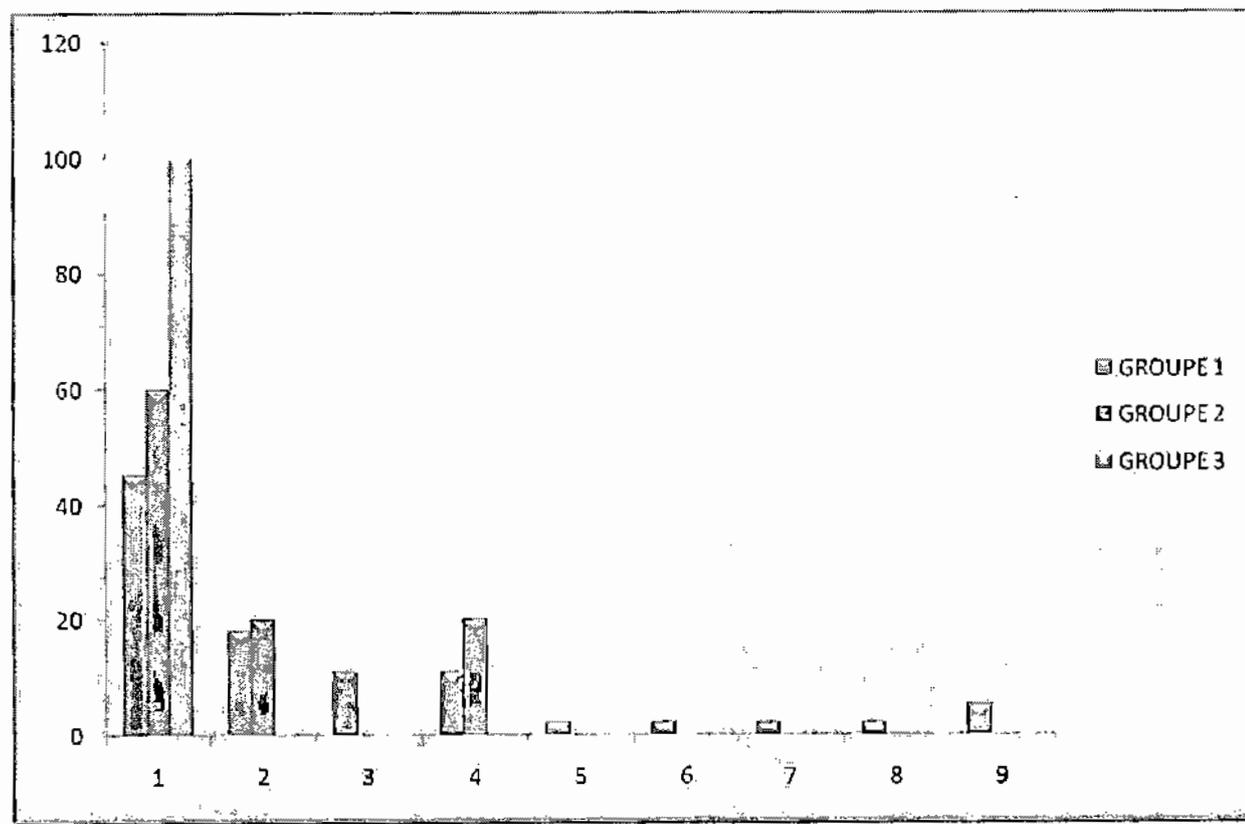
p=0,999

1= AZT+3TC+NVP ; 2= AZT+3TC+IDV ; 3=3TC+D4T+IDV ;

4= AZT+3TC+EFV ; 5=3TC+DDI+IDV ; 6= NVPmonodose ; 7=3TC+DDI+EFV ;

8=3TC+ABC+IDV/RTV ; 9= Pas de traitement

PTME itérative au CHU Gabriel Touré à propos de 51 cas



**FIGURE2** Répartition des patientes en fonction des schémas thérapeutiques ARV avant cette grossesse.

**5-DONNEES OBSTETRIQUES**

**Tableau XXXIV:** Répartition des patientes selon le type d'accouchement.

Type d'accouchement	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3		
	n	%	n	%	n	%	
voie basse	<b>34</b>	<b>77,2</b>	<b>3</b>	<b>60</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	
Césarienne	10	22,8	2	30	-	-	
Total	44	100,0	5	100,0	2	100	
Khi=1,385		ddl=2		p=0,500			

**Tableau XXXV:** Répartition des patientes en fonction des indications de césariennes.

Indication de césariennes	Groupe1		Groupe2		Groupe3	
	n	%	n	%	n	%
Dilatation stationnaire	<b>3</b>	<b>30</b>	-	-	-	-
IIG court sur utérus cicatriciel	2	20	-	-	-	-
Présentation de siège sur utérus cicatriciel	2	20	<b>1</b>	<b>50</b>	-	-
Condylomes vaginaux géants	1	10	-	-	-	-
Macrosomie+dépassement de terme	1	10	-	-	-	-
Pneumopathie dyspnéisante	1	10	-	-	-	-
BGR sur utérus cicatriciel	-	10	1	50	-	-
Total	10	100	2	100,0	0	100

