

**Ministère des Enseignements
Secondaire, Supérieur et de la
Recherche Scientifique**

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Université de Bamako



**UNIVERSITE DE BAMAKO
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie**

Année Universitaire: 2007-2008

N°-----/

THESE

**PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION VIH/
SIDA SUR GROSSESSE DANS LE SERVICE DE
GYNECO-OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL
NIANKORO-FOMBA DE SEGOU.**

*Présentée et soutenue publiquement le...../.../...../ àHeures devant la
Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali*

*Par Monsieur **Seydou SOGOBA***

*Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine** (DIPLOME D'ETAT)*

Examineurs:

Présidente du Jury:	Pr. SY	Assata	SOW
Membre:	Dr. Soumana Oumar		TRAORE
Co-directrice de thèse:	Dr. Bintou-Tine		TRAORE
<i>Directeur de thèse:</i>	Pr. Mamadou		TRAORE

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur SY ASSATA SOW

Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).

Chef de service de Gynécologie Obstétrique au Centre de Santé de Référence de la Commune II.

Présidente de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).

Membre de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO).

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Véritable bibliothèque vivante, vous n'avez cessé de nous fasciner par votre simplicité, la splendeur de vos enseignements et l'ampleur de votre expérience .Nous avons très tôt compris et apprécié votre dévouement pour la formation des médecins.

Nous vous prions, cher maître, d'accepter nos sincères remerciements

A notre maître et co-directrice de thèse

Docteur Sidibé Bintou Tine Traoré

Gynécologue obstétricienne a l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou
Ancien chef de service.

Cher maître,

C'est l'occasion pour nous de vous remercier très sincèrement pour avoir participé activement à l'élaboration de ce travail. Votre disponibilité, vos conseils et votre encouragement ont été d'une aide capitale à la réalisation de ce travail.

Puisse Allah le Tout-puissant vous donner une longue vie.

Veillez agréer, cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre grand respect.

A notre maître et juge

Docteur Soumana Oumar Traoré

Gynécologue obstétricien au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

Cher maître.

C'est l'occasion pour nous de vous remercier très sincèrement pour avoir participé avec rigueur à ce travail. Votre disponibilité, vos conseils et vos critiques judicieux ont été d'une aide capitale à la réalisation de ce travail. Votre courage, cher maître, sert pour nous un tremplin dans notre future vie professionnelle.

Veillez agréer, cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre grand respect.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Mamadou TRAORE

Professeur agrégé de Gynécologie Obstétrique ;

Secrétaire général adjoint de la SAGO ;

Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle ;

Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Coordinateur national de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA du Mali.

Cher maître,

Ce travail est le vôtre, vous n'avez ménagé aucun effort pour sa réussite. C'est un grand honneur pour nous de compter parmi vos élèves. Vos immenses qualités d'homme de science et maître formateur ; votre courage et abnégation dans le travail font de vous un modèle à suivre. Cher maître, puisse Allah l'Omnipotent vous accorder une longue vie afin que vous continuez à former les jeunes cadres de la santé.

Veillez agréer, cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre grand respect pour tous les efforts consentis.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN : Acide désoxyribonucléique

AIDS: Acquired immunodeficiency syndrome

ARN: Acide ribonucléique

AZT: Zidovudine

CD4: Cluster of Differentiation4

CDC: Center for disease control

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CPN:Consultation Périnatale

CSRéf : Centre de santé de référence

CTV : Conseil_Test_Volontaire

DNS : Direction Nationale de la Santé'

IEC : Information- Education-Communication

Ig ; immunoglobuline

IMMAARV : Initiative Malienne d'accès aux Antirétroviraux

IST : Infection sexuellement transmissible

NVP : Névirapine

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONUSIDA : Programme commun des nations Unis sur le VIH

PCR : Polymérase Chain Reaction

PTME : Prévention de la transmission Mère /Enfant du VIH/SIDA

PVVIH : Personne vivant avec le VIH

SIDA : Syndrome Immunodéficience Acquise

SPSS : Statistical Package For Social Sciences

3TC : Lamivudine

TME:Transmission Mère/Enfant

VIH: Virus de L'Immunodéficience Humain

SOMMAIRE

	Pages
I- INTRODUCTION	7
II –OBJECTIFS	11
III- GENERALITES	12
IV – METHODOLOGIE	31
V- RESULTATS	41
VI- COMMENTAIRES	66
VII –CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	71- 72
VIII - REFERENCES	77
IX- ANNEXES	84

INTRODUCTION

Le syndrome de l'immuno déficience Acquise (SIDA) est dû à un virus, celui de l'immuno déficience humaine lequel après l'infection de l'homme entraîne la baisse du système immunitaire, favorisant l'atteinte de l'organisme par les autres agents infectieux (14).

Le virus de l'immuno déficience humaine (VIH) atteint en effet les lymphocytes TCD4 ; les macrophages ; les cellules de langheran ; les cellules de la microglie et les cellules dendritiques folliculaires (36).

De part son expansion mondiale, sa mortalité élevée et l'absence de thérapeutique radicale, l' Infection VIH constituent un grave problème de santé publique. Les femmes et les enfants constituent les cibles les plus vulnérables depuis le début de cette pandémie.

En fin 2005 l'ONU/SIDA estimait à 40,3 millions le nombre de personnes infectées par le VIH. Selon le même rapport 2,3millions d'enfants de moins de 15ans vivent avec le VIH/SIDA ; 570.000 en sont décédés et 700.000 ont été nouvellement infectés. L'Afrique subsaharienne reste la zone la plus touchée Par la pandémie car bien qu'elle ne compte que 10% de la population mondiale, c'est la que naissent 90% des enfants infectés par le VIH ; sans l'effet combiné d'une prévalence élevée de l'infection, d'un fort taux de natalité et aussi de l'absence de prise en charge correcte des mères (31). Au Mali les premiers cas ont été signalés en 1985 et l'enquête démographique de santé au Mali en 2001(EDSM III) donnait une séroprévalence globale de 1,7% dans la population générale (26) et en 2007(EDSMIV) 1,3%(35).

De nos jours le SIDA chez les enfants connaît une évolution plus qu'inquiétante. En effet depuis le début de la pandémie plus de 90% des enfants infectés ont été contaminés pendant la grossesse, le travail ,l'accouchement, ou après celui-ci par le biais du lait de mère (30).

Le taux de transmission mère enfant du VIH est de l'ordre de 15% dans les pays développés et de 30% dans les pays en voie de développement. Aujourd'hui, la PTME devient donc l'élément central de la riposte au VIH (14-37).

Ainsi face aux avancées récentes en matière de réduction de cette transmission, le Mali à l'instar des autres pays en développement a initié par une étude opérationnelle en 2001 à travers l'IMAARV (Initiative Malienne d'accès aux antirétroviraux) un protocole de PTME de VIH, avec un des objectifs du plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005 (38). Ce protocole offrait l'opportunité d'un test sérologique et d'une prophylaxie à la NVP pour le couple mère enfant actuellement révisé : Trithérapie chez la mère et chez le nouveau-né. La mise en œuvre des méthodes connues de prévention de la transmission mère -enfant (PTME) du VIH pourrait éviter la majorité des infections chez ces enfants. En absence de prévention le taux de transmission est de l'ordre de 20% pour le VIH1 et 1,4% pour le VIH2. La région de Ségou (EDS III) apparaît comme la plus touchée (2%) après le district de Bamako.

En 2003 la surveillance épidémiologique nationale mentionne une prévalence de l'infection à VIH/SIDA de 4% chez les Femmes enceintes à ségou.

A l'issue de cette enquête, le ministère de la santé en partenariat avec l'UNICEF et l'ONG SOLTHIS a installé un programme PTME dans la ville de ségou en 2004.

Dés lors ce programme est intégré dans le paqué minimum d'activité. Le but de ce programme est de permettre l'accès au dépistage conseil du VIH pour toutes les femmes enceintes vue en CPN ou lors de leur accouchement, et une prise en charge des femmes séropositives et leurs enfants.

La stratégie du programme consistait à introduire dans le paquet minimum activité existant le conseil pré et post test, dépistage VIH/SIDA et une prise en charge de la mère séropositive et son enfant. Ainsi dans le cadre de l'IMAARV la maternité de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou est considérée comme site de prise en charge « Mère-enfant ». En effet après quatre années d'activité, l'exercice de la PTME présente de nombreuses insuffisances à l'HNF de Ségou. Nous avons initié cette étude pour cerner les difficultés de l'utilisation des services de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Les objectifs de notre étude sont les suivants :

OBJECTIFS

I- Objectif général

Décrire la prise en charge de l'infection VIH/SIDA sur grossesse dans le service gynéco obstétrique de l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

II- Objectifs spécifiques

- . Déterminer la prévalence du VIH /SIDA chez les gestantes qui consultent à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.
- . Déterminer le profil sociodémographique des patientes.

- . Déterminer le pronostic maternel et foetal.
- . Proposer des recommandations pour améliorer la prise en charge des patientes et leurs enfants.

GENERALITES

I- DEFINITION DES TERMES :

1- 1 L'Infection à VIH :

L'infection à VIH peut se définir comme étant la pénétration du virus de l'immuno déficience humaine dans l'organisme humain à la suite d'un contact contagieux.

1-2- SIDA ou syndrome d'immuno déficience acquise :

C'est le syndrome d'immuno déficience acquise chez l'homme causé par un virus appelé virus de l'immuno déficience acquise (VIH), appartenant à la famille des rétrovirus.

1-3- Le Rétrovirus :

C'est un virus qui possède l'équipement enzymatique nécessaire pour assurer la transcription d'ARN (support de l'information génétique) à ADN. Cette transcription est réalisée par la transcriptase inverse. Il s'agit d'un antivirus sous famille des rétrovirus qui sont connus pour entraîner des maladies dégénératives lentes après incubation.

1-4- Le Dépistage :

Le dépistage de l'infection à VIH est la mise en évidence

Du virus dans le sang après consentement éclairé de la personne dépistée.

1-5- L'Accouchement :

C'est le résultat d'un ensemble de phénomènes mécaniques et physiologiques qui aboutissent à l'extraction du fœtus et de ses annexes hors de la filière génitales.

1-6- L'évaluation :

L'évaluation consiste à mesurer, juger, comparer les informations sur l'efficacité et les résultats par rapport aux objectifs d'une composante d'un programme ou de l'ensemble du programme en vue de faire des recommandations pour la prise de décision.

1- 7 La transmission mère enfant du VIH :

La transmission mère enfant du VIH ou transmission vertical du VIH est la transmission du VIH au fœtus et/ou au nouveau né par la mère pendant la grossesse, l'accouchement ou au cours de l'allaitement maternel.

1-8-La prévention de la transmission mère enfant :

La prévention de la transmission mère enfant du VIH est l'ensemble des mesures prises pour éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

2- HISTORIQUE

Reconnu en 1981 chez des jeunes homosexuels américains , le SIDA ou syndrome d'immuno déficience acquise, est rapidement considéré comme une maladie virale transmissible par voie sexuelle et par voie sanguine. De cette époque, les pneumonies à pneumocystose carini et les sarcomes de kaposi observés chez malades, étaient considérés à un déficit immunitaire profond déjà reconnu comme étant lié à la disparition d'une population de cellules de l'immunité : les lymphocytesCD4. La présence de poly adénopathies persistantes comptait déjà parmi les symptômes qui précèdent l'apparition du SIDA (22).

Avant la découverte de l'origine virale de la maladie, différents aspects aux mécanismes étiologiques avaient été incriminés en fin 1982. CDC (censeur Disease Control) décide de donner un nom à cette maladie AIDS ou SIDA en français remplaçant ainsi le terme de l'immunodéficience des homosexuels (gay related immunodeficiency). En 1983 l'agent causal est isolé par l'équipe du professeur Luc Montagnier de l'institut Pasteur de Paris. Il s'agit d'un virus de la famille des rétrovirus. Il a été désigné sous le nom de l'AV (lymphogranulomatose associated virus) (29).

Au cours de cette même année deux équipes de pédiatries américaines Rubinstein et AL d'une part, Oestre et AL d'autre part décrivaient un nouveau Syndrome immunodéficience acquise chez l'enfant (3). Ils ont suggéré la possibilité d'une transfusion intra utérine d'un agent infectieux contenu dans le sang, idée qui fut d'ailleurs reprise par Joncas et AL (17).

3- EPIDEMIOLOGIE DU VIRUS

3-1- Situation dans le monde :

Depuis le début identifié de la pandémie (1981) jusqu'à la fin (1997), l'OMS estimait à environ 30,6 millions le nombre de personnes vivant avec l'infection VIH ou le sida dont 29,5 millions d'adultes et 1,1 millions d'enfants (33). Environ 41% des 29,5 millions d'adultes vivant avec le VIH/SIDA sont des femmes en âge de procréer. Près de deux tiers des contaminations féminines et neuf cas sur dix de contamination pédiatrique ont eu lieu sur le continent africain (32). Ainsi la part des femmes en âge de procréer parmi les nouveaux cas d'infections à VIH (incidence) et parmi les personnes vivant avec le VIH (prévalence) apparaît chaque jour important (18).

En 2002 l'épidémie du sida a causé plus de 3 millions de décès et on estime que 5 millions de personnes ont contracté le VIH cette même année ce qui porte à 42 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde (33).

La répartition du VIH1 est mondiale. Ce pendant dans les pays industrialisés, l'épidémie concerne essentiellement certaines populations à risque (homosexuelle masculine, toxicomanes) alors que dans les pays en voie de développement l'ensemble de la population globale est touché du fait de la transmission hétérosexuelle.

Sur les 15000 personnes contaminées chaque jour, plus de 95% vivent dans ces pays (38). Contrairement au VIH -1, le VIH-2 est pratiquement restreint en Afrique de l'ouest et pour l'instant et diffusé dans les autres pays du monde. Les pays occidentaux comme la France, le Portugal, l'Espagne sont les plus concernés par le VIH2 de part leur proximité géographique et le flux d'immigration avec l'Afrique de l'ouest (4).

