

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

République du Mali
Un Peuple- Un But- Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009

Thèse N° :...../

TITRE

**Bilan de deux années de prise en charge des
enfants nés de mères séropositives au VIH
dans le service de pédiatrie à l'hôpital de
Sikasso**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 17 /02/2009

*Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie*

Par M. Soumaila Ballo

*Pour l'obtention de grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)*

JURY

PRESIDENT :

Pr. Abdoulaye Ag RHALY

MEMBRE :

Dr. TRAORE Fatoumata DICKO

CO-DIRECTEUR:

Dr. Moussa Eugène DEMBELE

DIRECTEUR DE THESE :

Pr. Mamadou M. KEITA

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

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

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA	: Ophtalmologie
M. Bocar SALL	: Orthopédie Traumatologie Secourisme
M. Souleymane SANGARE	: pneumo-phtisiologie
M. Yaya FOFANA	: Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	: Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY	: Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	: Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE	: Pharmacognosie
M. Mohamed TOURE	: Pédiatrie
M. Ali Nouhoum DIALLO	: Médecine Interne
M. Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Sambou SOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Abdou Alassane TOURE	: Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R
M. Kalilou OUATTARA	: Urologie
M. Amadou DOLO	: Gynéco-obstétrique
M. Alhousseni Ag MOHAMED	: O.R.L.
Mme Sy Aida SOW	: Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	: Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Abdoulaye DIALLO	: Ophtalmologie
M. Djibril SANGARE	: Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	: Chirurgie Générale
M. Gangaly DIALLO	: Chirurgie Viscérale
M. Mamadou TRAORE	: Gynéco-obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Filifing SISSOKO	: Chirurgie Générale
M. Sékou SIDIBE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie –Réanimation
M. Tiéman COULIBALY	: Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	: Ophtalmologie
M. Mamadou L. DIOMBANA	: Stomatologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	: Gynéco-obstétrique
M. Sadio YENA	: Chirurgie Générale et Thoracique
M. Issa DIARRA	: Gynéco-obstétrique
M. Youssouf COULIBALY	: Anesthésie –Réanimation
M. Samba Karim TIMBO	: Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	: Oto- Rhino- Laryngologie
M. Zimogo Zié SANOGO	: Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mme Diénéba DOUMBIA	: Anesthésie –réanimation
M. Nouhoum ONGOIBA	: Anatomie et chirurgie Générale
M. Zanafon OUATTARA	: Urologie
M. Adama SANGARE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	: Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	: Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	: Orthopédie –Traumatologie
M. Lamine TRAORE	: Ophtalmologie
M. Mady MACALOU	: Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY	: Urologie
M. Niani MOUNKORO	: Gynéco- Obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	: Odontologie
M. Souleymane TOGORA	: Odontologie
M. Mohamed KEITA	: Oto- Rhino- Laryngologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

M. Daouda DIALLO	: Chimie Générale et Minérale
M. Siné BAYO	: Anatomie-Pathologie- Histo-embryologie
M. Amadou DIALLO	: Biologie
M. Moussa HARAMA	: Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	: Parasitologie –Mycologie
M. Yénimégué Albert DEMBELE	: Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	: Immunologie, Chef de D.E.R.
M. Bakary M. CISSE	: Biologie
M. Abdourahamane S. MAIGA	: Parasitologie
M. Adama DIARRA	: Physiologie
M. Massa SANOGO	: Chimie Analytique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Amadou TOURE	: Histo- embryologie
M. Flabou BOUGOUDOGO	: Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	: Parasitologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Mamadou KONE	: Physiologie
M. Mahamadou CISSE	: Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE	: Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO	: Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	: Bactériologie-Virologie

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Abdourahamane TOUNKARA	: Biochimie
M. Moussa Issa DIARRA	: Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE	: Biologie
M. Bouréma KOURIBA	: Immunologie
M. Souleymane DIALLO	: Bactériologie-Virologie
M. Cheik Bougadari TRAORE	: Anatomie-Pathologie
M. Lassana DOUMBIA	: Chimie Organique
M. Mounirou BABY	: Hématologie
M. Mahamadou A. THERA	: Parasitologie