Khi=12,894

ddl=18

p=0,798

**6- DONNEES RELATIVES AUX NOUVEAU-NES ET AUX NOURISSONS.**

**Tableau XXXVI:** Répartition des nouveau-nés en fonction du sexe.

Sexe des nouveau-nés	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
Masculin	<b>24</b>	<b>54,5</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>2</b>	<b>100</b>
Féminin	20	45,5	3	60	-	-
Total	44	100	5	100	2	100

Khi=2,545                      ddl=2                      p=0,280

**Tableau XXXVII:** Répartition des nouveau-nés en fonction de leur état à la naissance.

Etat des nouveau-nés	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
Vivant	<b>41</b>	<b>93,2</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>
Mort-né	3	6,8	-	-	0	0
Total	44	100	5	100	2	100

Khi=5,407                      ddl=2                      p=0,067

**Tableau XXXVIII:** Répartition des nouveau-nés en fonction de l'issue de la dernière grossesse.

Etat des nouveau-nés	Intervalle intergénéscique				Total
	< 18 mois	%	≥ 18 mois	%	
Vivant	2	9,1	1	3,5	3
Mort-né	20	<b>90,9</b>	28	<b>96,5</b>	<b>48</b>
Total	22	100	29	100	51

Khi=5,407                      ddl=2                      p=0,067

**Tableau XXXIX:** Répartition des nouveau-nés en fonction du score d'Apgar à la première minute à l'issue de la grossesse actuelle.

Apgar à la première minute	Groupe 1		Groupe 1		Groupe 2	
	n	%	n	%	n	%
0-3	3	6,8	-	-	-	-
4-7	0	-	2	40	-	-
8-10	<b>41</b>	<b>93,2</b>	<b>3</b>	<b>60</b>	<b>2</b>	<b>100</b>
Total	44	100,0	5	100	2	100

Khi=19,448

ddl=4

p=0,001

**Tableau XXXX:** Répartition des nouveau-nés en fonction du score d'Apgar à la cinquième minute à l'issue de la grossesse actuelle.

Apgar à la cinquième minute	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
0-3	3	7	-	-	-	-
4-7	2	4,5	1	20	-	-
<b>8-10</b>	<b>39</b>	<b>88,5</b>	<b>4</b>	<b>80</b>	<b>2</b>	<b>100</b>
Total	44	100,0	5	100,0	2	100

Khi=2,493

ddl=4

p=0,646

**Tableau XXXXI:** Répartition des nouveau-nés en fonction des ARV reçus à la naissance.

ARV a la naissance	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
1	4	9	4	80	2	100
2	36	81	1	20	-	-
3	1	2,3	-	-	-	-
4	3	7	-	-	-	-
Total	44	100	5	100	2	100

Khi=1,466

ddl=6

p=0,962

1=AZT 4mg/kg x 2/jr pendant 15jours + NVP en dose unique.

2=AZT 4mg/kg x 2/jr pendant 4 semaines + NVP en monodose

3=NVP + 3TC pendant 2 semaines (à cause de la rupture de stock de AZT)

4= Pas d'ARV reçu.

\*Les nouveau-nés n'ayant pas reçu d'ARV sont ceux qui sont décédés avant l'administration des ARV en salle d'accouchement.

**Tableau XXXXII:** Répartition des nouveau-nés en fonction de leur sérologie.

Sérologie	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
Séronégative	35	79,5	4	80	2	100
Non précisé	9	20,5	1	20	-	-
Total	44	100	5	100	2	100

Khi=0,508

ddl=2

p=0,776

Tous les enfants pour lesquels nous avons réalisé la sérologie avaient une sérologie 18 mois de vie négative.

**Tableau XXXXIII:** Répartition de la sérologie des nouveau-nés en fonction de l'intervalle intergénésiq.

Sérologie de l'enfant	Intervalle intergénésiq.				Total
	< 18 mois	%	≥ 18 mois	%	
Sérologie négative	15	68,2	26	89,6	41
Non précisé	7	31,8	3	10,4	10
Total	21	21	100	27	48
Khi=3,65		ddl=1		p=0,056	

**Tableau XXXXIV:** Répartition des nouveau-nés en fonction du type d'alimentation choisi par la mère.

Type d'alimentation	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
	n	%	n	%	n	%
1	-	-	-	-	-	-
2	44	100	5	100	2	100
Total	44	100	5	100	2	100
Khi=46,183		ddl=2		p=0,000		

1 -Allaitement

2- Alimentation artificielle

**COMMENTAIRES**

**ET**

**DISCUSSION**

## **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **1- ASPECT METHODOLOGIQUE**

Nous avons mené une étude de type rétrospective ; ce qui ne nous a pas permis d'être en contact avec les patientes. De ce fait les informations recueillies l'ont été à partir des dossiers des patientes. Ce ci a pu constituer une limite dans ce travail. En effet, une enquête au près des patientes aurait permis de mieux comprendre les motivations et les raisons véritables qui les ont amenées, malgré le contexte du VIH à contracter des grossesses de façon rapprochée. Certaines données pouvant améliorer la qualité de ce travail ont manqué.

Nous n'avons pas noté d'étude similaire dans la littérature, ce qui a pu être un facteur limitant dans la discussion.