L'Amérique latine et les caraïbes constituent la seconde région la plus durement touchée après l'Afrique subsaharienne avec 2 millions de séropositifs enfants et adultes compris (32).

Dans la région Asie et pacifique, l'épidémie émerge dans les pays jusque là indemnes (chine, Indonésie, Vietnam). Le nombre de malades est passé de 7,1 millions en 2002 à 4 millions en 2003 avec 50000 décès dus au VIH/SIDA (33).

Au moyen Orient et au Maghreb, les données disponibles font état de 45000 individus décédés du VIH/SIDA et que 55000 personnes ont été contaminées par le virus en 2003, ce qui porte à 600000 le nombre de séropositifs (32).

Selon l'EDS-MIII en 2001, le taux national de la prévalence du VIH au Mali était de 1,7(2,2% en zone urbaine et 1,5% en zone rurale) (25).

3-2- Situation en Afrique :

L'Afrique subsaharienne est de loin la région la plus touchée, abrite 29,4 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA ; quelques 3 millions de nouvelles infections s'y sont produites en 2002 et l'épidémie a tué environ 2,4 million d'africains au cours de cette année. Dix millions de jeunes entre 15 et 24 ans et près de 3 millions d'enfants de 15 ans vivent avec le VIH (7).

La prévalence de l'infection varie considérablement à travers le continent. Dans quelques pays d'Afrique de l'ouest et de l'Est, l'épidémie semble être maîtrisée grâce aux efforts de prévention (33). Les pays d'Afrique australe tels que le Botswana, l'Afrique du sud, le Mozambique sont les plus durement touchés car ils regroupent à eux seuls environs 30% du total des individus infectés dans le monde alors qu'ils constituent moins de 2% de la population mondiale(32).

En fin 2005, 25,8millions de personnes vivant avec le VIH dont la prévalence globale chez l'adulte en Afrique subsaharienne : 7,2% dont les nouvelles infections à VIH en 2005 estimées à 3,2%(32).

4- STRUCTURE DU VIH

4-1- Morphologie :

Les rétrovirus se présentent sous forme de particules sphériques d'un diamètre de 80à 100nm . Ces particules sont constituées d'une enveloppe externe lipidique de 100nm, qui entoure un noyau central ou excentré la nucléocapside. Elles sont libérées de la cellule dans laquelle elles se répliquent par un processus de bourgeonnement.

5- ORGANISATION GENETIQUE :

Le matériel génétique viral, codant tous les évènements de l'infection à la réplication aboutissant à la mort des cellules est très variable.

Le génome compte plus de 9700nucleotides et est composé de trois gènes caractéristiques des rétrovirus et d'autres gènes dits régulateurs. Les nucléotides sont des unités cédant l'information génétique.

Le message génétique codant la structure et le cycle du VIH est environ 100.000 fois plus petit que le patrimoine de cellules humaines. L'activité du VIH dépend de l'action des instructions génétiques qui commandent et le cycle de réplication du virus. Les gènes des rétrovirus sont formés d'ARN qui ne s'expriment qu'après avoir été transformés en ADN « pro-viral »

Les principaux gènes sont (12) :

❖ Les trois gènes classiques de rétrovirus :

- **Le gène gag** qui code pour les protéines de structure interne ;
- **Le gène Pol** qui code pour la transcriptase inverse ;

- **Le gène env.** qui code pour les protéines qui après glycosilation secondaire, donnant une partie de l'enveloppe du virus.
- ❖ **Les gènes propres au VIH :**
 - * **Le gène état :** c'est un gène indispensable à la rétro transcription, capable d'agir à distance d'où le terme le trans. Il joue un rôle de synchronisation de la production virale et augmente l'expression par l'activation de la séquence tat des LTR (long terminal repeat).
 - * **Le gène rev :** exerce une fonction de régulation différentielle. Il code pour la protéine rev grâce à deux séquences nucléotidiques éloignées chacune ayant un rôle distinct : l'une inhibitrice et l'autre levant cette inhibition ;
 - * **Le gène nef :** est responsable de la régulation négative de l'expression du virus dont latence. Sa destruction augmente la pathogenicité du virus. Il est dans le cytoplasme ;
 - * **Le gène vif :** intervient dans la réplication virale .Il est responsable du pouvoir infectieux du virus.Le VIH dispose d'un système de régulation génétique qui trompe la surveillance immunitaire. La complexité de son enveloppe et sa variabilité en font une cible désarmant le système immunitaire.

6- VARIABLE GENETIQUE DU VIH

Il existe deux types de virus : VIH-1 et VIH-2 qui présentent d'importantes différences entre eux.

- VIH-1 est beaucoup plus fréquent
- VIH-2 se trouve principalement en Afrique de l'ouest au Mozambique Et en Angola (34).
- * Mêmes similitudes

* Mêmes modes de transmission

* Associés aux mêmes infections opportunistes

* Différences :

- Le VIH-2 se transmet moins facilement que VIH-1 : la transmission mère enfant est relativement rare avec le VIH-2

- Le VIH-2 se développe plus lentement : la progression de la maladie est

Plus lente (34).

7- REPLICATION DU VIH

Deux étapes se distinguent dans la réplication du VIH au cours desquelles des mutations peuvent se produire :

- **Etape1** : correspond à l'intégration génomique : une fois le VIH introduit dans la cellule, l'ARN double brin du virus est décapsulé puis libéré dans le cytoplasme.

Cet ARN est copié en ADN simple brin par l'ADN polymérase donnant ainsi l'hybride ARN-ADN. L'ARN d'origine est détruit par la ribonucléase puis polymérase pour donner l'ADN double brin qui migre vers le noyau.

Cet ADN viral (double brin) est circularisé et intègre le génome cellulaire sous forme de « pro virus » ainsi l'information virale est répliquée chaque fois que la cellule se divise.

- **Etape2** : correspond à la production des particules virales : le VIH contient un seul promoteur qui contrôle l'intensité de l'expression des gènes ou' le gène tat trans activateur aurait un rôle essentiel. D'autres facteurs déclenchant existeraient. Après différentes maturations, l'ARN du provirus donne des ARN messagers qui synthétisent des protéines virales. L'ARN messager produit également des protéines codées par les gènes gag et Pol. Une maturation particulière produit des

protéines de l'enveloppe et l'ARN messager à partir des protéines tat et rev sont synthétisées. Du fait de cette variabilité, plusieurs nouveaux mutants du VIH apparaissent à la cour d'une seule infection. Les **cellules cibles sensibles à l'infection** sont : celles qui expriment à leur surface le récepteur CD4 et l'un des corécepteurs. Il s'agit de la sous population de lymphocytes TCD4+helper (ou auxiliaire), mais aussi des monocytes macrophage ou d'autres cellules telles que les cellules dendritiques, les cellules de langherans, ainsi que les cellules microgliales du cerveau. Ces cellules présentatrices d'antigène jouent probablement un rôle important de réservoir de dissémination et d'entrée du virus dans l'organisme.

Récemment il a été mis en évidence une molécule de surface (DC-SIGN) exprimée sur les cellules dendritiques capable de lier le VIH et de transmettre à des lymphocytes TCD4.

Dans d'autres cellules les virus sont simplement emprisonnés sans qu'ils puissent se répliquer. C'est le cas par exemple des cellules folliculaires dendritiques présentes dans les centres germinatifs des ganglions.

8- TRANSMISSION

Depuis le début de l'épidémie, trois principaux modes de transmission ont été observés.

8-1- Transmission sexuelle :

A l'échelon mondiale 75 à 85% des infections par le VIH ont été acquises à l'occasion des rapports sexuels non protégés. Plus de 70% de ces cas sont imputables à une transmission hétérosexuelle et les 5 à 10% restants à la transmission homosexuelle entre hommes. La transmission sexuelle de l'infection VIH se fait par l'intermédiaire des muqueuses buccales, vaginales ou rectale lorsqu'elles sont en contact avec des sécrétions sexuelles ou du sang contenant du virus. La muqueuse présente une certaine perméabilité vis-à-vis du VIH, on peut retrouver des cellules infectées (cellules dendritiques dans les sous muqueux après une exposition non traumatique de l'épithélium vaginal au VIH. La muqueuse rectale de part son épithélium monocellulaire est la plus susceptible à l'infection.

8-2- La transmission sanguine :

Elle se fait de sang à sang et de dérivé sanguins à contaminés : elle occupe le 42^{ème} rang de transmission en Afrique.

Les transfusions sont responsables de 5-10% des cas adultes de SIDA et jusqu'à 25% des cas pédiatriques et cela à cause de la fréquence des transfusions à cause d'anémie nutritionnelle ou parasitaire. L'utilisation des objets tranchant souillés et partagés (seringues en aiguilles, matériel médical non stérilisé, rasoir, couteaux, lames, ciseaux...)

8-3- Transmission mère enfant:

Beaucoup d'arguments convergents en faveur d'une transmission tardive enfin de grossesse, voir l'accouchement. La transmission se

ferait pendant le dernier trimestre in utero pour 1/3 des enfants infectés et le jour de l'accouchement, pour 2/3 des cas. Cette transmission est influencée par les manifestations cliniques (SIDA) ou un taux de CD4 bas (inférieur à 200/mm) au moment de la grossesse, une charge virale plasmatique élevée augmente le taux de transmission. Une mère a un stade avancé de la maladie à un risque plus élevé de transmission in utero. En période post natale c'est uniquement par l'allaitement que l'enfant risque de s'infecter car la présence du virus dans le lait maternel a été démontré et le risque serait plus élevé ; en début d'allaitement puis. La charge virale est élevée dans le colostrum.

9 - MOYENS DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT

Il y'a plusieurs moyens agissant à des niveaux différents :

- La prévention primaire consistant à prévenir l'infection chez la femme en âge de procréer
- Rapports sexuels avec pénétration entre deux partenaires non infectés et réciproquement fidèles
- Rapport sexuel avec pénétration en utilisant des préservatifs
- Abstinence
- Réduire la charge virale maternelle plasmatique et génitale : ARV chez la femme
- Diminuer l'exposition enfin de grossesse et pendant le travail : césarienne programmée
- Réaliser une prophylaxie post exposition : choix d'un traitement offrant un bon passage chez le nouveau- né ; supprimer l'exposition post natale : allaitement artificiel.

9-1- Efficacité des antirétroviraux :

La zidovudine ou AZT en monothérapie est la première prévention validée par des essais thérapeutiques, c'est le traitement prophylactique pour la prévention de la transmission mère enfant au Mali initié par l'UNICEF, en plus de la nevirapine dont les schémas sont les suivants

Zidovudine (AZT) : 600mg par jour soit une gélule de 300mg matin et soir à débiter à partir de la 34^{ème}-36^{ème} semaine de la grossesse et à poursuivre jusqu'au début du travail. Pendant l'accouchement, placer une perfusion de AZT en raison de 2mg/kg pendant 1heure en bolus puis 1mg/kg jusqu'au clampage et à la section du cordon ombilical (À partir du 2^{ème} trimestre en cas d'accouchement prématuré).

Névirapine (NVP): prise de 200mg par voie orale au moment de l'accouchement, le proposer systématiquement aux femmes enceintes infectées par le VIH vues tardivement. Après l'accouchement le traitement ARV se fera par voie orale en fonction du statut clinique immunologique et virologique de la patiente et la prophylaxie des infections opportunistes par le cotrimoxazole sera envisagée selon les recommandations nationales (36).

Des traitements courts sont la preuve d'une efficacité, diminuant de moitié le taux de transmission en l'absence d'allaitement aux seins et d'un tiers en présence d'allaitement maternel (31).

Le schéma de référence est celui de l'essai ACTG076, comportant 3volets : chez la mère pendant la grossesse, en perfusion à l'accouchement, puis chez le nouveau-né.

L'association AZT-3TC est la combinaison d'antirétroviraux la mieux étudiée, notamment par l'essai **PETRA** en Afrique australe et par l'essai ARNS 075.

Dans cet essai français où la 3TC était augmentée à partir de la 32^{ème} semaine d'aménorrhée en plus du schéma usuel d'AZT, le taux de transmission était réduit à 1,6%. L'efficacité préventive de la nevirapine en monothérapie en une seule prise chez le nouveau né a été démontrée en Ouganda. Le taux de TME dans cet essai était de 13% ,soit une réduction de moitié par rapport au groupe témoin recevant un traitement ultra court par AZT. Dans un essai sud-africain, le même traitement par Nevirapine a été comparé à la bithérapie AZT-3TC, selon le schéma « log » de l'essai PETRA. L'efficacité des deux traitements était similaire (16).

En revanche, un essai thérapeutique international randomisé de grande ampleur (PACTG 316/ARNS) n'a mis en évidence aucune réduction du taux de transmission avec nevirapine comparé à un placebo chez des mères recevant par une prise en charge optimale et des traitements antirétroviraux : les taux étaient de 1,5% dans les deux groupes (10). L'efficacité de trithérapie antirétrovirale n'a pas été étudiée par des essais thérapeutiques. Avec des taux de TME de référence de l'ordre 2-3% les essais classiques randomisés deviennent irréalisables, car il faudrait y inclure plusieurs milliers de mères pour espérer démontrer la supériorité d'un nouveau type de traitement. L'existence de cohortes prospectives observationnelles permet néanmoins d'étudier l'effet des différents types de prise en charge. Les données actuelles issues des cohortes français et américaine suggèrent que le risque de transmission soit plus faible lorsque la mère reçoit un traitement antirétrovirale virologiquement efficace (11). Une étude longitudinale américaine en place depuis 1990 rapporte des taux de TME de l'ordre de 4% en cas de traitement antirétrovirale combiné sans IP, et de 1% avec IP. Par ailleurs quelque soit le traitement, plus la charge virale maternelle est

basse, moins il y'a de transmission (6). Ainsi dans certains cas la césarienne reste le seul moyen de prévention et elle est programmée.