5. ASSISTANTS

M. Mangara M. BAGAYOKO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Guimogo DOLO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Abdoulaye TOURE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Djibril SANGARE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mouctar DIALLO	: Biologie-Parasitologie
M. Bokary Y. SACKO	: Biochimie

M. Boubacar TRAORE : Immunologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdoulaye Ag RHALY : Médecine Interne
M. Mamadou K. TOURE : Cardiologie
M. Mahamane MAIGA : Néphrologie
M. Baba KOUMARE : Psychiatrie, Chef de D.E.R.
M. Moussa TRAORE : Neurologie
M. Issa TRAORE : Radiologie
M. Mamadou M. KEITA : Pédiatrie
M. Hamar A. TRAORE : Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO : Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA : Gastro-Entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA : Dermato-Leprologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Toumani SIDIBE : Pédiatrie
M. Bah KEITA : Pneumo-Phtisiologie
M. Boubakar DIALLO : Cardiologie
M. Abdel Kader TRAORE : Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE : Radiologie
M. Mamadou DEMBELE : Médecine Interne

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Mamady KANE : Radiologie
M. Saharé FONGORO : Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY : Psychiatrie
M. Bou DIAKITE : Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO : Gastro-Entérologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme Tatiana KEITA : Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA : Pédiatrie
M. Adama D. KEITA : Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE : Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA : Dermatologie
M. Daouda K. MINTA : Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

M. Kassoum SANOGO : Cardiologie
M. Seydou DIAKITE : Cardiologie
M. Mahamadou B. CISSE : Pédiatrie
M. Arouna TOGORA : Psychiatrie

Mme DIARRA Assétou SOUC	: Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	: Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	: Radiologie
M. Idrissa CISSE	: Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	: Cardiologie
M. Anselme KONATE	: Hépatogastro-entérologie
M. Moussa T. DIARRA	: Hépatogastro-entérologie
M. Souleymane DIALLO	: Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	: Psychologie
M. Soungalo DAO	: Maladies Infectieuses
M. Cheïck Oumar GUINTO	: Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

M. Boubacar Sidiki CISSE	: Toxicologie
M. Gaoussou KANOUTE	: Chimie Analytique, Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Ousmane DOUMBIA	: Pharmacie Chimique
M. Drissa DIALLO	: Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

M. Boulkassoum HAIDARA	: Législation
M. Elimane MARIKO	: Pharmacologie
M. Alou KEITA	: Galénique

4. MAITRES ASSISTANTS

M. Benoît KOUMARE	: Chimie Analytique
M. Ababacar MAIGA	: Toxicologie
M. Yaya KANE	: Galénique
Mme Rokia SANOGO	: Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

M. Saïbou MAIGA	: Législation
M. Ousmane KOITA	: Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

M. Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique, Chef de D.E.R.
M. Sanoussi KONATE	: Santé Publique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Moussa A. MAIGA : Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Bocar G. TOURE : Santé Publique

M. Adama DIAWARA : Santé Publique

M. Hamadoun SANGHO : Santé Publique

M. Massambou SACKO : Santé Publique

M. Alassane A. DICKO : Santé Publique

5. ASSISTANTS

M. Samba DIOP : Anthropologie Médicale

M. Seydou DOUMBIA : Epidémiologie

M. Oumar THIERO : Biostatistique

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. N'Golo DIARRA : Botanique

M. Boubou DIARRA : Bactériologie

M. Salikou SANOGO : Physique

M. Boubacar KANTE : Galénique

M. Souleymane GUINDO : Gestion

Mme DEMBELE Sira DIARRA : Mathématiques

M. Modibo DIARRA : Nutrition

Mme MAIGA Fatoumata SOKONA : Hygiène du milieu

M. Mahamadou TRAORE : Génétique

M. Yaya COULIBALY : Législation

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA : Bromatologie

Pr Babacar FAYE : Pharmacodynamie

Pr Eric PICHARD : Pathologie Infectieuse

Pr Mounirou CISSE : Hydrologie

Pr Amadou DIOP : Biochimie

A ALLAH (le Tout Miséricordieux, le très Miséricordieux)

Merci Seigneur d'avoir guidé mes pas et m'aider à surmonter toutes les difficultés rencontrées au cours de mes études.