### **2. FREQUENCE**

La fréquence des femmes VIH positif qui sont au moins à leur deuxième inclusion représente 0,71% de l'ensemble de cas d'accouchements dans le service. Ce faible taux de ré inclusion dans la PTME dans notre service s'explique par l'importance qu'accorde l'équipe de PTME du CHU Gabriel TOURE au suivi des enfants nés de mère VIH positif et qui s'étend sur une durée minimum de 18 mois. En effet une patiente incluse dans le cadre de la PTME au CHU Gabriel TOURE bénéficie d'un calendrier de suivi pour elle-même et pour son enfant laissant peu de place à la survenue d'une nouvelle grossesse. Les femmes séropositives, à l'observation, ne semblent pas faire plus de grossesses rapprochées que dans la population générale. Une étude comparative ou de cohorte pourrait aider à mieux préciser cet aspect.

### **3. DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES**

Près de 9 patientes sur 10 (86,3%) étaient à leur deuxième inclusion. Il s'agit de patientes jeunes le plus souvent (tableau VI), ayant une proportion élevée d'enfants décédés (tableau XII). L'âge moyen de nos patientes était superposable dans le Groupe 1 et le Groupe 2. La tranche d'âge 25-29 ans était la plus représentée, comme dans la plupart des travaux [6, 24].

Nos patientes du groupe 1 étaient surtout des ménagères dans la plupart des cas, donc moins informée quant aux méthodes d'espacement des naissances alors que celles du groupe 2 et 3 étaient fonctionnaires dans respectivement 60% et 50% des cas. Dans chacun des groupes, plus de la moitié des patientes étaient dans un régime monogamique. Nos résultats se rapprochent de ceux obtenus à l'issue de trois études faites au Mali [6, 18, 21] qui ont noté un taux élevé de régime monogamique. Doumbia D [16] par contre a trouvé dans son travail que les patientes vivaient dans un régime polygamique dans 91,46% des cas. Le régime monogamique élevé dans notre étude peut s'expliquer par le fait que la majorité des conjoints est informé (59% dans le groupe 1, 60% dans le groupe 2 et 50% dans le groupe 3) et les couples préfèrent surtout contracter plusieurs grossesses avant le stade de la manifestation de la maladie. Avec l'avènement de la trithérapie, la survie des patientes a été améliorée et le taux de transmission mère enfant du VIH a diminué [16]; ce qui a pu amener nos patientes infectées par le VIH à avoir beaucoup d'enfants.

La gestité moyenne chez nos patientes étaient de 4,57 pour le groupe 1 malgré leur jeune âge et 3,14 pour le groupe 2 avec respectivement pour parité 3,22 et 2,57. Les multigestes et les paucipares ont été les plus représentées dans les deux groupes avec respectivement 48% et 45,5% pour le groupe 1 et 80%, 80% pour le groupe 2. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que certaines de nos patientes avaient un ou deux enfants décédés (41% pour le groupe 1 et 60% pour le groupe 2). Ces antécédents de décès ont entre autres contribué à de nouvelles

inclusions de ces patientes dans la PTME, de même que la possibilité d'avoir des enfants sains et aussi la crainte de mourir sans enfants.

Dans notre étude, les méthodes contraceptives ont été très peu utilisées (16% de nos patientes du groupe 1 et aucune patiente des groupes 2 et 3). Cette différence se justifie par le fait que toutes ces femmes des groupes 2 et 3 ont un désir accru d'avoir des enfants et aussi par l'absence d'unité de conseils en matière de planning familial dans notre service ou le refus d'aller dans les autres centres de planification familiale à cause de la crainte d'être stigmatisée.

Le partage de l'information avec les conjoints est capital dans la prise en charge des femmes séropositives. Il contribue à l'amélioration de la prise en charge de la gestante séropositive et améliore le suivi du nouveau-né. Dans notre série, plus de la moitié des patientes (59%) pour le premier groupe et 60% pour le second ont informé leur conjoint de leur statut, résultats sont similaires à ceux de Tinfa L [41] qui a trouvé que 48,6% de conjoints avaient été informés. Bien que ces conjoints aient été informés de la sérologie de leur épouse et malgré le risque de contamination, le désir d'avoir des enfants était plus fort les amenant ainsi à ne pas se protéger lors des rapports sexuels.

Plus le nombre d'inclusion augmente, plus les patientes avaient une expérience dans la PTME et plus le nombre de CPN a augmenté. (Tableau XIX). Il en a été de même chez Bagayoko A [6] qui a trouvé que la grande majorité des patientes avait fait au moins 4 CPN. Le taux élevé de CPN dans notre série s'explique par le rapprochement des consultations au voisinage du terme, comme dans toutes les grossesses à risque et la détermination du risque éventuel de la TME du virus nécessitant des consultations plus fréquentes. Aussi peut on citer le stress qu'engendre la grossesse chez ces patientes infectées par le VIH.

Quoique notre taux de ré inclusion soit faible comparativement à la population générale, nous pensons que les patientes VIH devraient avoir un

intervalle inter génésique plus long (au moins 2 ans) afin de mieux organiser le suivi de leurs enfants.