9-2- Césarienne programmée :

L'effet protecteur d'une césarienne programmée à membranes intactes et avant le début du travail est désormais établi par plusieurs études de cohortes, et par essai thérapeutique randomisé européen. Le taux de transmission était de 0,8% en cas de césarienne programmée chez les femmes enceintes traitées par ATZ².

En revanche le taux de transmission n'est pas diminué en cas de césarienne en cours de travail ou membranes rompues (17). Le risque pour la mère de complication liée à la césarienne est une préoccupation importante hors du contexte du VIH, la morbidité et la mortalité maternelles sont 3 à 5 fois plus élevées en cas de césarienne qu'en cas d'accouchement par voie basse (17).

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

9-3- Allaitement artificiel :

Le risque de transmission paraît particulièrement important dans les deux premiers mois, mais pendant toute la durée de l'allaitement. Dans plusieurs études africaines dont un essai randomisé au Kenya, le taux de transmission est doublé chez des enfants allaités au sein, mais il semblerait que le risque est particulièrement élevé en cas d'allaitement mixte. En plus le taux de contamination maternofoetale du VIH1 est de 18 à 25% quelque soit le mode de transmission en absence de tout traitement en ce qui concerne le VIH-2 ce taux est de 1%. L'allaitement artificiel est bien accepté par les mères séropositives dans les pays industrialisés ; mais des problèmes médicaux,

économiques et sociaux le rendent difficile dans certains pays en développement (2).

10- PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH/SIDA

Plusieurs autres types de prévention ont fait l'objet d'essais thérapeutiques dont les résultats sont décevants car ne démontrant 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 polyvitamine, le lavage vaginal à l'accouchement par la chlorhexidine ou le chlorure de benzalkonium (3). A des fins de prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, le dépistage systématique doit être proposé dans les centres de soins prénataux surtout dans les pays avec des infrastructures limitées comme le Mali où l'emploi des tests rapides est plus faisable(20). Il convient de proposer systématiquement le dépistage et le conseil aux femmes au titre des prestations normales .selon la méthode dite de l'acceptation les femmes doivent exiger un test .selon la méthode dite de refus, elles peuvent refuser le test si elles ne souhaitent pas qu'il soit pratiqué .

10-1- Service de prévention de la transmission mère enfant de VIH :

S'exerçant de façon intégrée avec les consultations prénatales après un conseil de dépistage volontaire, il s'occupe de la prise en charge des femmes enceintes séropositives pendant la grossesse et de nouveaux nés après l'accouchement.

10-2- Conseil de dépistage volontaire PTME au Mali

10-2-1 Définition :

Le conseil de dépistage volontaire du VIH est un test sérologique offert aux femmes enceintes dans un environnement confidentiel, avec

un service de counseling de qualité dispensé avant et après le test. Ces conseils débutent par des séances de causeries débats, c'est aussi le lieu d'éduquer et de conseiller à propos du VIH et de la grossesse.

Le conseil doit faire ressortir l'impact du VIH sur la grossesse et ou l'inverse, sans oublier les principaux modes de transmission du virus surtout la transmission périnatale. C'est le lieu aussi de parler des opportunités d'accès aux traitements d'antirétroviraux et autres médicaments lors de la grossesse. La femme devrait librement choisir de se faire dépister à l'issu du conseil. Le résultat du test VIH doit toujours être communiqué à l'intéressé et il faut lui offrir en même temps, selon le résultat les services appropriés d'information de conseil, et de référence. Les personnes qui ont un résultat positif doivent être conseillées afin qu'elles puissent bénéficier de soins, d'un soutien et d'un traitement.

10-2-2 Les Conditions du counseling :

Le counseling dans le cadre de la transmission mère enfant doit exiger : un espace tranquille et rassurant au moins une salle d'attente, une salle de conseil et un laboratoire.

Des matériels et équipements des salles de conseil et d'attente un personnel médicale qualifié. IL doit assurer la confidentialité, le confort, l'aération, les supports nécessaires à la compréhension de l'information.

10-2-3 Algorithme du test de dépistage en PTME (9) :

L'OMS recommande dans le diagnostic du VIH deux sortes de test : les test immuno- Enzymatiques et les tests rapides et la PCR.

Actuellement au Mali, il existe :

Les tests rapides non discriminatoires :

- * Determine
- * Oraquik
- * Hemastrip
- * Sure check
- * Double check Gold

Les tests rapides discriminatoires

- * Génie 2
- * Immunicombs

Les tests ELISA

- * Gen Screen
- * Murex VIH1.2.0
- * Vironostika

a- Les avantages de l'emploi des tests rapides :

La disponibilité : Dans les pays avec des infrastructures de laboratoire limitées l'emploi des tests rapides est plus faisable que l'algorithme ELISA/Western Blot . Leur niveau satisfaisant de sensibilité et de spécificités, leur facilité de conservation des Kits, elle à une importance majeure à la décentralisation des tests HIV et le counseling. Leur acceptabilité par le client, la plupart des tests rapides fournit les résultats entre 10 à 30mn, ceux qui réduisent le temps de stress pour attendre le résultat. Leur possibilité d'utiliser le sang complet capillaire (piqûre au bout du doigt).

Leur prix abordable, disponibilité sur le marché. En définitive, il y'a lieu de faire remarquer que les tests rapides présentent les avantages certains qui sont : la facilité dans la performance et dans

l'interprétation des tests, la facilité minimale de stockage, la flexibilité des nombres et des tests interprétés.

METHODOLOGIE

2. METHODOLOGIE

2 -1. CADRE D'ETUDE

Ce travail s'est déroulé au service gynéco –obstétrique de l'hôpital régional Nianankoro Fomba de ségou.

2-1-1. Présentation géographique de la région de Ségou :

La région de Ségou, 4ème région administrative du Mali est située au centre du Mali entre 13° et 16° de latitude Nord et entre 4°et le 7° de longitude Ouest. La région de Ségou couvre une superficie de 64821km² environ soit 4% de la superficie du Mali. Elle est répartie entre sept cercles (Ségou, Baroueli, Bla, Macina, Niono, San, Tominian) et décentralisées en 118 communes dont 3 urbaines.

Deux zones climatiques distinctes caractérisent la 4^{ème} région :

- une zone au Nord où la pluviométrie est de 250 à 600mm par an
- une zone soudano- sahélienne au Sud où la pluviométrie atteint 600 à 8000mm par an.

On y rencontre des espèces végétaives telles que le karité, le Balanzan, le Baobab...

La région de Ségou a un relief uniformément plat avec quelques plaines (Nema Kourou, Mam, les plaines alluviales du delta du fleuve Niger) et est traversée par le fleuve Niger avec un de ses principaux affluents : le fleuve Bani. Elle est pauvre en faune, cependant on y rencontre quelques lièvres et quelques perdrix. Elle est très riche dans le domaine de l'élevage : les Bovins, caprins et ovins.

Elle est limitée au Nord par la république sœur de Mauritanie, à l'est par les régions de Tombouctou et Mopti, au Sud-est par la république du Burkina Faso, au Sud par la région de Sikasso et à l'Ouest par la région de koulikoro.

L'économie de la région est basée principalement sur l'agriculture qui occupe 80% des activités de la population ce qui justifie la présence de l'Office du Niger, de l'Office Riz et la Compagnie Malienne de Développement Textile (CMDT).

IL existe d'autres activités économiques comme la pêche, l'élevage, le commerce et l'artisanat.

L'industrie y est peu développée. Le pouvoir d'achat de la population est en général élevé.

Quelques grandes unités industrielles telles que la COMATEX SA, les usines de décortilage de riz, les complexes sucriers de Dougabougou et Siribala, les ateliers centraux de Markala contribuent fortement à l'essor économique de la région.

La région de Ségou compte 1 675 398 habitants soit une densité de 25 habitants au km². La répartition par sexe est de 831 386 hommes pour 842 972 femmes avec un taux de croissance annuelle estimé à 8% en 1998. Cette population est jeunes (48% de la population à moins de 15ans) et rurale (EDSIII).

La population active représente 58% ; de l'ensemble de la population de la région généralement concentré dans les cercles traversés par le Fleuve Niger et les canaux irrigués par celui-ci ;le nombre de femmes en âge de procréation (15-49ans) par les cercles (EDSIII).

- Cercle de Ségou	136 962
- Cercle de Baroueli	40 684
- Cercle de Bla	51 661
- Cercle de Macina	44 147
- Cercle de Niono	63 236
- Cercle de San	63 671
- Cercle de Tominian	40 861

La région de Ségou trouve son fondement historique dans le royaume Bambara de Ségou créée par Mamary dit Biton Coulibaly au 16^{ème} siècle. Après la mort de Biton, le pouvoir revient entre les mains des Diarra dont le plus connu fut Da Monzon Diarra communément appelé « DA ».

La ville de Ségou portait à un moment son nom « Dakagoun » ou la terre de DA.

La rentrée de El Hadji Oumar Tall à Ségou en 1861 mit fin au règne des Bambaras et instaura l'Islam. Amadou Sekou le fils de El Hadji Oumar Tall fut intronisé.

La pénétration française dirigée par Archinard mit fin à la dynastie des Tall en 1893. Ainsi depuis cette date Ségou devient le chef lieu de cercle de l'administration coloniale.

La région de Ségou fut créée par la loi N° 77 :44 : CMLN du 12 juillet 1977 et modifiée par la loi N°99-035 du 10 Août 1999 pour devenir une collectivité décentralisée.

Les traditions font référence aux ethnies et se manifestent lors des cérémonies rituelles (mariage, baptême, circoncision, décès) et lors des grandes rencontres : Bambara, Bozo, Somono, Peulh, Sarakolé, Minianka, Malinké.

Les langues parlées sont propres aux ethnies mais le Bambara est la langue couramment utilisée dans les échanges et le commerce dans la région.

Les religions sont l'Islam, le Christianisme et l'animisme. La ville de Ségou est communément appelée citée des Balanzans à cause de l'abondance de cet arbre sur le territoire de la région autrefois.

Avec une population de 106 336 habitants, la commune urbaine de Ségou compte 18 quartiers. La commune de Pelengana contiguë à la ville de Ségou a une population de 15 534 habitants.

La commune de Ségou dispose de 9 formations sanitaires :

- 02 formations sanitaires publiques : l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou et le centre de santé de référence Famory Doumbia.
- 04 Centres de santé communautaires : Darsalam, Médine, Secoura Pelengana

- 01 Formation sanitaire de service de santé des armées :

L'Infirmierie du camp militaire

- 01 Formation sanitaire para publique : le Centre médical inter Entreprise de l'IN PS

- 02 Formations sanitaires privées : la clinique d'accouchement Maya Bolli et le Cabinet médical Yida Kouyaté

A celles-ci s'ajoutent 3 écoles de formation des techniciens en santé : CFTSS, CFIS, VICENTA MARIA.

2-1-2. Présentation de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

Situé au centre de la ville au bord de la route nationale n°6 reliant Bamako aux régions du Nord, cet hôpital a une capacité de 300 lits.

Le premier bâtiment de l'hôpital a été achevé vers la fin de la deuxième guerre mondiale.

Il abritait un dispensaire et une maternité.

En 1962 l'établissement deviendra l'hôpital secondaire. En 1983, il fut baptisé hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Il sert de lieu de deuxième référence pour l'ensemble de la région et première référence pour les centres de santé du cercle et de la commune de Ségou. Il comporte une cinquantaine de bâtiments repartis sur une superficie de 06 hectares. Les structures de l'hôpital sont reparties en services : Administration (direction), médecine générale, chirurgie générale, traumatologie, Gynéco-Obstétrique, ORL, Cabinet dentaire, Pédiatrie, Ophtalmologie, Pharmacie, Radiologie, Laboratoire et un nouveau plateau technique construit en 2002 compose d'un

service d'Anesthésie, Réanimation, d'un Bloc opératoire et un service de stérilisation.

2-2 TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive et transversale portant sur 61 dossiers.

2 -3- PERIODE D'ETUDE :

L'étude s'est déroulée du 1^{er} Décembre 2006 au 29 Février 2008 ; soit une durée de 14 mois

2 -4- POPULATION D'ETUDE :

Toutes les femmes enceintes vues lors des consultations prénatales ou en salle de travail dans le service gynéco obstétrique à l'HNF.

2 -5- ECHANTILLONNAGE :

2 -5-1 Critère d'inclusion :

- Les femmes enceintes vues en consultation prénatale acceptant le Counselling et le test dépistage volontaire ;
- Les femmes enceintes dépistées qui ont accepté leur résultat ;
- Les femmes enceintes déclarées positives qui ont accepté la prise en charge par le programme de prise en charge.

2 -5.2. Critère de non inclusion :

- Les Femmes enceintes vues en CPN en dehors de la période d'étude
- Les Femmes se présentant pour autre motif (consultation gynécologique).
- Refus de participer à l'enquête.

2-5-3 Taille de l'échantillon :

Il est constitué de :

- 6580 gestantes ayants effectué la consultation prénatale du 1^{er} Décembre 2006 au 29 Février 2008.
- 2740 Gestantes ont bénéficié d'un test de dépistage sérologique du 1^{er} Décembre 2006 au 29 Février 2008.
- 61 gestantes ont été dépouillées séropositives.

2-6 Variables mesurées.

La prévalence, les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents gynéco-obstétricaux et médicaux, le suivie de la grossesse, le statut sérologique VIH et les stades cliniques OMS, le taux de CD4, variable lies au mode d'accouchement et le suivi du nouveau-né.

2 -7. COLLECTE DES DONNEES ET SOURCES DES DONNEES :

La collecte à été faite en utilisant une fiche d'enquête complète par les renseignements du carnet de CPN et du registre d'accouchement.

2 -8. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES :

Les données ont été saisies sur microsoft word et analysés sur épi info version 6 FR.

2-9 DEROULEMENT PRATIQUE DE L'ETUDE.