Que la paix et la bénédiction soient sur notre **Prophète Mohamed** (PSL)

A mon père : SOTIQUI BALLO in memoriam

Papa, tu a été l'artisan de ce chemin parcouru ; ton courage, ta rigueur dans mon éducation ma servi aujourd'hui. Tu as compris très vite que le meilleur héritage qu'on puisse offrir à un enfant est l'éducation.

J'aimerais que tu sois là aujourd'hui.

A ma mère : KOROTOU MOU OUATTARA

Ton affection, ta tendresse et ta générosité ont beaucoup contribué à ma réussite. Femme courageuse infatigable et sociable, tu demeures pour nous une fierté et surtout un exemple à suivre.

Puisse le tout puissant te prêter longue vie.

A mes frères et soeurs:

Vous avez fait preuve de solidarité et de fraternité à mon endroit. Puisse ce travail nous inspire et nous incite à aller de l'avant car il y a toujours un chemin, une voie à suivre devant nous.

A mon épouse : Salimata OUATTARRA

Ta compréhension, ta disponibilité ; ton encouragement ; ton soutien moral et affectif constants n'ont pas fait défaut. Merci que le tout puissant nous donne longue vie heureuse.

A mon enfant Tiemoko Ballo

A qui je souhaite une très longue vie pleine de santé et de bonheur,

A mes amis et collaborateurs

Docteurs : Bagayoko, Dembélé Cissé, Samaké, Kassogué, Mariko, Awa et Maiga.

Mes remerciements

- **A tous le personnel de la pédiatrie** : à la major Mme Théra Salimatou Traoré, Mme Diawara Diara Ouattara, Mme Diallo Ferima Diamouténé, Mme Diabaté Oumou Dao, Mme Diarra Rokia Diarra, Mme Traoré Catherine Traoré et Mlle Fatoumata Bintou Traoré.
- **A tous le personnel du CERKES** : Dr Sidibé Younoussa, Abdoulaye Nimaga, et à tout le reste du personnel.
- **A mon grand frère** : DAOUDA BALLO et sa famille à Sébénikoro
- **A tous les enfants que nous suivons et leurs mères**

Je voudrais tout simplement vous dire que les moments passés avec vous m'ont été riches en enseignements.

Je prie Le Tout Puissant ALLAH pour qu'il vous accorde longue vie et donne la chance aux chercheurs de trouver un traitement curatif et préventif au VIH/SIDA.

Amen !

INTRODUCTION

ABREVIATION

3TC: Lamivudine

ACTG: AIDS clinical trials group

ADN : Acide désoxyribonucléique

AMA : assistance médicale Africaine

AMI : Assistance médicale indigène

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le SIDA

ARN : Acide ribonucléique

ARV : Antirétroviral

AZT : Zidovudine= ZDV

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

BNDA : Banque nationale de développement agricole

CAN : coupe d'Afrique des nations

CCC : Communication pour un changement de comportement

CD4 : Cellule de différenciation

CDC : Center for disease control

CERKES : Centre de référence kéné Dougou solidarité

CES : Certificat d'Etudes Spécialisées

CESAC: Centre d'Ecoute, de Soins, d'Animation et de conseils

Cf : confère

CV: Charge virale

CVD-MALI: Centre pour le développement des vaccins Mali (center for vaccine development)