#### **4- DONNEES RELATIVES A LA VIROLOGIE ET A L'IMMUNOLOGIE.**

Sur les 51 patientes, 39 (34 du groupe1, 4 du groupe2 et 1 du groupe3), avaient fait une charge virale (76,5%). Pour ce qui est de l'évaluation des T CD4, 95,4% des patientes du groupe1, 100% du groupe 2 et 50% du groupe 3 ont bénéficié d'un dosage de T CD4. Ce taux significativement élevé chez les patientes des groupes 2 et 3 contrairement à celui observé dans le groupe 1 peut se justifier par les patientes des groupes 2 et 3 ont plus d'expérience en matière de PTME et donc connaissent mieux l'importance du bilan virologique et immunologique que celles qui ne sont qu'à leur deuxième PTME.

Quarante cinq virgule deux pour cent (45,2%) des patientes du groupe 1 avaient une valeur de T CD4 inférieur à 350 cellules/mm<sup>3</sup> tandis que toutes celles du groupe 2 et 3 avaient des valeurs de T CD4  $\geq$  500 cellules/ mm<sup>3</sup>. Nos résultats sont comparables à ceux observés à NICE où sur 22 femmes séropositives, une augmentation significative de T CD4 et une charge virale comparable entre les grossesses ont été remarquées [3]. Cette étude nous montre que les paramètres immuno-virologiques des mères sont souvent stables d'une grossesse à l'autre espacée en moyenne de trois ans et demi, au prix d'une intensification de traitement chez moins d'un tiers d'entre elle [3]. Les dosages des T CD4 et de la CV sont indispensables dans le suivi de la femme enceinte séropositive.

#### **5-DONNEES RELATIVES AUX ARV CHEZ LA MERE ET A L'ACCOUCHEMENT**

Les protocoles thérapeutiques ont été fonction du type de VIH. Dans notre étude 95,5% des patientes du groupe 1 et 100% des groupes 2 et 3 souffrent de VIH de type 1. Le régime ARV utilisé dans le service au cours de notre étude

était dominé par la trithérapie (93,2%) dont l'efficacité n'est plus à démontrer dans la PTME [9, 24]. Le schéma thérapeutique utilisé repose sur AZT + 3TC + NVP dans 54,5% des patientes du groupe1, 80% pour celles du groupe2 et 100% pour celles du groupe 3, ce résultat est similaire à celui observé par DOUMBIA D [16]. Seulement 4,5% des patientes du groupe 1 étaient sous monothérapie à base de la névirapine pendant la grossesse actuelle. Avant la grossesse Il est à noter que le schéma thérapeutique administré est resté inchangé chez nos patientes. Seulement les patientes du groupe 1 et 2 ont très peu utilisé ce schéma (AZT + 3TC + NVP), contrairement à celles du groupe 3 ; cette différence peut s'expliquer par le fait qu'elles ont arrêté le traitement et l'ont repris pendant la grossesse actuelle ou alors, elles ont eu une rupture entre temps.

Nous avons noté un changement d'ARV uniquement dans le groupe1 (11,4%) lors de la grossesse actuelle. Le schéma thérapeutique remplacé était AZT + 3TC + EFV au profit de AZT + 3TC + NVP (20% des patientes). Le motif de changement des molécules avait été la grossesse et les échecs thérapeutiques (5,88%).

La voie d'accouchement, dans le cadre de la PTME est entre autre dictée par la charge virale. Dans notre série, étant donné que la plupart des patientes avait une charge virale indétectable (Tableau XXIII), le mode d'accouchement le plus fréquent a été la voie basse avec 77,2% pour le groupe 1; 60% pour le groupe2 et 100% pour le groupe 3, contre 22,8% de césarienne pour le groupe 1 et 30% pour le groupe 2. Ceci pourrait s'expliquer par l'efficacité des ARV utilisés au cours de la grossesse chez toutes nos patientes. Ces césariennes observées dans le groupe 1 et 2 avaient pour indications respectives la dilatation stationnaire (30%), et la présentation de siège sur utérus cicatriciel (50%). Nous pensons comme la plupart des auteurs [11,37] que l'accouchement par voie basse doit être « privilégié » chez les patientes séropositives ayant une trithérapie efficace.

## **6- DONNEES RELATIVES AUX NOUVEAU-NES ET AUX NOURISSONS.**

Les accouchements ont abouti à une naissance vivante dans 93,2% des patientes du groupe 1 et 100% de celles du groupe 2 et 3. Nous avons noté des mort-nés uniquement dans le groupe 1. Les supports que nous avons utilisés ne nous ont pas permis d'argumenter ou d'expliquer la cause de ces décès dans le groupe 1 ; mais seulement le taux élevé d'enfants vivants quel que soit le groupe donne à ces femmes le regain bien plus leur intégration dans la société et les encourage dans de nouveaux désirs de grossesse.

La bithérapie a été le protocole le plus utilisé dans tous nos groupes (81% pour le groupe 1, 80% pour le groupe 2 et 100% pour celles du groupe 3).

Le conseil en alimentation est initié pendant la grossesse et poursuivi dans le post-partum. Il est basé sur le choix éclairé des patientes guidé par le conseiller ou la conseillère. Toutes nos patientes quel que soit le groupe ont opté pour l'alimentation de remplacement. Ceci pourrait s'expliquer par leur expérience dans la PTME et le fait que sous alimentation de substitution, elles ont déjà eu des enfants dans la cadre d'une PTME antérieure des enfants séronégatifs.