La participation à l'étude était volontaire et libre .le counseling pré et post test étaient faite individuellement parfois en groupe.Un consentement éclairé obtenu avant la réalisation des tests de la sérologie VIH chez toutes les patientes.Le test était effectuer chez toutes les patientes qui désiraient connaître leur statut sérologique après counseling pré test .L'éducation thérapeutique initial était faite chez toutes les patientes dont le test sérologique est revenu positif.

Pour garder la confidentialité nous avons utilisé un dossier prévention de la transmission mère –enfant anonyme pour la collecte des données. Les tests utilisés étaient les tests de dépistage rapide, notamment la Détermine et Hemastrip et sure cheik après un consentement éclairé des gestantes.

La confirmation et le typage étaient demandés au laboratoire.

La prise en charge thérapeutique était individuelle chez les gestantes, par le médecin prescripteur et le pharmacien serviteur d'ARV.

Les molécules utilisées étaient la nevirapine la zidovudine la lamivudine et la triomune comprimé puis IDV/rtv pour le VIH-2 .

La phase d'initiation de 14 jours à partir de la 28ème semaine d'aménorrhée avec NVP 200mg 1cp /Jour

AZT 300mg 1cp 2x/jour

3TC 150mg 1cp 2x /jour

La triomune 30 1cp 2x /jour matin et soit((d4T+ 3TC+NVP) cp 30mg+150mg+200mg) jusqu'à l'accouchement et poursuit pendant un mois du post partum .

Tous les nouveaux nés étaient mises sous ARV et adressé à la pédiatrie.

Nevirapine sirop (NVP) 2mg /kg dans les 72 premières heures de vie en dose unique

+AZT (zidovudine) sirop :4mg/kg 3x /jour durant un mois

+ 3TC (Lamivudine) sirop 2mg /Kg 2x /jour durant un mois

Pour les analyses biologiques les différents normes ont été utilisées à des intervalles différents .Pour la glycémie l'intervalles 2,6 - 6,2 mmol /l ; et pour la créatinémie l'intervalle 0 ,1 –3mmol /l.

3-DEFINITIONS OPERATOIRES :

3-1 PARITE : Nombre d'accouchement

3-2 Nullipare : Zéro accouchement

3-3 PRIMIPARE : Un accouchement

3-4 PAUCIPARE : Deux à trois accouchements

3-5 MULTIPARES : Quatre à cinq accouchements

3-6 GESTITES : Nombre de grossesse

3-7 PRIMIGESTES : Une grossesse

3-8 -PAUCIGESTE : Deux à trois grossesses

3-9 MULTIGESTE : Quatre à cinq grossesses

4- EVACUATION

Toute gestante adressée par un personnel ou une structure de santé dans un contexte d'urgence.

4-1-REFEREE :

Toutes gestantes adressée par un personnel ou une structure de santé sans notion d'urgence.

4-2 VENUE D'ELLE-MEME :

Toutes gestantes ou parturientes ou accouchées admises directement dans le service sans passer par un autre centre.

4-3 ACCOUCHEMENT PREMATURE : Toute naissance se produisant entre 28 semaines d'aménorrhée et 37 semaines d'aménorrhée.

4-4 ACCOUCHEMENT A TERME : Toute naissance se produisant entre 37 semaines d'aménorrhée et 41 semaines d'aménorrhée évoluée.

4-5 STADES OMS :

C'est une classification générale donnée par l'organisation mondiale de la santé pour les personnes vivantes avec le virus du SIDA.

4-6 STADE I DE L'OMS :

Patiente asymptomatique, activité normale-

4-7-STADE II DE L'OMS :

Patiente symptomatique, activité normale.

4- 8 STADE III DE L'OMS :

C'est l'affection pour lequel le diagnostic présomptif peu être fait sur la base des signes cliniques ou d'examens simples.

4- 9 STADE IV DE L'OMS :

C'est l'affection pour lequel le diagnostic présomptif peu être fait -
Encéphalopathie à VIH

Sur la base des signes cliniques ou d'examens simples.

- Syndrome cachectique
- Pneumonie à pneumocystis
- Pneumonie bactérienne, récurrente sévère ou radiologique
- Herpès chronique
- Candidose de l'œsophage
- Tuberculose extra pulmonaire
- Sarcome de kaposi
- Toxoplasmose cérébrale

RESULTATS

1 - LES DIFFICULTES DE L'ETUDE

- La non disponibilité de salle spécifique pour la PTME.
- Le retard des résultats des PCR.
- Rupture des tests de dépistage et de certaines molécules dans le service.
- La mauvaise organisation dans la prise en charge des parturientes.
- La mauvaise volonté dans le comportement de certaine gestante.

2- PREVALENCE

Pendant la période d'étude, 6580 gestantes ont effectué la consultation prénatale et autres motifs (vulvo -vaginite etc.).

2740 gestantes ont bénéficié d'un test de dépistage sérologique dont 61 cas positifs soit une fréquence de 2% du 1^{er} Décembre 2006 au 29 Février 2008.

I- CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

Tableau I : Répartition des gestantes selon les tranches d'âge.

Tranche d'age	Effectif	Pourcentage
Inf ou égal à 19 ans	2	3%
20 – 35 ans	56	92%
Sup 35 ans	3	5%
Total	61	100,00%

NB : L'âge moyen était égal à 26 ±1 des extrêmes entre 17 et 40 ans.

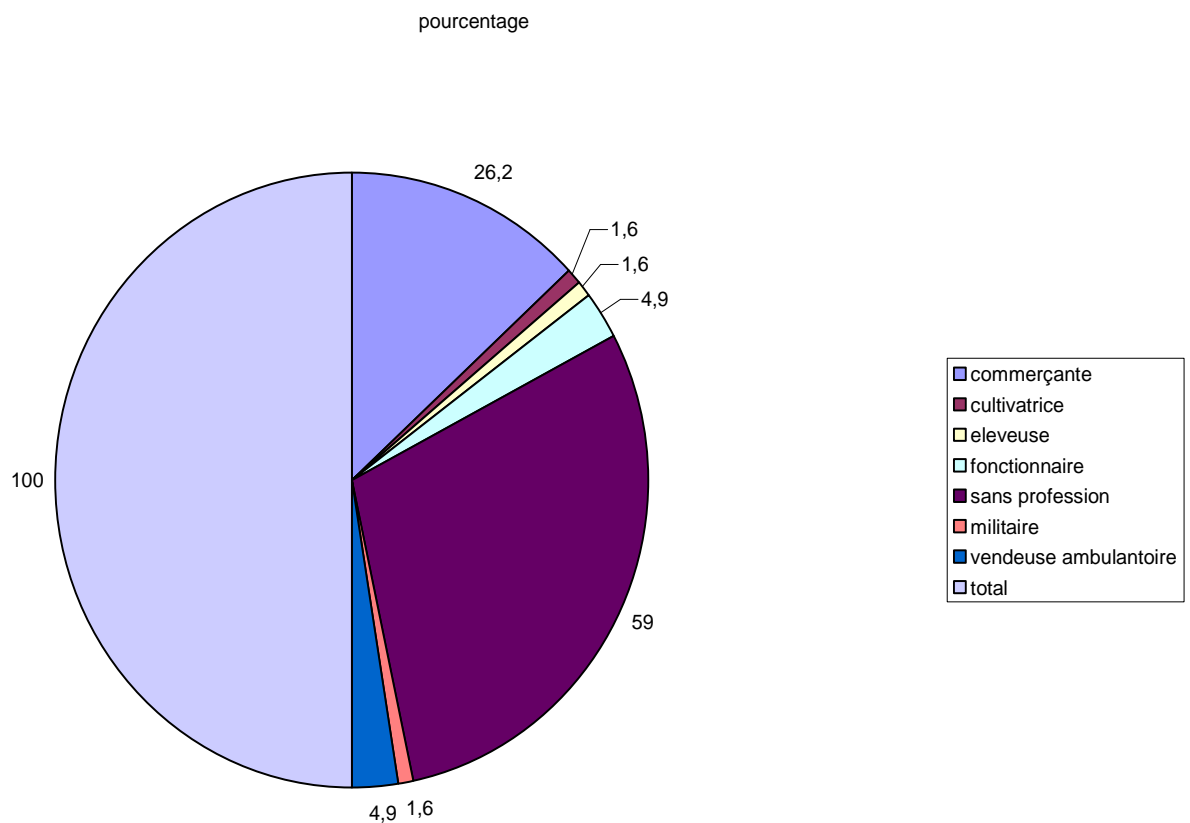


Figure 1 : Répartition des gestantes selon la profession

pourcentage

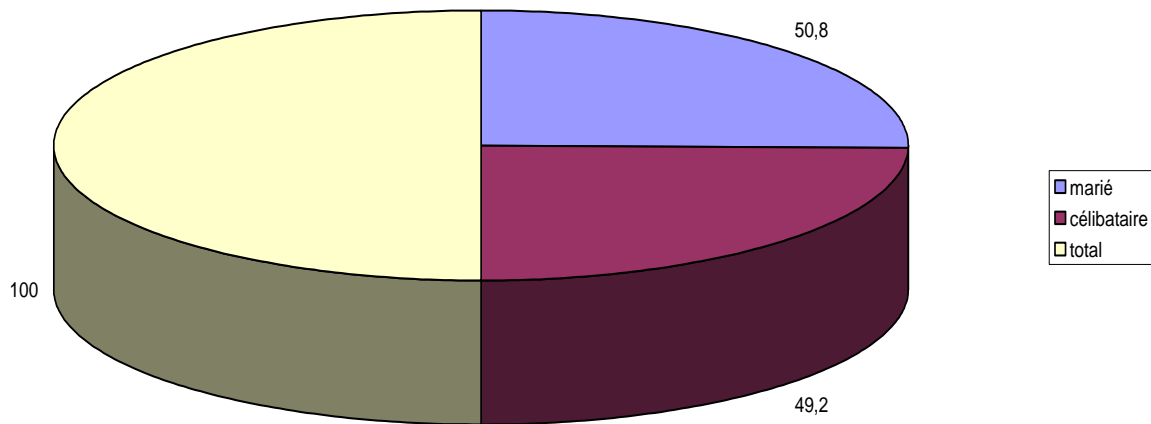


Figure 2 : Répartition des gestantes selon le statut matrimonial

Tableau II : Répartition des gestantes selon le lieu de résidence.

Lieu de résidence	Effectif	Pourcentage
Ségou (ville)	50	90,2%
Bla	4	6,5%
Baroueli	2	3,3%
Pelengana	5	8,2%
Total	61	100,00%

Tableau III : Répartition des gestantes selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	31	50,80%
Paucigeste	22	36,10%
Multi geste	8	13,10%
Total	61	100%

Tableau IV : Répartition des gestantes selon la Parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	31	50,80%
Paucipare	24	39,40%
Multipare	6	9,80%
Total	61	100,00%

Tableau V: Répartition des gestantes selon le nombre d'enfants vivants.

Nombre d'enfants vivants	Effectif	Pourcentage
Aucun	17	27,90%
1 - 3	34	55,70%
Supérieur ou égale à 4	10	16,40%
Total	61	100,00%

Tableau VI : Répartition des gestantes selon le nombre d'enfants décédés.

Nombre d'enfants décédés	Effectif	Pourcentage
Aucun	46	75,40%
1	8	13,10%
2	7	11,50%
TOTAL	61	100 ,00%

Tableau VII : Répartition des gestantes selon les antécédents d'avortement spontané.

Antécédent d'avortement	Effectif	Pourcentage
0	40	65,60%
1	16	26,20%
2	3	4,90%
3	2	3,30%
Total	61	100%

NB : Aucun cas d'antécédent d'avortement provoqué n'était signalé

Tableau VIII: Répartition des gestantes en fonction de l'antécédent de Tuberculose Pulmonaire

Tuberculose Pulmonaire	Effectif	Pourcentage
Oui	1	2%
Non	60	98%
Total	61	100,00%

Tableau IX : Répartition des gestantes en Fonction du Motif de Consultation

Motif de Consultation	Effectif	Pourcentage
Vulvo- vaginite	2	3,3%
Consultation Périnatale	59	96,7%
Total	61	100%

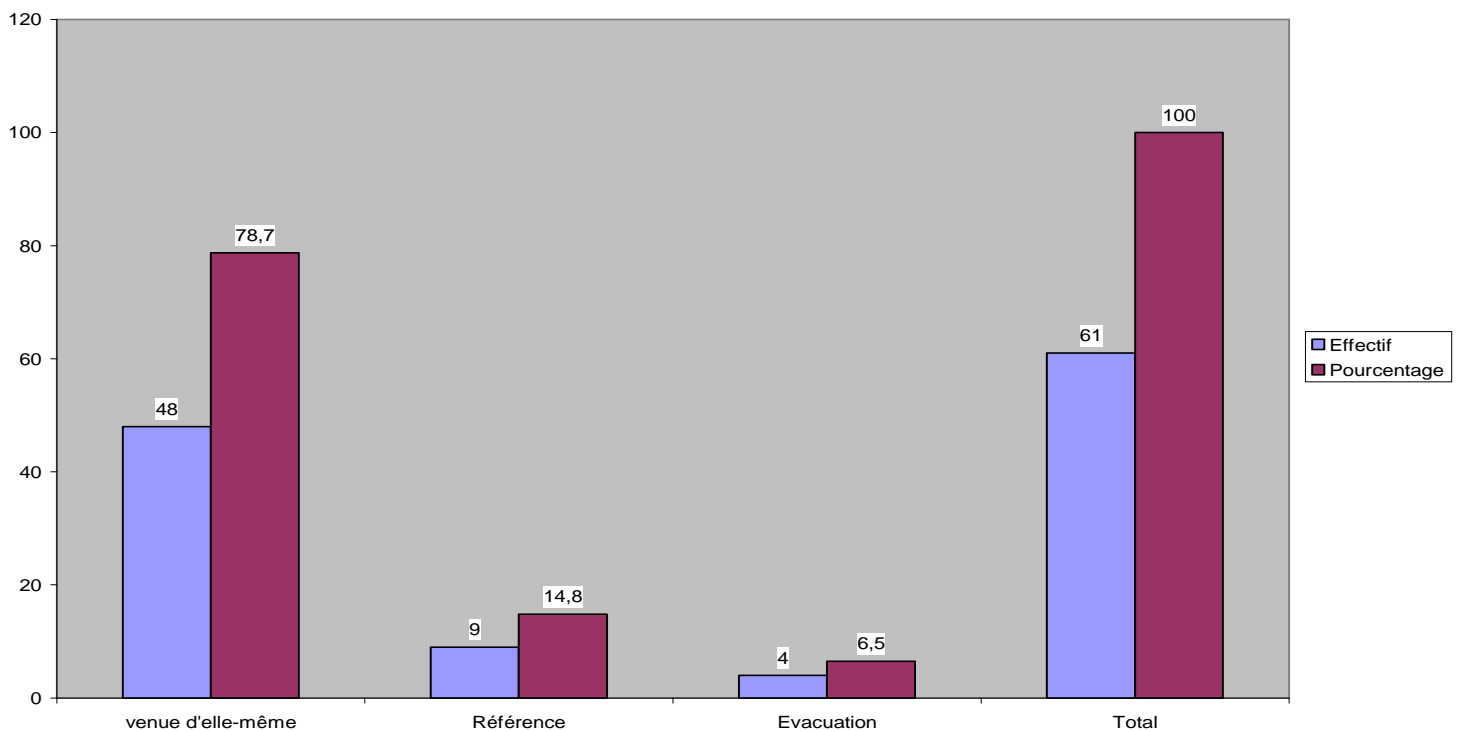


Figure 3: Répartition des gestantes en fonction du mode d'admission

Tableau X: Répartition des gestantes en fonction de la consultation Prénatale (CPN)