CPN : Consultation prénatale

CS Réf : Centre de santé de référence

CSCOM : Centre de santé communautaire

D4t : Stavudine

Ddi : Didanosine

DEAP: Département d'épidémiologie et des affections parasitaires

ELISA: Enzyme Linked Immuno-sorbent Assay

EDS/M : Enquête démographique et de santé Mali

EFV : Efavirenz

EPF : Enquête périnatale française

ESTHER : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau

FMPOS : Faculté de médecine, pharmacie et d'odontostomatologie

HTLV : Human T-lymphocyte Virus

HGT : hôpital Gabriel Touré

HPG : Hôpital du Point G

IFP : Institut de formation professionnel

IgG : Immunoglobuline G

IMAARV: Initiative malienne d'accès aux antirétroviraux

INRSP : Institut National de Recherche sur la Santé Publique

IO : Infections opportunistes

IP : Inhibiteur de la protéase

IST: Infection sexuellement transmissible

M9 : 9 mois

M18 :18 mois

NVP : Névirapine

NSI : Non Inducteur de Synticia

OMS : Organisation mondiale de santé

ONU : Organisation des nations unies

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PCR : Polymerase Chain Reaction

PLNS : Programme national de lutte contre le sida

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PTME : Prévention de la transmission mère enfant

PVVIH : personne vivant avec le VIH

SA : Semaines d'aménorrhées

SI : Inducteur de Synticia

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SLM : Substituts du lait de mère

SQV: Saquinavir

RTV: Ritonavir (r)

TME: Transmission mère enfant

TMF: Transmission materno-foetale

VIP: very importants persons

UNICEF: United nations international children's emergency fund (fonds des nations unies pour l'enfance)

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	3
II-GENERALITES.....	4
1-Epidemiologie du virus.....	4
2-Transmission mère enfant.....	4
3-Prévention de la transmission mère enfant.....	10
4-Diagnostic Biologique.....	19
5-Diagnostic d'infection et de non infection.....	21
6-Suivi clinique et biologique de l'enfant exposé.....	23
7-Mise en place des sites PTME au Mali(rapport PTME)	26
8-Liste actuelle des sites PTME.....	29
III- METHODOLOGIE.....	31
1-Cadre et lieu d'étude.....	31
2-Type d'étude.....	34
3-Période d'étude.....	34

4-Population d'étude.....	34
5-Critères d'inclusion.....	34
6-Critères de non inclusion.....	34
7-Echantillon.....	34
8-Recueil des variables étudiées.....	34
9-Sasie et analyse des données.....	34
IV RESULTATS.....	38
V-COMMENTAIRES et DISCUSSIONS.....	50
VI-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	55
VII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	57

I INTRODUCTION

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a tué plus de 25 millions de personnes depuis qu'il a été identifié en 1981 ce qui en fait l'une des épidémies les plus dévastatrices de l'histoire [1]. Malgré un accès important au traitement antirétroviral et une vaste campagne de prévention, l'infection cause encore d'énorme problème particulièrement en Afrique subsaharienne [1].

En fin 2007, l'ONU/SIDA estimait à 33,2 millions, le nombre de personnes infectées par le VIH. Selon le même rapport, 2,5 millions d'enfants de moins de 15 ans vivaient avec le VIH/SIDA ; 330000 en sont décédés et 420000 ont été nouvellement infectés [2].

L'Afrique subsaharienne reste la zone la plus touchée par la pandémie car, bien que l'Afrique ne compte que 10% de la population mondiale, c'est là que naissent 90% des enfants infectés par le VIH [3]. Le risque de transmission est de 30% à 40% chez un enfant né d'une mère séropositive en Afrique [1].

Au Mali, les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l'infection à VIH réalisée en 2006 dans la population générale adulte au cours de l'enquête démographique et de santé (EDSIVM), ont montré une baisse du taux de prévalence du SIDA de 1,7% à 1,3% faisant du Mali un pays à faible prévalence. La prévalence la plus élevée est observée dans le district Bamako avec (2,0%) suivi de Mopti et Ségou (1,6% et 1,5%). Par contre les régions de Sikasso, Kayes et Tombouctou sont faiblement touchées de l'ordre de 0,7%. La surveillance de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes en 2005 donne les résultats suivants : 2,6% à Kayes, 3,2% à Sikasso, 5,2% à Ségou, 3,0% à Mopti, 1,2% à Gao pour un taux global de 3,2% [5].