Nos nouveau-nés qui ont bénéficié de la sérologie à 18 mois de vie sont négatifs. Plus les femmes séropositives ont de l'expérience dans la PTME, plus elles observent le traitement ARV et ont une forte probabilité d'avoir des enfants sains.

**CONCLUSION**

**ET**

**RECOMMENDATIONS**

### **Conclusion**

Notre étude avait pour but d'étudier la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) itérative chez les femmes enceintes séropositives au VIH dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel Touré.

La fréquence des femmes VIH positif qui sont au moins à leur deuxième inclusion dans la PTME par rapport aux accouchées durant cette période a été de 0,71%.

La majorité de nos patientes étaient dans un régime monogamique (66% pour celles du groupe 1, 60% et 100% respectivement pour celles du groupe 2 et 3) et des ménagères le plus souvent (61% pour les patientes du groupe1, 40% celles du groupe2 et 50% pour celles du groupe3).

Les mères étaient âgées de 21-29 ans dans 50% groupe1 et 40% groupe2 des cas. Toutes nos patientes du groupe3 ont un âge supérieur ou égal à 35 ans.

Le schéma thérapeutique le plus prescrit était AZT + 3TC + NVP ou AZT + 3TC + IDV pendant la grossesse actuelle. Le changement des ARV n'était observé que chez nos patientes du groupe1 (11,4%). L'Efavirenz a été remplacé par la névirapine dans le schéma thérapeutique du fait de la grossesse dans 5,88%.

La PTME est une activité courante et régulière dans notre service. Ainsi plusieurs patientes consultent pour des ré inclusions. Ces patientes posent des problèmes spécifiques notamment l'insuffisance d'information sur l'espacement des naissances. La mise en place d'une unité de planification familiale couplée au suivi de qualité des patientes devraient permettre de réduire d'avantage notre taux de PTME itérative et d'améliorer le suivi et la santé des mères VIH positif et de leurs enfants.

## **Recommandations**

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

### **1. A la population et aux gestantes**

- Faire suivre les grossesses dès leur début et de façon régulière.
- Se faire dépister systématiquement pour connaître le statut sérologique spécifique lors des visites prénuptiales.
- Fréquenter et suivre les CPN
- Informer les conjoints quant à leur sérologie
- Faire la planification familiale, pour l'espacement des naissances.
- Faire les consultations post natales qui doivent déboucher sur la PF

### **2. Au personnel de la santé**

- Faire une proposition systématique du test VIH au cours des consultations prénatales et de planification familiale.
- Adresser les enfants nés de mères VIH positif dans un service adapté pour leur suivi jusqu'à 18 mois au moins.
- Proposer, sensibiliser et éduquer la population sur l'espacement des naissances.
- Sensibiliser les femmes VIH positif pour une meilleure participation aux consultations post natales

### **3. Aux autorités sanitaires**

- Renforcer et intensifier des campagnes de planification familiale

### **4. Au chef de service de gynécologie obstétrique.**

- Mettre en place une unité de planification familiale dans le service

# REFERENCES

## REFERENCES

### 1- AG Bazet

Évaluation des facteurs de risques de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

These Med, Canada, 1995; 32: 85.

### 2- Amadou H A

Préparation d'une évaluation de la séroprévalence du VIH en population générale au Niger : quels prélèvements ? Pour quels tests?

These pharm., Bamako, 2002, p.118

### 3- Anonyme

[www.sidaventure.net](http://www.sidaventure.net)

Statistiques sur les accès. Consulté le 07/01/08

### 4- Anonyme

Influence de grossesses itératives sur le pronostic materno foetal chez des patientes infectées par le VIH1

Rédigé le 23 avril 2008.

### 5- Arnaudies M, Bary M, Caron C, Cosse E, Lot F, Mandelbrot L, Matheron S, Mossuz-Laviau J, Rwegera B, Taburet A, Tubiana R et al:

Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Flammarion, Médecine-Paris, 2002 ; P270.

**6- Bagayogo A.** Prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH dans le service de gynécologie - obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré à propos de 72 cas. Thèse Médecine, Bamako; 2004; 6: 81.

**7- Blanche S, Mayaux M J:** L'infection à VIH de la mère et de l'enfant, taux de transmission et facteurs de risque, 1998; 76: 25-31.

**8- Bounds W.**

Female condom. Eur J Contracept Reprod Health Care 1997; 2: 113-116.

**9- Camara B.**

Faible poids de naissance : fréquence et facteurs de risque dans le district de Guediawaye (Banlieu de Dakar - Servy)

Med.Afr.Noire :1996, 43(5) 260-263 ; .3

**10-CPS/MS, DNIS/MPAT, Demographic and health surveys (EDS-IV) ORC Macro International, inc. Calverton, Maryland, USA:**

Enquête démographique de santé Mali IV 2006 (EDS IV/MALI), Avril 2007.

**11- Dabis F et al:**

Response to highly active antiretroviral therapy in low and mode of delivery in prevention of vertical HIV transmission. AIDS 2005; 22: 22-25.

**12- Delfraissy JF.**

Prise en charge des personnes infectées par le VIH.