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
Aucune	0	0 ,0%
1-3	3	5%
Super ou égal à 4	58	95%
Total	61	100

Tableau XI : Répartition des gestantes selon la prise de Tension Artérielle

Prise de Tension Artérielle	Effectif	Pourcentage
Inférieur ou égal à 11/6	20	32,78
11/7 – 12/7	34	55,74
12/8 – 13/8	6	9,84
Supérieur ou égal à 14/9	1	1,64
Total	61	100%

Tableau XII : Répartition des gestantes en Fonction de la température

Prise de Température	Effectif	Pourcentage
Inf ou égal à 37,5	58	95,1%
38-39	3	4,9%
Sup à 39	-	-
Total	61	100%

Tableau XIII: Répartition des gestantes en fonction du poids en Kilogramme (kg).

Poids des parturientes en Kg	Effectif	Pourcentage
Inférieur à 50	6	10,0%
50 – 70	53	87,0%
Supérieur à 70	2	3,0%
Total	61	100%

Tableau XIV : Répartition des gestantes selon le Groupage Rhésus

Le Groupage Rhésus	Effectif	Pourcentage
A+	8	13,1%
B+	28	45,9%
0+	25	41%
Total	61	100%

Tableau XV : Répartition des gestantes selon le résultat de la glycémie en jeun.

Recherches de glycémie	Effectif	Pourcentage
Inférieur à 4,2	15	24,60%
4,2 – 6,2	46	75,4%
Total	61	100 ,00%

Tableau XVI : Répartition des gestantes en fonction des résultats de la créatinémie

Résultats des créatinémies	Effectif	Pourcentage
Inférieur à 1	1	1,60%
1 - 3mmol / L	60	98,40%
		100,00%
Total	61	100 ,00%

Tableau XVII : Répartition des gestantes selon les BW.

Résultats de la sérologie BW	Effectif	Pourcentage
Positif	25	41,00%
Négatif	36	59,00%
TOTAL	61	100,00%

Tableau XVIII: Répartition des gestantes selon le taux d'hémoglobine.

Résultats du taux d'hémoglobine	Effectif	Pourcentage
Inférieur ou égal à 7	3	4,90%
8 - 10g / dl	12	19,70%
Supérieur à 10g / dl	46	75,4%
Total	61	100%

Tableau XIX : Répartition des gestantes selon l'Age Gestationnel à l'échographie tardive.

Age Gestationnel (semaine d'aménorrhée)	Effectif	Pourcentage
Inférieur 28	55	90,2%
Supérieur ou égal à 28	6	9,8%
Total	61	100%

pourcentage

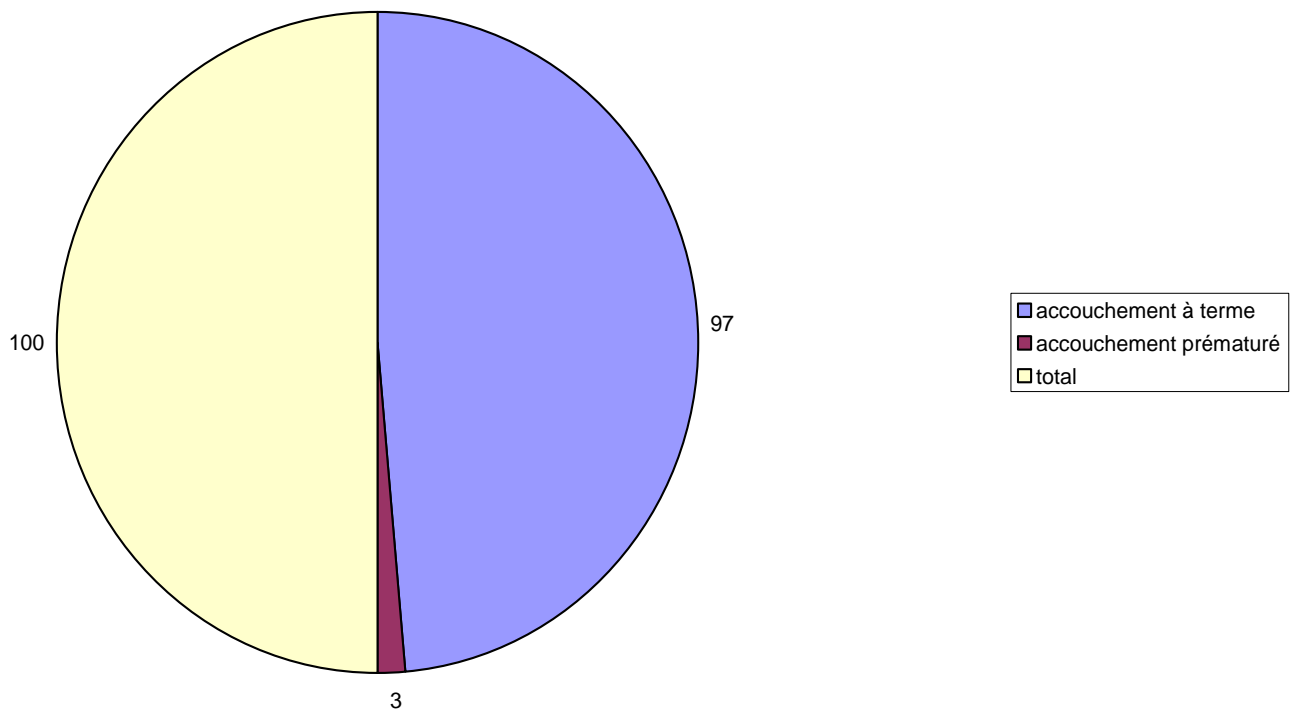


Figure4 : Répartition des gestantes selon l'issu de la grossesse

Tableau XX: Répartition de gestantes selon le Lieu choisi pour l'accouchement.

Lieu choisi pour l'accouchement	Effectif	Pourcentage
CSOM	3	4,92%
CSRef Famory Doumbia	5	8,20%
Hôpital Régional de Ségou	53	86,88%
Total	61	100%

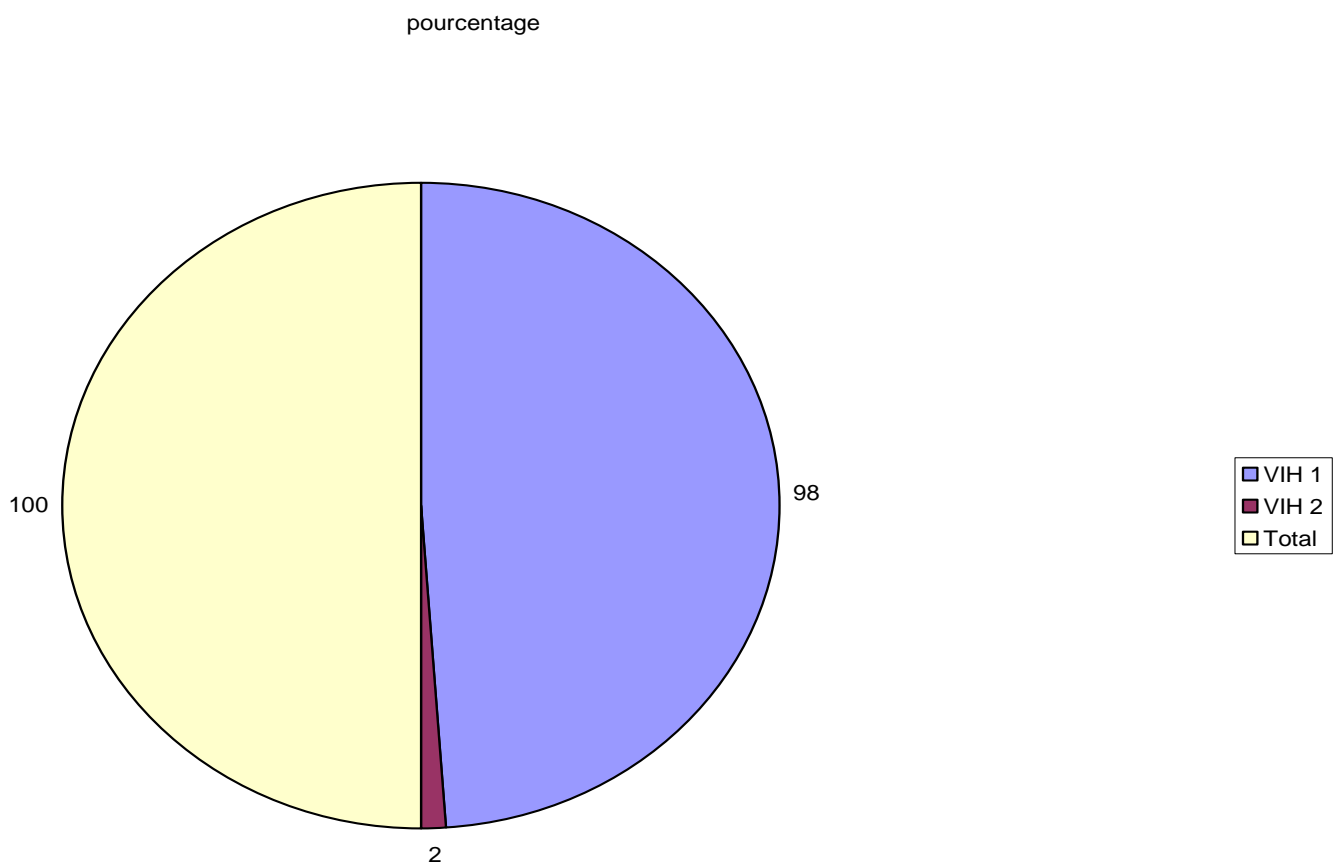


Figure5 : Répartition des gestantes selon le type de VIH

Tableau XXI : Répartition des gestantes selon le stade OMS.

Stade OMS	Effectif	Pourcentage
1	29	48,30%
2	25	40,00%
3	7	11,70%
Total	61	100%

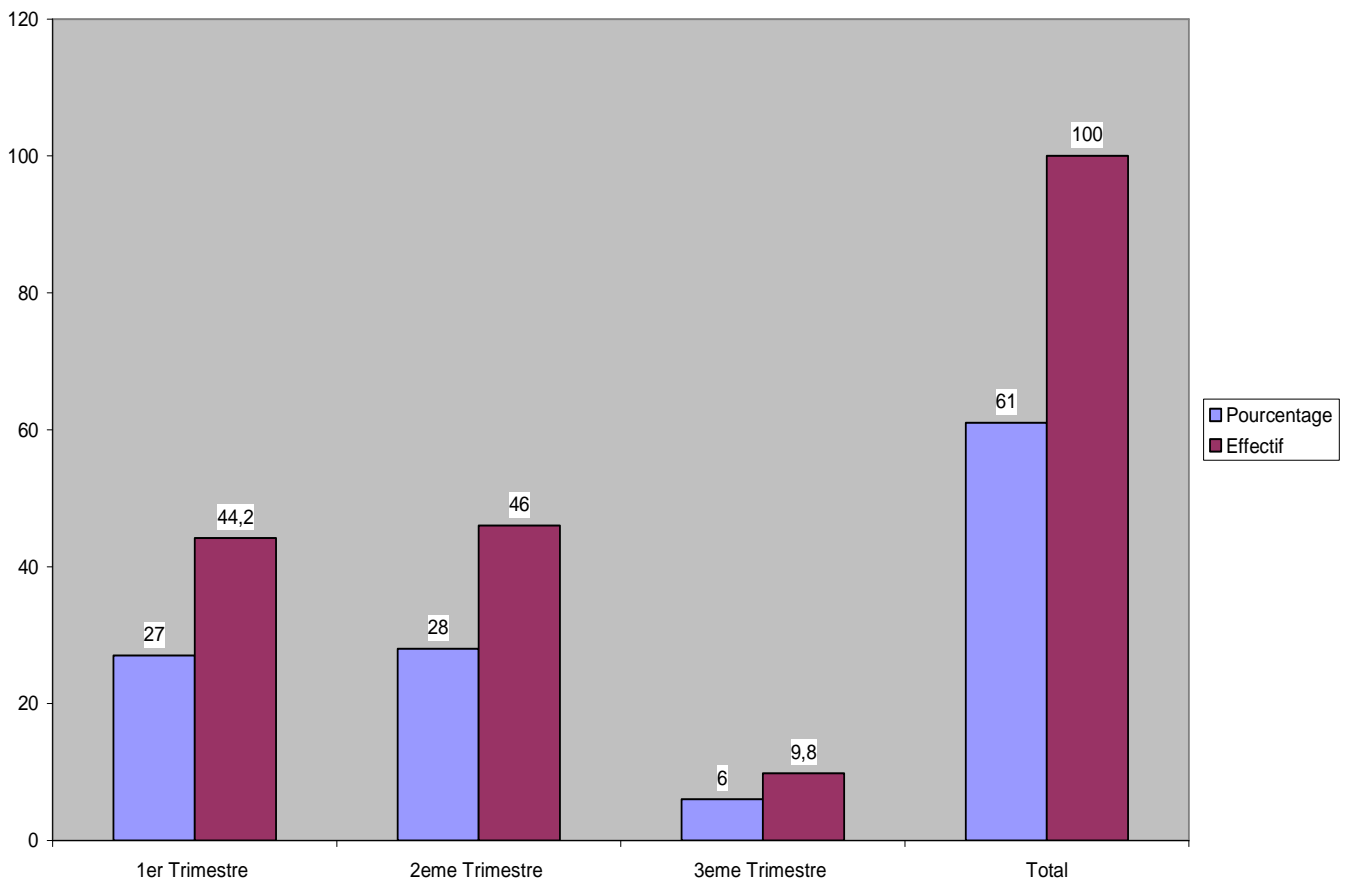


Figure 6 : Répartition des gestantes en fonction de la période de réalisation du test

Tableau X XII: Répartition des gestantes selon le taux de CD4.