De nos jours le SIDA chez les enfants connaît une évolution plus inquiétante. En effet, depuis le début de la pandémie plus de 90% des infectés ont été contaminés pendant la grossesse, pendant le travail et l'accouchement, ou après celui-ci par le biais du lait maternel [6].

Les femmes et les enfants représentent environ 50% des PVVIH [1].

Les enfants constituent 6% des personnes vivant avec le VIH/SIDA, 14% de nouvelles infections globales du VIH/SIDA et 18% des décès dus au VIH/SIDA [1].

Ainsi face aux avancées récentes en matières 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 du VIH, un des objectifs du plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA en 2001-2005 [7]. Ce protocole offrait l'opportunité d'un test sérologique et d'une prophylaxie à la NVP pour le couple mère enfant ; protocole actuellement révisé : trithérapie chez la mère et bithérapie avec la Névirapine et la Zidovudine sirop quelques fois associée à la Lamuvidine chez le nouveau-né [8].

De mars 1998 la prise en charge des adultes infectés par VIH a été assurée par des organisations associatives comme le CERKES. C'est en 2006 que l'hôpital a commencé à assurer cette prise en charge. La PTME du VIH n'est devenue une activité de hôpital qu'en 2006.

Grâce à la collaboration avec ESTHER, l'hôpital c'est vu doter de nombreux moyens d'amélioration de la prise en charge (formation du personnel, équipement). Malgré ces efforts, le suivi des enfants nés de mères séropositives au niveau de la pédiatrie n'a été mis en place qu'en mai 2006. Le but de notre travail est d'en faire le bilan après 2 années d'activités.

OBJECTIFS

Objectif général

- Faire le bilan de la prise en charge des enfants nés de mères infectées par le VIH suivis dans le service de pédiatrie de l'Hôpital de Sikasso.

Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques
- Déterminer les antécédents maternels
- Décrire les caractéristiques cliniques et biologiques des enfants
- Décrire le devenir des enfants

1. EPIDEMIOLOGIE

1.1 DANS LE MONDE [1 ,2]

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a tué plus de 25 millions de personnes depuis qu'il a été identifié en 1981 ce qui en fait l'une des épidémies les plus dévastatrices de l'histoire. Malgré un accès important au traitement antirétroviral et une vaste campagne de prévention, l'infection cause encore d'énorme problème particulièrement en Afrique subsaharienne. En fin 2007, l'ONU/SIDA estimait à 33,2 millions, le nombre de personnes infectées par le VIH. Selon le même rapport, 2,5 millions d'enfants de moins de 15 ans vivaient avec le VIH/SIDA ; 330000 en sont décédés et 420000 ont été nouvellement infectés.

1.2 EN AFRIQUE [1 ,3]

L'Afrique subsaharienne reste la zone la plus touchée par la pandémie car, bien que l'Afrique ne compte que 10% de la population mondiale, c'est là que naissent 90% des enfants infectés par le VIH ; sous l'effet combinés d'une prévalence élevée de l'infection. Le risque de transmission est de 30% à 40% chez un enfant né d'une mère séropositive Afrique.

1.3 AU MALI

Selon les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l'infection à VIH réalisée en 2006 dans la population générale adulte au cours de l'enquête démographie et santé (EDSIV), ont montré une baisse du taux de prévalence du sida de 1,7% à 1,3% faisant du Mali un pays à faible prévalence. Le taux de prévalence élevée est observé dans le district Bamako avec (2,0%) suivi par Mopti et Ségou (1,6% et 1,5%). Par contre les régions de Sikasso, Kayes et Tombouctou sont faiblement touchées de l'ordre de 0,7%. La surveillance de la prévalence du VIH chez femmes enceintes en 2005 donne les résultats suivants : 2,6% à Kayes, 3,2% à Sikasso, 5,2% à Ségou, 3,0% à Mopti, 1,2% à Gao pour un taux global de 3,2% [5].