Paris : Flammarion, 2002 ; 267-70.

**13- Delfraissy JF et al.**

Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le V I H. (Paris) Rapport 2004 ; P186-187.

**14-Diaz T, Schable B, CHU S.Y et al.**

Relationship between use of condoms and other forms of contraception among human immunodeficiency virus-infected women. Obstet Gynecol 1995; 86:277-282.

**15- Diouf A, Kebe F, Faye E. O, Diallo D, Ndour Sarr. A, Mboup S, Diadhiou F:**

L'infection par le VIH chez la femme enceinte à Dakar (Sénégal). Jr Gynecol Obstet Biol Reprod 1996 ; 23 , 3 : 283-7.

**16-Doumbia D.**

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH de Janvier 2002 à Décembre 2005 dans le service de Gynéco obstétrique du CHU Gabriel Touré. Thèse de Médecine, Bamako 2008.78-83

**17- European mode of delivery collaboration:**

Elective cesarian section versus delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomized trial.

Lancet 1999; 353:1035- 39

**18-Guindo A.**

Etude de la prévalence des principaux agents pathogènes responsables de MST/SIDA dans une population de femmes en âge de procréer dans le centre de santé de la commune II du district de Bamako.

Thèse Pharmacie, Bamako 1994; 3: 147.

**19- Iliff P. J, Piwoze E, Tavengwa C. D, Marinda E.T, Nathoo K. J et al:**

Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV- free survival. AIDS 2005 Apr 29; 19(7): 699-708.

**20- Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée- Fondation Internationale Léon Mba**

**Faculté de Médecine Xavier Bichat**

Mémento thérapeutique du VIH /SIDA en Afrique, Paris 1990.

**21- Kattrra N M.**

Etude de la prévalence des MST/VIH et des facteurs de risque de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes dans les régions de Koulikoro, Sikasso et Mopti en République du Mali Thèse Pharmacie, Bamako, 1999; 60:96.

**22- Landreau M. A., Mandelbrot L., Rekacwicz C. et al.:**

Lamivudine- Zidovudine combinaison for HIV1.Jama 2001; 285 (16): 2083-93.

**23- Mandelbrot L, Jourdain G, LE Coeur S et al.**

Lamivudine –Zidovudine combination for prévalence of maternal – infant transmission of H I V-1.Jama 2001; 285 (16): 2083 – 93.

**24- Maiga M. Y:**

Problématique de la migration des MST et du SIDA dans la région de Sikasso. Thèse Médecine, Bamako, 1999; 76: P107.

**25- Mandelbrot L:**

Grossesse et V I H. Rév Prat 1990 ; 49 : 1757-1762.

**26- Ministère de la santé /Direction nationale de la santé / Division de la santé de la reproduction au Mali:**

Rapport PTME 2005.

**27- Ministère de la santé/Cellule de coordination du comité sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA au Mali:**

Formation en counseling intégrant la planification familiale dans les activités de lutte contre le VIH et le SIDA.

Manuel de référence, Octobre 2007

**28- Ministère de la santé/Cellule de coordination du comité sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA au Mali:**

Politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH/SIDA, Mars 2008

**29- Ministère de la santé/Cellule de Coordination du comité sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA:**

Politique et protocole de prise en charge anti rétrovirale du VIH/SIDA. Bamako Janvier 2006; P63.

**30- Ministère de la santé/Cellule de coordination du comité sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA:**

Compétence en counseling en matière de VIH/SIDA. Manuel de référence. Août 2006

**31- MOULIN M ; COQUEREL A.**

Médicaments anti viraux. Abrégés pharmacologie. Masson. Paris 2002. 2<sup>e</sup> édition. 269-293

**32- OMS:**

Antiretroviral drugs and the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in resource limited settings. Expert consultation, Geneva, 5-6 February 2004.

**33- OMS:**

Centre des medias. Aide mémoire. Grossesse et VIH/SIDA. Juin 2000; 250: P1-2.

**34- Ouattara M.**

Association cancer du col de l'utérus et infection par le virus de l'immunodéficience humaine dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 53 cas. Thèse Médecine Bamako 2005 ; 140 :82.

**35-Renaud M.C.**

Sémiologie et observation médicale  
Medline Editions Estem. 371pages.

**36- Sanou I, Traoré A, Kam K.L, Ye D, Koueta K, Dao L, Zeba B, Sawadogo S.A.**

Morbidité et mortalité néonatale au centre hospitalier national yalgado-ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) de 1993-1997.

Burkina Méd.1998, n°1, 18-22.

**37- Shapiro D et al:**

Elective cesarean- section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomized clinical Trial CROI 2004; 353(9181):1035.

**38- Sissoko S.**

Les lésions dysplasiques du col de l'utérus dans quatre centres de santé de bamako. Thèse Médecine 2005; 145:82.

**39-Taha T. E, Hoover D. R, Dallabetta G. A, Kumwenda N. I, Mtima L. A, Yang L. P, Liomba G. N, Broadhad R. L, Chipangui J. D, Miotti P. G:**  
Bacterial vaginosis and disturbances of vaginal flora : association with increased acquisition of HIV. AIDS 1998; 12-13: 1699-1706.