Taux de CD4	Effectif	Pourcentage
CD4 inf 200	6	9,8%
CD4 : 200 - 499	23	37 ,7%
CD4 : Supérieur ou égal à 500	32	52,5%
Total	61	100%

Tableau XXIII : Répartition des gestantes selon le Protocole de la Prophylaxie ARV Choisie pendant la Grossesse

Prophylaxie ARV choisie chez les Gestantes	Effectif	Pourcentage
Trithérapie	61	100%
Bithérapie	-	-
AZT seul	-	-
NVP	-	-
Total	61	100%

NB : aucune des parturientes suivies n'étaient sous traitement ARV.

Trithérapie : en phase d'initiation

NVP 200 mg : 1 cp/ jour pendant 14 jours

AZT (300 mg) : 1 cp 2 fois/ jours pendant 14 jours

3 TC (150 mg) : 1cp 2fois/ jour pendant 14 jours

En phase continu

Triomune 30 : 1cp 2 fois/ jour « d4T (30 mg) + 3TC (150 mg) + NVP (200mg) »

pourcentage

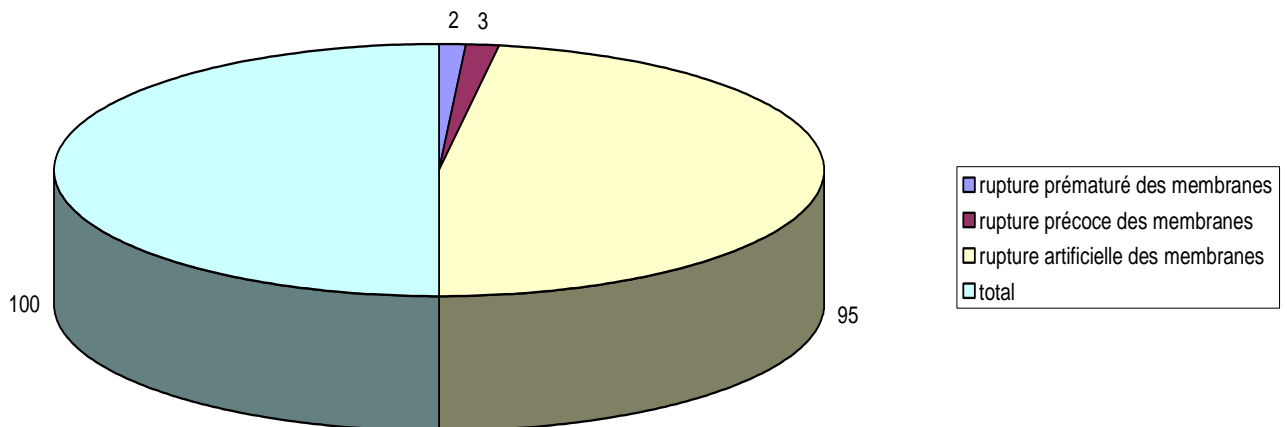


Figure7 : Répartition des gestantes en fonction de l'état des membranes pendant le travail.

Tableau XXIV : Répartition des gestantes en fonction de la durée du travail

Durée de travail	Effectif	Pourcentage
Inf 12	2	3,28%
Sup12	58	95,08%
Imprécise	1	1,64%
Total	61	100%

Tableau XXV : Répartition des gestantes selon le temps mis entre la rupture artificielle des membranes et l'accouchement

Temps entre Rupture des membranes et accouchement (heures)	Effectif	Pourcentage
Inf 6	58	95%
6-12	2	3%
Sup. 12	1	2%
Total	61	100%

Tableau XXVI : Répartition des gestantes selon l'état du liquide Amniotique à l'accouchement

Liquide Amniotique	Effectif	Pourcentage
Clair	60	98,4%
Teinté	1	1,6%
Total	61	100%

pourcentage

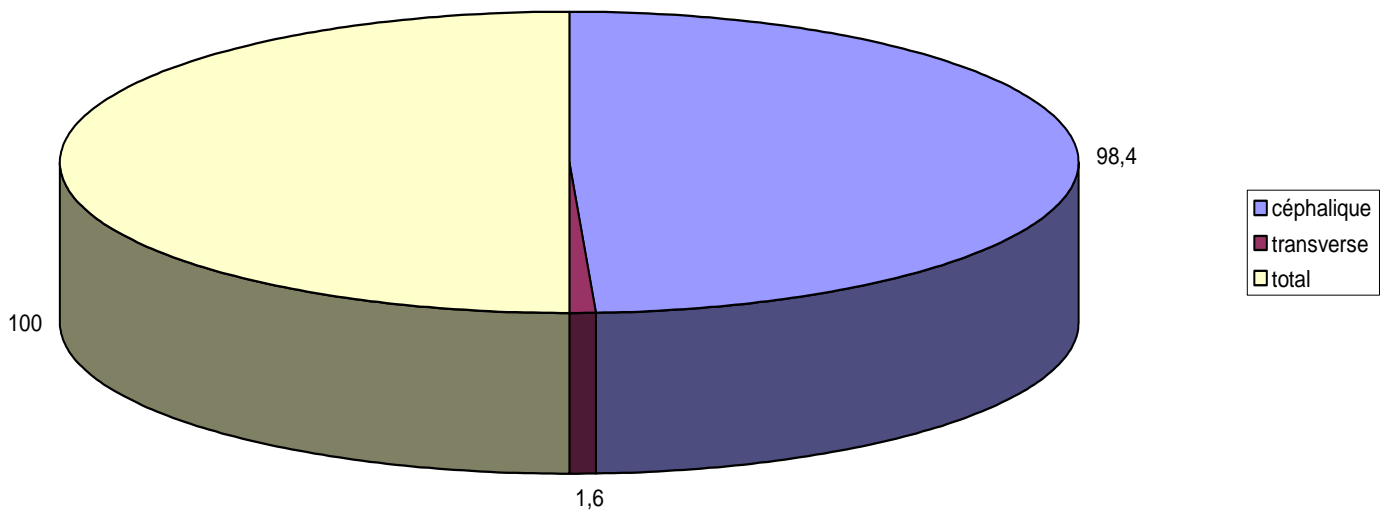


Figure 8 : Répartition des gestantes selon le type de Présentation du fœtus.

Tableau XXVII: Répartition des gestantes selon le mode d'accouchement.

Le mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Césarienne	1	1,60%
Voie Basse	60	98,40%
Total	61	100%

NB : Césarienne indication : (1) Présentation transversale

Tableau XXVIII : Répartition des gestantes selon le Protocole de la Prophylaxie choisie en post partum

Prophylaxie choisie en post Partum	Effectif	Pourcentage
Trithérapie (Triomune 30)	61	100%
Bithérapie (Duovir)	-	-
AZT seul	-	-
NVP seul	-	-
Total	61	100%

Tableau XXIX: Répartition des gestantes selon l'état du nouveau-né à la naissance.

Etat du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Mort-né frais	2	3,30%
Vivant	59	96,70%
Total	61	100%

Tableau XXX: Répartition des Nouveau- nés en fonction du Score d'Apgar

Score d'Apgar	Effectif	Pourcentage
0*	2	3,28%
1-7	1	1,64%
Supérieur ou égal à 8	58	95 ,08%
Total	61	100%

NB : 0* pour les morts nés**Tableau XXXI :** Répartition des Nouveau- nés en fonction du poids (gramme)

Poids (g)	Effectif	Pourcentage
Inf 2500	2	3,28%
2500- 3999	59	96,72%
Total	61	100%

Tableau XXXII : Répartition du nouveau-né selon la taille en centimètre

la taille du nouveau-né en centimètre	Effectif	Pourcentage
≤ 46	2	3
47 - 48	1	2
≥ 49	58	95
Total	61	100%

pourcentage

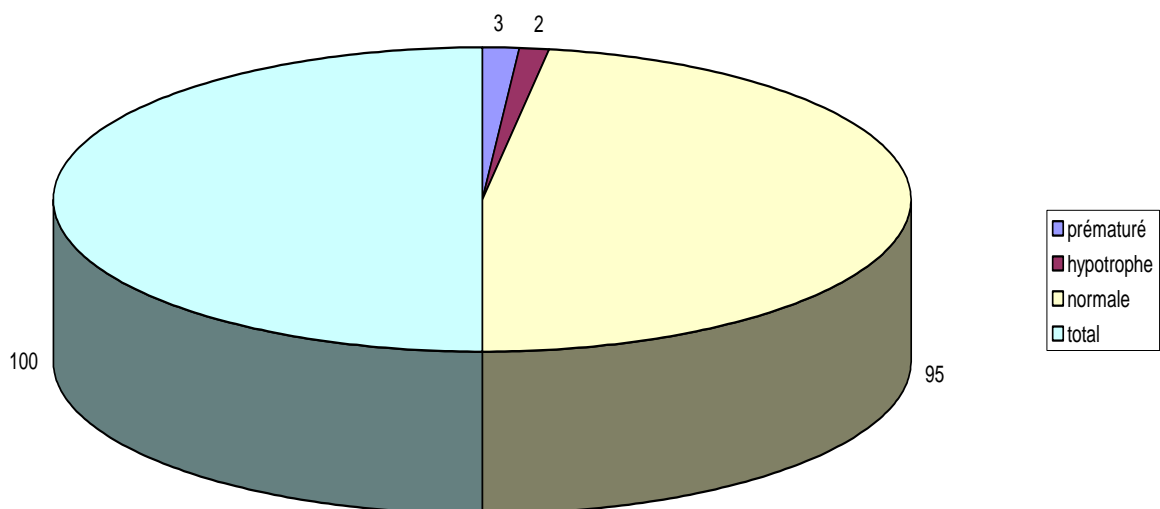


Figure 9 : Répartition du nouveau né selon la maturité

Tableau XXXIII : Répartition des nouveau-nés selon le protocole de la prophylaxie ARV choisie.

La prophylaxie choisie chez le nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Trithérapie	58	95,10%
Bithérapie	3	4,9%
Total	61	100 ,00%

NB : Trithérapie : (Nevirapine+ Lamivudine+ Zidovudine) sirop
 Bithérapie : (Lamivudine + Nevirapine, Nevirapine+Zidovudine) sirop
 NVP : 2mg /kg en prise unique dans les 72 première heures de vie
 +AZT : 4mg /kg 3x /jour pendant un mois
 + 3TC :2mg/kg 2 x/jour pendant un mois

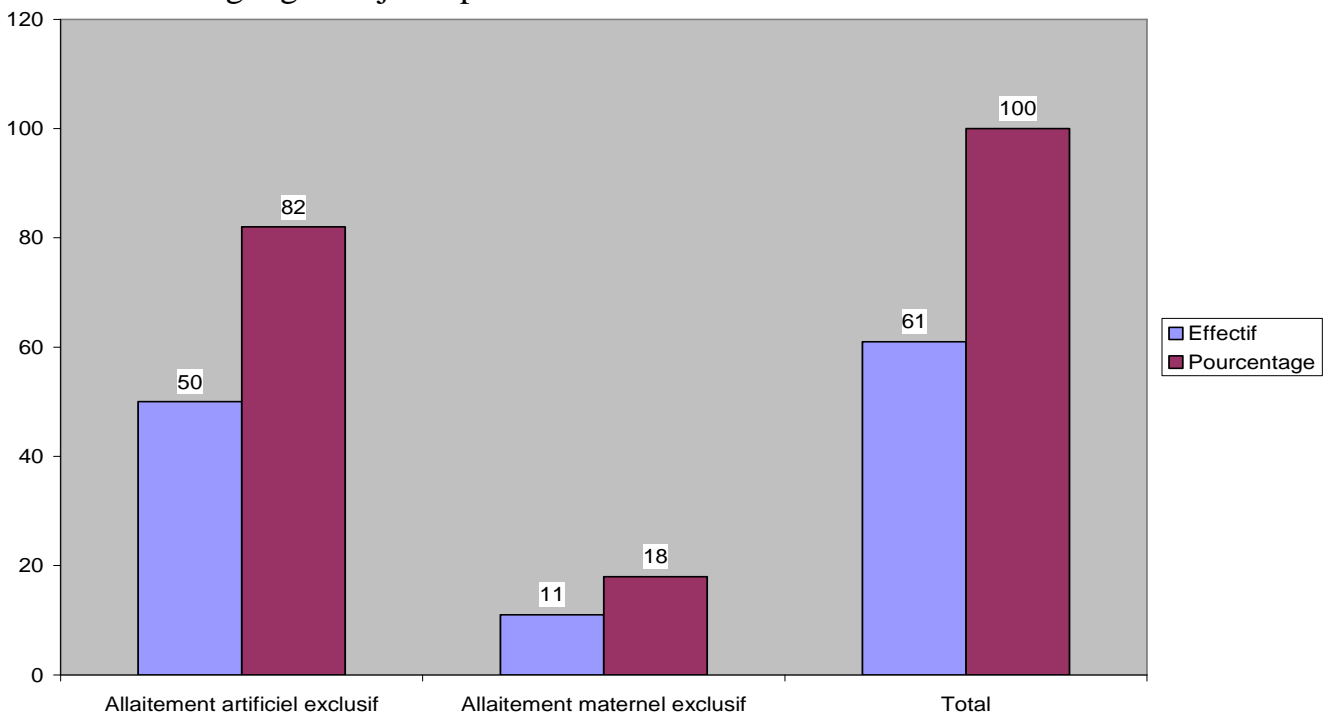


Figure 10 : Répartition des gestantes selon le mode d'allaitement du nouveau-né

Tableau XXXIV : Répartition des enfants selon le PCR1

PCR1	Effectif	Pourcentage
Négatif	49	98
Positif	1	2
Total	50	100%

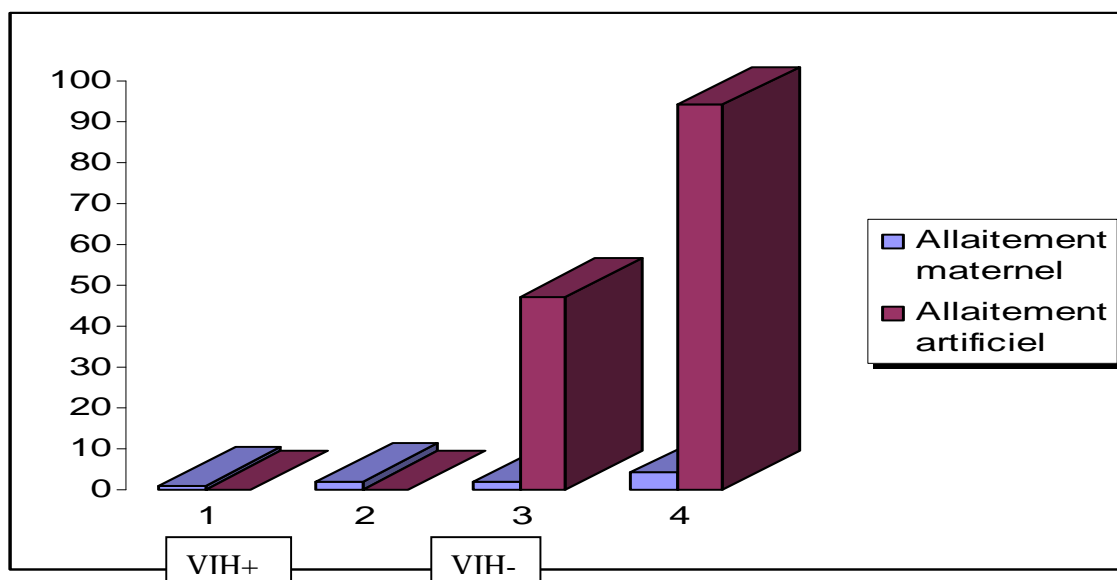


Figure 11: Sérologie VIH en fonction du mode d'allaitement.

Tableau XXXV: (Tableau combiné) Taux de CD4 chez les gestantes et le statut sérologique des enfants selon leurs PCR-1.

Taux de CD4	Statut sérologique des enfants		
	VIH+	VIH-	Total
Inférieur 200	1(100%)	5(10%)	6(12%)
Compris entre 200-499	-	20(40%)	20(40%)
Supérieur ou égal à 500	-	24(48%)	24(48%)
Total	1(2%)	49(98%)	50(100%)

$X^2 = 1,9$ DDL=1 $P < 0,05$ la différence n'est pas significative.

Tableau XXXVI: Transmission mère enfant du VIH/SIDA en fonction du type de VIH et du statut sérologique des enfants.

Types de VIH des mères	Statut sérologique des enfants		
	VIH+	VIH-	Total
VIH 1	1(100%)	48(98%)	49(98%)
VIH2	-	1(2%)	1(2%)
Total	1(2%)	49(98%)	50(100%)

$X^2 = 11,9$ DDL=1 $P < 0,05$ la différence est significative.

Le tableau résumant l'impact du VIH-1 et du VIH-2 sur la grossesse et le statut de l'enfant.

Tableau XXXVII: Stade clinique selon OMS et statut sérologique des enfants.

Stades cliniques Selon OMS	Statut sérologique des enfants		
	VIH+	VIH-	Total
Stade 1	-	23(46%)	23(46%)
Stade 2	-	20(40%)	20(40%)
Stade 3	1(100%)	6(12%)	7(14%)
Total	1(2%)	49(98%)	50(100%)

$X^2=18,9$ DDL=2 $P<0,05$ la différence est très significative.

COMMENTAIRES

PREVALENCE DE L'INFECTION VIH/SIDA CHEZ LES GESTANTES :

2740 gestantes ont bénéficié d'un test sérologique dont 61 cas positifs soit une prévalence de 2%.

EDMSIII en 2002 rapportait un taux de 2% pour la seule région de Ségou.

CARACTERISTIQUE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

L'âge moyen de nos gestantes était de 26ans. Pour Yacine A. (40) qui trouvait un âge moyen égal à 26ans. Ce même auteur trouve qu'en Afrique les jeunes filles commencent l'activité sexuelle très tôt et surtout la pratique des mariages précoces qui exposent la majorité au risque de contamination.

La majeure partie des femmes séropositives était non instruite où au plus avait un niveau primaire.

Ces taux des femmes non scolarisées ont certainement joué un rôle prépondérant dans la compréhension et l'adhésion des femmes aux activités de PTME. Dans la majorité des cas, elles vivent dans un foyer, ceci pourrait être un atout pour une cohésion du couple à l'annonce du statut sérologique de la mère.

LES ANTECEDENTS

Les primigestes dominent notre série avec 50,80% suivie des paucigestes avec 36,10%. Pour Diouf A. (8) à Dakar où les paucigestes dominent sa série avec 44,40%, ceci explique que la population jeune constitue la couche la plus vulnérable. Notre étude révèle que 17% de nos gestantes avaient aucun enfant vivant, 11,50% de nos gestantes avaient au moins 2 enfants décédés ; témoin d'un indicateur de sous développement.

EXAMENS CLINIQUES

La majorité de nos gestantes avaient un poids supérieur à 50kg. Cela s'explique par le fait que la majeure partie de nos gestantes sont vues à un stade clinique moins avancé.

Seulement 11,70% de nos gestantes étaient au stade 3 de la classification de l'OMS. Le seul cas de contamination verticale était retrouvé chez le nouveau-né de mère au stade III de l'OMS qui témoigne l'existence d'un lien entre la TME et le stade clinique de l'OMS.

EXAMENS PARACLINIQUES

Dans notre étude 98,4% de nos gestantes sont infectés par le VIH-1 contre 1,6% ; ces chiffres se rapprochent à ceux rapportés par le CNTS d'Abidjan où l'infection VIH-1 concernait 87% de leurs gestantes.

En Afrique subsaharienne, région la plus touchée du monde par la pandémie de l'infection par le VIH, la prévalence de l'infection par le virus du type 1 (VIH-1) dépasse 90% chez les gestantes selon DEBIS F. Le VIH-2 a été retrouvé seulement chez 1,60% de nos patientes contre 10% des patientes séropositives à Abidjan.

Ce qui explique que la majeure partie des patientes sont à la phase de primo infection

La moitié de nos patientes avait un CD4 supérieur à 500/mm³

Et toutes ces patientes ont bénéficié du dosage de CD4 et des ARV grâce à l'implication des autorités Malienne ; ce qui donne à ces gestantes séropositives l'espoir d'un lendemain radieux.

24,60% de nos gestantes présentaient une anémie à la biologie ceci s'explique par un bas niveau socio-économique de la population.

ACCOUCHEMENT

La voie basse a été le mode d'accouchement le plus fréquent avec 98,40% ; même constat fait par Bagayogo A. (3) trouvait 83,90%.

La voie basse est le mode d'accouchement de prédilection dans toutes les séries sus citées.

Cependant, selon Mandelbrot L. et coll, les femmes séropositives ayant eu recours à la césarienne entre 1999-2000 étaient de 40-45% aux états unis, et 78% en europe.

Ces auteurs précisent que le recours à la césarienne associée à un traitement antirétrovirale a permis de réduire le taux de transmission à moins de 2% dans les pays développés.

Les résultats quoiqu'impresionnant n'aient qu'un impact limité pour les pays en développement où des complications maternelles sévères sont observés à la suite d'une césarienne, principalement chez la femme infectée par le VIH.

En effet, une étude conduite en Afrique a permis de démontrer que la mortalité maternelle à la suite d'une césarienne est cinq fois plus élevée chez les femmes infectées par le VIH que chez les femmes non infectées.

PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE

Tous les nouveau-nés ont bénéficiés de la prophylaxie ARV en bithérapie ou trithérapie expliquant la bonne observance dans la prise en charge pour réduire le risque infectieux. Cette prophylaxie ARV a été rendue possible grâce à l'implication des plus hautes autorités, qui ont fait de cette pandémie, une priorité .

Concernant le type d'alimentation des nouveaux-nés de mères séropositives, le choix a été porté sur l'allaitement artificiel exclusif avec 82% des cas.

En effet la quasi-totalité des femmes ayant adhéré au counseling, au dépistage et ayant bénéficié de la trithérapie au cours de la grossesse s'est montrée déterminée à faire le choix de l'allaitement artificiel exclusif comme mode d'alimentation de leurs nouveaux-nés.

SUIVI DU NOUVEAU- NE

Un nouveau-né parmi les 50 avait un PCR-1 positif soit 2%.

Ce résultat est inférieur à celui réalisé au Bénin par KOUMAK PAIS A où 7% des nouveaux-nés avaient un PCR-1 positif.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que 48,3% de nos gestantes étaient vues à un stade moins avancé et 50,80% avaient un CD4 supérieure à 500mm^3 et 82% des nouveaux-nés ont bénéficié d'un allaitement artificiel en plus de la prophylaxie ARV.

Pour YACINE A. où 74,4% des nouveaux-nés avaient bénéficié de l'allaitement artificiel.

Au cours de notre analyse nous avons trouvé que les patientes qui ont le VIH-2 ont un faible taux de contamination verticale.

Ce résultat a été prouvé dans la littérature que le VIH-1 étant le principal responsable du sida dans le monde, a un haut risque de transmission que le VIH-2 chez la plupart des auteurs à travers le monde.

88,8% de nos gestantes étaient vues au stade 1 ou 2 de l'OMS contre seulement 11,2% au stade 3.

Le seul cas de contamination a été enregistré chez un nouveau-né de mère séropositive qui était au stade 3 de l'OMS.

Ceci traduit l'existence d'un lien entre le stade clinique de l'OMS et la transmission mère enfant. La transmission materno-foétale est donc proportionnelle au stade clinique.

CONCLUSION

Au terme de notre étude qui s'est déroulée dans le service de gynéco obstétrique de l'HÔPITAL NIANAMKORO FOMBA DE SEGOU du premier décembre 2006 au 29 février 2008 soit une durée de 14mois nous pouvons retenir :

- La fréquence de la séropositivité chez les parturientes était de (2%).
- La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20- 35 avec une fréquence a (92%).
- Le test rapide a beaucoup servi pour le dépistage.
 - Le profil type était celui d'une primipare (50 ,8%) âgée d'au moins 30ans (80 ,30%), a faible revenue (62 ,20%), ayant au plus trois enfants (55 ,70%) résidant pour la majorité des cas dans la ville de segou
- (88,30%) de nos gestantes étaient vues a un stade clinique 1ou 2 de l'OMS expliquant la diminition du risque de transmission.
- La voie basse a été le mode d'accouchement de prédilection (98 ,40%).
- Tous les nouveaux nés ont bénéficié de la prophylaxie ARV soit en trithérapie ou bithérapie.
- L'allaitement artificiel a été le mode d'alimentation de choix du nouveau- né malgré son coût est élevé.

Malgré notre courte série il se dégage de cette étude la nécessité d'une prise en charge adéquate de cette association.

- Au cours de la grossesse : La prophylaxie ARV chez les gestantes, toutes les affections opportunistes ;
 - Aucours de l'accouchement la prévention des infections par le respect des règles de l' aseptie ;
 - L'observance des ARV aucours du travail d accouchement ;
- La mise systématique sous ARV du nouveau né en trithérapie ou bithérapie ; l'allaitement artificiel exclusif ;

Une bonne collaboration entre obstétricien, infectiologue, pédiatre. Pourrait réduire considérablement cette transmission mère enfant.

RECOMMANDATIONS

➤ **A LA POPULATION**

- adhérer au programme de PTME, venir régulièrement à la consultation prénatale.
- accepter la méthode alternative d'alimentation des enfants nés de mère séropositives. .
- éviter la marginalisation et la discrimination à l'égard du couple mère enfant infecté par le VIH/SIDA.

AU PERSONNEL DE SANTE

- Faire une proposition systématique du test HIV au cours de la première consultation prénatale.
- Considérer tous cas de VIH sur grossesse comme une grossesse a risque et dont la prise en charge doit être multidisciplinaire
- Faire le counseling à toutes les femmes enceintes qui viennent en consultation prénatale ou pour accoucher afin d'augmenter le taux de dépistage.
- Faire une prise en charge précoce et efficace des infections
- Améliorer la qualité de l'accueil et le suivi de l'accouchement en salle de travail.
- Etre toujours disponible à la prise en charge psycho sociale des patientes.
- Informer toujours le couple à faire un choix éclairer quand à l'alimentation du nouveau-né.
- Elaborer des dossiers médicaux conformes à un bon suivi des enfants.