**40- Tinddyebwa D, Kayita J, Musoke P and al:**

Handbook on paediatric AIDS in Africa .2004 ANECCA (African Network for the Care of Children Affected by AIDS). RCQBC, FHI, USAID 5-6 April 2004

**41- Tinja L.**

Les petits poids de naissance nés de mères séropositives au VIH dans le service de Gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré. Thèse de Médecine, Bamako 2008. 55-59

**42- Zongo B**

Prise en Charge Psychosociale des PVVIH/SIDA dans trois centres sociaux de Porto-Novo au Bénin. Coordonnateur du CRADES (Centre de Recherche et d'Appui du Développement de la Santé à la Base) et médecin en service au Centre Hospitalier de Pneumo-phtisiologie de Akron – Bénin Méd.1998, n°1, 18-22.

**43-** Task force on postovulatory methods of fertility regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet 1998; 352: 428-433.

# ANNEXES

LES FEMMES A LEUR 2<sup>ème</sup> PTME

FICHE D'ENQUÊTE

**I. Identité et information sur la mère :**

Q1 Numéro du dossier :.....

Q2 Nom et prénom :.....

Q3 AGE (année) :.....

Q4 Adresse complète à Bamako :

Quartier :..... Rue :..... Porte :..... Tel :.....

Q5 Résidence habituelle:.....

1-Urbaine 2-Périurbaine 3-Rurale

Q6 Ethnie :

1-Bambara 2-Peuhl 3-Dogon 4-Malinké 5-Sénoufo 6-Sonrhäï

7-Sarakolé 8-Somono/Bozo 9-Autre, préciser :.....

Q7 Etat matrimonial :

1-Mariée 2-Célibataire 3-Veuve 4-Divorcée

Q8 1-Monogame  2-Polygame

Q9 Rang d'épouse 1<sup>ère</sup>  2<sup>ème</sup>  3<sup>ème</sup>  4<sup>ème</sup>

Q10 Profession de la femme :

1-Ménagère 2-Fonctionnaire 3-Elève / Etudiante 4-Commerçante

5-Aide ménagère 6-Sans profession 7-Vendeuse 8-Maraîchère/Agricultrice

9-Autre, préciser :.....

Q11 Niveau d'étude de la femme

1-Primaire I 2-Primaire II 3-Secondaire 4-Supérieur

Q12 Aptitudes éducatives :

1-Analphabète 2-Sait lire et écrire en langue nationale

3-Sait lire et écrire en arabe 4-Sait lire et écrire en français

**Q13** Mode d'entrée

- 1-Service de gastro 2- Médecine interne 3- CESAC 4- Clinique privée  
5- Maternité HGT 6-Autres (précisée) .....

**Q14** Type de VIH

- 1-VIH1 2- VIH2 3-VIH1+2

**Q15** Délai de diagnostic à la 1<sup>ère</sup> inclusion

- 1- < 6 mois 2- entre 6 et 12 mois 3- ≥12 mois

**Q16** Antécédents obstétricaux :

Gestité :..... Parité :..... Nombre d'enfant (s)

vivant(s) saint(s):..... Nombre d'enfant (s) vivant(s) porteur(s):.....

Nombre d'avortement(s) :..... Nombre d'enfant(s) décédé(s) :.....

Intervalle inter génésique (mois) :.....

**Q17** Antécédents sur la grossesse actuelle :

a-Date de la 1<sup>ère</sup> inclusion

- 1-1<sup>er</sup> trimestre 2- Au 2<sup>ème</sup> trimestre 3- au 3<sup>ème</sup> trimestre 4- Imprécis

b-Nombre d'inclusion

- 1-Préciser 2- Imprécis

**II. Accouchement**

**Q18** Mode d'accouchement

- 1- Voie basse 2- Voie haute ( césarienne)

**Q19** Episotomie

- 1-Oui 2- Non 3- Indication

**Q20** Délivrance

- 1- Normale 2-Artificielle 3- Active dirigée

**Q21** Suite de couches

- 1- Simple 2- Compliquée lesquelles.....

**Q22 Grossesse multiple**

1- Monofoetale 2- Gémellaire 3- Triple

**Q23 Terme d'accouchement**

1-Oui 2- Non

**Q24 Pré maturité**

1-Oui 2- Non

**Q25 Terme prolongé**

1-Oui 2- Non

## **RENSEIGNEMENT SUR L'ENFANT**

### **I A la naissance**

**Q26 Apgar** - à la 1<sup>ère</sup> miu.....

-à la 5<sup>ème</sup> min.....

-à la 10<sup>ème</sup> min.....

**Q27 Prise des ARV**

1- Oui : 2- Non :

**Q28 Si oui quel régime**

1-Monothérapie 2-Bithérapie 3-Trithérapie

**Q29 Allaitement**

1-Maternel 2-Artificiel 3-Mixte

**Q30 PCR à 1 mois**

1-Positive 2- Négative 3- Non faite

**Q31 Administration de Cotrim à 1 mois de vie**

1-Oui 2- Non

**Q32 PCR à 3 mois**

1-Positive 2- Négative 3- Non faite

**Q33 PCR à 6 mois**

1-Positive 2- Négative 3- Non faite

**Q34 Sérologie VIH faite**

1- Oui 2 - Non

**Q35 Si oui résultat**

1-Positive 2- Négative

### **III SUIVIE DE LA MERE : TRAITEMENT ARV**

**Q36 Traitement QRV**

1- Oui 2- Non

**Q37 Changement de traitement ARV au cours de la 1<sup>ère</sup> inclusion**

1-oui 2- non

Si oui Pourquoi ? .....