➤ **AUX AUTORITES SANITAIRES**

- Formation en nombre suffisant de spécialistes en infectiologie, obstétrique et pédiatrie

- Création et équipement correct des sites PTME du VIH/SIDA (centre multidisciplinaire), équipé les salles de counseling en matériel audiovisuels et support d'IEC
- Informatiser les unités de PTME pour une bonne collecte et un bon stockage des données
- Assurer la dotation régulière des unités en médicaments antirétroviraux, en test HIV et en lait artificiel pour une meilleure prise en charge
- Promouvoir la bithérapie et la trithérapie afin de diminuer autant que possible les risques de résistance à la NVP.
- Former et superviser régulièrement les agents exécutent les activités de la PTME.

REFERENCES

1 ADJOVIC.

Surveillance de l'infection par le VIH/SIDA et les IST à Cotonou
PNIS/BENIN : 2001, P53

2 Amina H

Evaluation de la mise en œuvre de la PTME mère –enfant du VIH
/SIDA à l'hôpital de la mère de l' enfant Lagune de cotonou
Thèse mèd , Bamako 2005 ,105P N° 96

3 Bagayogo A.

Evaluation de la prise en charge de la femme enceinte VIH positif à
HGT
Thèse : méd : Bamako 2004 ,48P, N° 68

4 Brun Vezénit F.

Infection à VIH-2 caractéristiques cliniques,
Épidémiques et virologiques Sidalerte, août- septembre 1992, N° 15-16

5 Burns. DN, Landsman's, Minkoff Hetal.

The influence of pregnancy on human immunodeficiency virus type 1
infection: ant partum postpartum changes in human immunodeficiency
virus type 1 Viral Load. Br. J Obst Gynécol. 1998; 105: 836-48

6 Boyer P .J, Dillon M, Navoie M and al.

Factors predictive of maternal –fetal transmission of
HIV :prelimary analysis of zidovudine given during pregnancy and /or
delivery.JAMA 1994, VIH (Edition 2004), 271:1925-1930.

7 DELAPORT E.

Actualités sur l'infection à VIH en Afrique subsaharienne. Med trop 1999 ; VIH (édition 2004)59 : 57-9

8 Diouf A ; Kebe F ; Faye E ; et Al .

L'infection par le VIH chez la femme enceinte a Dakar (Sénégal) Jr Gycecol obset Biol Reprod 1996, 23 :283-7

9 DNS, DPM, PLNS,et du CESAC,.

Manuel de référence Compétences en counseling en matière de VIH/SIDA axè sur la PTME UNICEF Mali, septembre 2003-8-11

10 Dorenhaum A,Cunninghan CK,Gelber RD et al .

Addition of two-dose intrapartum /Nevirapine to standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV-1 transmission:PACTG 316.

JAMA 2002;288:189-98

11 European collaborative study .Swiss Mother and child HIV cohort study.

Combinaison antiretroviral therapy and duration of pregnancy.

AIDS 2002,14:2391-20.

12 François Débris, Valériane Loroy.

Mandelbrot L; Tubiana R; Matheran S et Al. Grossesse et infections par le VIH. Edition 2004 chap. 38; 441-57(7x)

13 Guay LA, Musoke P, Fleming et al.

Intrapartum and neonatal single –dose nevirapine compared with Zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala,Uganda,:HIVNET 012 randomised trial.
Lancet 1999;345:795-802

14 Gentilini M. DUFLO. B.

SIDA Tropical in Médecine Tropicale, 1986 401.413

15 Girard P .M .Katlama ch .Pialoux G.

VIH, 6ieme Edition: Dion Paris 2004:635P

16 Guay LA; Musoke P ; Fleming T et al.

Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with Zidovudine for prevention of mother to child transmission of HIV -1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. Lancet 1999; 345: 795- 802.

17 International Perinatal HIV Group.

Duration of rupture membranes and vertical Transmission of HIV1; A meta-analasis from 15 prospective cohort studies.
AIDS 2001; 15: 357-68

18KATTRA NM.

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-thèse Med Bamako 2002 N°14

19 KATLAMA .C ;J .CHOSN.

VIH et sida prise en charge et suivi du patient 178 Pages

20 Keita L .

Recherche de l'infection à VIH chez 151 gestantes vues au service de gyneco-obstetrique de l'hopital Nianankoro Fomba de ségou de Mars 2003 à février 2004 N°23 15-16P

21 KHUONG J.

Infection à VIH et grossesse : étude rétrospective de 124 cas titre de la revue : pathologie et biologie :(Pari) pp.544 546(3page)

22 LEVASSEUR, G.

Le corps P, SIDA 1993 : l'infection par le virus de L'immuno déficience humaine en pratique médicale quotidienne.

23 Mandelbro L, Landreau –Mascaro A, Rekacewicz et al.

Lamuvudine, Zidovudine combinaison for prévention of maternal infant transmission of HIV .JAMA 2001; 283: 2083-93

24 Mandelbrot L ; Mayaux MJ ; Bougain A et Al.

Obstetric facto rand mother to child transmission of VIH type 1: the french perinatal cohorts. Am J Ostet Gynecol 1996; 175:661-7

25 Manuel de référence (Août 2006).

Compétence en counseling en matière de VIH/SIDA

26 Ministère de la santé/Direction Nationale de la santé.

Enquête Démographique de santé MALI III (EDS III-MALI) Juin 2002.

27 MICHEL C. PHILIPPE M. NICOLAS M ET Coll.

ATTITUDE of pregnant Woman towards HIV testing Abidjan, Cote d'ivoire And Bobo- Dioulasso, Burkina Faso:
For the DDITRAMA study Group (ANRS.049 clinical Trial

28 Ministère de la santé, direction nationale de la santé

Publique, programme National d'accès aux ARV "IMAARV" plan d'action janvier 2001

29 MONTAGNIER L.

Virus de l'immuno déficience humaine
Revue Prat 1987 ; 37 : 2553-2558

30 ONU SIDA/OMS.

Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant : Option Stratégiques Genève suisse 1999

31 ONU SIDA/OMS.

Le programme commun des nations Unies sur le VIH/SIDA
Le point sur l'épidémie de SIDA. Rapport spécial sur la prévention du VIH, décembre 2005.

32 ONUSIDA.

Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/SIDA 2002. Genève/OMS ; 2002, VIH (édition 2004)

33 ONUSIDA/OMS 2003 : le point sur l'épidémie du SIDA
décembre 2003. Genève 2003

WWW unaid.org://WWW.unaid.org

34 ONUSIDA- décembre 2005

35 ONU/SIDA EDSIV

**36 PICHARD E, GUINDO A, GRE G, FOFALAYI, OSSETET
KONARE B, et al**

L'infection par le virus de l'immuno déficience humaine (VIH) au Mali
Med Trop 1988, 48, 345-349.

37 PHILIPPE. M.

Le choix du protocole de prophylaxie antirétrovirale pour la
prévention de la transmission mère enfant du VIH : mono, bi ou
trithérapie.

Développement et santé N° 173 Réédition 2006.

38 Paufique MO. ,

Aspect èpidemiologique et clinique actuel de l'infection par le VIH en Afrique
tropicale .

Thèse, Médecine, Marseille, 1988.

39 UNICEF/Statistiques/VIH SIDA

Statistiques par pays : MALI : décembre 2001.

40 VIGOT CRIPS –

Programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à
l'enfant. Guide du SIDA

41 YACINE A.

Evaluation de la mise en œuvre de la PIME du VIH à L'hôpital de la mère Et de
l'enfant, lagune de Cotonou, Thèse de Médecine, 2005.

QUESTIONNAIRE FICHE D'ENQUETE

I. IDENTIFICATION DE LA PATIENTE :

- 1 Nom.....
- 2 Prénom.....
- 3 Date de naissance..... /.../ ou Age :.....ans
- 4 Situation de famille : Célibataire Divorcée Veuve
 Mariée polygame Mariée monogame Fiancée Autre
- 5 Nationalité.....
- 6 Ethnie.....
- 7 Résidence habituelle : Ségou Bla Macina Tominian
 San Niono Markala Baroueli Autre
- 8 Adresse permanente
- A Rue..... Porte.....
- B Quartier.....
- C Ville.....
- D Autres spécifications
- 9 profession : Ménagère Cultivatrice Eleveuse Commerçante
 Militaire Fonctionnaire Autres
- 10 Mode d'entrée : HR CSCOM CSREF Famory
 Maternité Maya Boly Garnison militaire
- 11 VIH positif : oui
- 12 Type de VIH : VIH-1 VIH-2 VIH-1+VIH-2
- 13 Date du test de confirmation du VIH positif...../.../200
- 14 Personne de source informée du statut sérologique : M/Mme.....
- 15 Conjoint informé du statut sérologique : Oui Non
- 16 Statut sérologique du conjoint : (+) (-) Indéterminé
Coépouse 1 : (+) (-) Indéterminé
Coépouse 2 : (+) (-) Indéterminée
- 17 Nombre D'enfant :.....
- 18 Nombre d'enfants séropositif :.....

II. ANTECEDENTS :

1. Antécédents Obstétricaux

19 Gestité.....

20 Parité.....

21 Avortement.....

22 Enfant mort-né, date approximative.....

23 Enfant décédés, cause et date approximative.....

24 Enfant vivant.....

a- Age b- Statut VIH: Positive négative Indéterminé 2.

Antécédents Médicaux:

25 Diabète: Oui Non

26 Drépanocytose: Oui Non

27 Immunodépression acquise: Oui Non

III. COMPLICATION

28 Anémie

29 Hémorragie

30 Algie pelvienne

31 Rupture prématuré des membranes

32 Autres

IV. GROSSESSE ACTUELLE

33 Date de diagnostic de grossesse.....

34 Terme prévu.....

35 Terme actuel : Mois Semaine d'aménorrhée

36 Lieu choisi pour le suivi prénatal.....

37 Lieu choisi pour l'accouchement.....

38 Mode d'alimentation choisi pour le nouveau-né :

Alimentation artificielle exclusive Allaitement maternel exclusif

V. EXAMEN CLINIQUE LORS DE LA VISITE

39 Poids.....kg ; Taille...cm ; TA..... ; T°..... ; HU.....cm

VI. EXAMEN BIOLOGIQUE

40 Date de prélèvement...../...../200

HEMATOLOGIE		BIOCHIMIE	
Leucocytes/mm3		ALAT	
Hématies/mm3		Créatinémie	
Hb/Ht/VGM		Glycémie	
Plaquette /mm3		Amylasemie	
Polynus Neutrophiles/mm3		Albuminurie	
Lymphocytes Totaux/mm3		SEROLOGIE	
IMMUNOLOGIE		Toxoplasme	
Lymphocytes CD4/mm3		BW, VDR	
Groupe Rhésus		Virologie	

Stade clinique CDC A B C

Stade OMS 1 2 3 4

CD4<200 CD4 200-500 CD4>500

41 Causes d’hospitalisation:

- Anémie Hémorragie
- Paludisme Autres.....

42 Durée d’hospitalisation :

VII. EDUCATION THERAPEUTIQUE INITIAL

43 La patiente à-t-elle évalué par l’éducateur thérapeutique ? Oui Non

44 Les informations suivantes ont-elles été assimilées par la patiente ?

Compréhension de la maladie et mode de transmission verticale Oui Non

45 La patiente est-elle apte à initier un traitement antirétrovirale Oui Non

VII. EVALUATION DE L'OBSERVANCE

- 46 La patiente a-t-elle prise ses ARV ? Oui Non
- 47 La patiente respecte elle les rendez-vous de la pharmacie ? Oui Non
- 48 L'horaire de prise des médicaments est-il respecté ? Oui toujours Non jamais
- 49 Autres réponses
- 50 Pourquoi horaire n'est-il pas respecté ?
.....
- 51 Quel est le nombre de prise médicamenteuse d'ARV oubliées au cours des 4 dernières semaines ?
 - a- n<3 prises oubliées
 - b- n>3 prises oubliées

IX. ACCOUCHEMENT-FORMULAIRE de FIN de GROSSESSE

- 52 Identification de la mère.....
 - a- à terme
 - b- prématuré
- 53 Date de l'accouchement...../...../200
- 54 Lieu de l'accouchement.....
- 55 Issu de la grossesse : Accouchement Avortement IVGou ITG
- 56 Type d'accouchement : Voie basse Césarienne
- 57 Enfant : Vivant Mort-né Mort in utero
- 58 Grossesse gémellaire : Oui Non
- 59 Traitement reçu par la mère durant l'accouchement
 Trithérapie AZT+NVP NVP seule AZT seule Aucun traitement
- 60 Traitement prescrit pour le post partum
 Trithérapie AZT 15jours Aucun traitement

X. INFORMATION SUR L'ENFANT

- 61 Nom.....Prenon.....
- 62 Sexe : Masculin Féminin
- 63 Poids :.....Kg ; Taille.....cm ; PC.....cm
- 64 Signes cliniques : Malformation congénitales ématuré
- 65 Première injection lactée :

Lait maternel lait artificiel Non précisé
66 Si lait de mère préciser la durée..........

67 Prise de lait artificiel :

Oui Non Non précisé

68 Allaitement mixte :

Oui Non Non précisé

69 Prophylaxie chez le nouveau-né :

Oui Non Non précisé

70 Nevirapine :

Oui Non Non précisé

71 Zidovudine :

Oui Non Non précisé

72 Lamidividine

Oui Non Non précisé

73 Age de la dernière consultation...../...../...../

XI. SUIVI BIOLOGIQUE

74 Date de dépistage de l'enfant : Mois Année

75 PCR 1

1 : Positive 2 : Négative 3 : Non Faite

76 PCR 2

1 : Positive 2 : Négative 3 : Non Faite

77 PCR 3

1 : Positive 2 : Négative 3 : Non Faite