Préciser le traitement .....

**Q38 Arrêt de traitement ARV après accouchement**

1- Oui 2- Non

**Q39 Reprise de traitement ARV lors de la 2<sup>ème</sup> inclusion**

1- Oui 2- Non

Si oui même protocole

Si non préciser nouveau traitement .....

**Q40 Changement de traitement ARV au cours de la 3<sup>ème</sup> inclusion**

1-oui 2- non

Si oui Pourquoi ? .....

Préciser le protocole.....

**Q41 Arrêt de traitement ARV après accouchement**

1- Oui 2- Non

**Q42** Reprise de traitement ARV lors de la 4<sup>ème</sup> inclusion

1- Oui 2- Non

Si oui même protocole

Si non préciser nouveau traitement.....

**Q43** Même protocole au cours des différentes inclusions

1- Oui 2- Non

Si oui préciser le protocole.....

Si non préciser le protocole de la 1<sup>ère</sup> inclusion.....

+ le protocole de la 2<sup>ème</sup> inclusion.....

+ le protocole de la 3<sup>ème</sup> inclusion.....

+ le protocole de la 4<sup>ème</sup> inclusion.....

#### **IV NOUVEAU NE**

**a- A la 1<sup>ère</sup> inclusion**

**Q44** Sexe

1-Masculin 2- Féminin

**Q45** Etat du NNé

1- Mort né 2- décédé à la maternité 3- vivant 4- Autres ; préciser.....

**Q46** Sérologie du NNé

1- Négative 2- Positive

**Q47** Type d'alimentation du NNé

1- Maternel 2- Artificiel 3-Mixte 4- Imprécis

**Q48** Type d' ARV du NNé

1-Monothérapie 2-Bithérapie 3-Trithérapie

+ Préciser l'ARV.....

**b- A la 2<sup>ème</sup> inclusion**

**Q49** Sexe

1-Masculin 2- Féminin

**Q50** Etat du NNé

1- Mort né 2- décédé à la maternité 3- vivant 4- Autres ; préciser.....

**Q51** Sérologie du NNé

1- Négative 2- Positive

**Q52** Type d'alimentation du NNé

1- Maternel 2- Artificiel 3-Mixte 4- Imprécis

**Q53** Type d' ARV du NNé

1-Monothérapie 2-Bithérapie 3-Trithérapie

+ Préciser l'ARV.....

**c- A la 3<sup>ème</sup> inclusion**

**Q54** Sexe

1-Masculin 2- Féminin

**Q55** Etat du NNé

1- Mort né 2- décédé à la maternité 3- vivant 4- Autres ; préciser.....

**Q56** Sérologie du NNé

1- Négative 2- Positive

**Q57** Type d'alimentation du NNé

1- Maternel 2- Artificiel 3-Mixte 4- Imprécis

**Q58** Type d' ARV du NNé

1-Monothérapie 2-Bithérapie 3-Trithérapie

+ Préciser l'ARV.....

## FICHE SIGNALETIQUE

**Titre de la thèse :**

Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) itérative dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré à propos de 51 cas

**Auteur :** ATCHESSI KAMAMBINOU WILLIAM

**Année de soutenance :** 2008-2009

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays de soutenance :** MALI

**Secteur d'intérêt :** Gynéco Obstétrique.

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

**E-Mail :** kamatchesswill@yahoo .fr

**Résumé:**

Notre étude de type rétrospective descriptive et analytique a été réalisée dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Touré de Mai 2005 à Février 2008.

Son objectif principal était d'étudier la prise en charge chez les femmes qui sont au moins à leur deuxième inclusion à la PTME dans le service.

Nous avons enregistré **51 cas** de PTME itérative sur un total de **7171** accouchements soit une fréquence de **0,71%**. Quatre vingt six virgule trois pour cent (86,3%) de nos patientes étaient à leur deuxième inclusion, 9,8% à leur troisième inclusion et 3,9% à leur quatrième inclusion.

L'âge moyen de nos patientes était superposable dans le Groupe 1 et le Groupe2. La tranche d'âge de 25-29 ans était la plus représentée.

Nos patientes du groupe1 étaient surtout des ménagères alors que celles du groupe 2 et 3 étaient fonctionnaires dans respectivement 60% et 50% des cas.

Le schéma thérapeutique ARV le plus prescrit était la trithérapie (AZT + 3TC +NVP ou AZT + 3TC + IDV). Le principal motif de changement de traitement a été la grossesse. L'observance de ce schéma thérapeutique montre un résultat positif car tous les enfants quel que soit le groupe sont séronégatifs.

La place de planification familiale est à remarquer pour les femmes séropositives car des grossesses rapprochées pourraient être néfastes pour leur propre vie et celle de l'enfant.

**Mots clés**: Inclusion, VIH, grossesse, PTME itérative, planification familiale

## 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 reçue 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 !**