2. TRANSMISSION MÈRE ENFANT DU VIH

Encore appelée transmission verticale, elle constitue le mode quasi-exclusif de contamination de l'enfant.

L'enfant peut également s'infecter par voie sanguine lors d'une transfusion ou d'une injection avec du matériel souillé par le sang ou par voie sexuelle lors des agressions ou violences sexuelles, ce qui est exceptionnel.

La transmission mère-enfant peut s'effectuer in utero (dans les semaines qui précèdent l'accouchement), au moment de l'accouchement et en période post natal en cas d'allaitement maternel [9]

2.1 MÉCANISMES ET MOMENTS DE TRANSMISSION

La transmission mère enfant du VIH a lieu surtout en fin de grossesse (1/3 des cas) et au cours de l'accouchement (les 2/3 des cas).

L'allaitement représente un risque supplémentaire de transmission estimé à 14% avec 1% de risque additionnel par mois d'allaitement les six premiers mois.

2.1.1 La transmission in utero [10,11]

La possibilité d'infection in utero est connue de longue date par la mise en évidence dès la naissance d'une virémie VIH, voire des signes cliniques chez certains enfants. Cette contamination in utero est associée à un risque accru d'évolution rapide de la maladie chez l'enfant.

La transmission in utero très précoce au premier trimestre de grossesse est possible mais peu fréquente. La transmission in utero se passe donc principalement au troisième trimestre dans les deux semaines précédant l'accouchement.

Le placenta joue probablement un rôle protecteur vis-à-vis de cette transmission dont plusieurs mécanismes peuvent être évoqués :

- un passage de virus via le liquide amniotique ;
- des échanges sanguins materno-fœtaux favorisés par des brèches placentaires ;
- un passage transplacentaire du virus via certaines cellules permissives à l'infection comme les macrophages placentaires.

2.1.2 Transmission du VIH en intrapartum

Le virus étant présent dans les sécrétions vaginales des femmes infectées par le VIH, il est donc probable que l'enfant soit contaminé lors de passage à travers la filière génitale.

Les études faites chez les jumeaux nés de mères infectées par le VIH, ont montré une prépondérance de l'infection chez le premier né (50%) contre (19%) [12].

On peut en déduire que le premier enfant étant en contact plus intime et plus longtemps avec les voies génitales de la mère pourrait ainsi s'infecter plus facilement pendant l'accouchement.

En fin, une infection par le liquide gastrique via la muqueuse intestinale peut-être aussi évoquée chez les nouveau-nés [13].

L'ensemble de ces points justifient l'importance de la phase périnatale dans la prévention de la transmission mère enfant par des ARV [14].

2.1.3 Transmission post-partum ou postnatale [3,7]

Elle est liée à l'allaitement maternel et représente environ un tiers de la transmission périnatale du VIH, soit un risque de TME surajouté allant de 5 à 29% en cas de primo infection maternelle. Des études récentes suggèrent que la contribution de l'allaitement maternel précoce (dans les six premiers mois de vie) puisse être important qu'estimée précédemment (risque mensuel de transmission : 1,0% enfant par mois d'allaitement ; 0,6% enfant par mois d'allaitement entre six et douze mois).

Les facteurs de risques élevés sont :

- L'allaitement mixte, le colostrum surtout si la charge virale est élevée.
- Les crevasses, les abcès du sein, les mastites.
- Les affections buccales du nourrisson : muguet, plaies.

2.2 .Facteurs influençant la contamination de la mère à l'enfant.

Ils sont multiples, liés à la mère, aux conditions de l'accouchement, au fœtus et au virus lui-même.

2.2.1 Les facteurs maternels

- L'état clinique et biologique de la mère : l'état clinique est un élément important en absence de traitement car une mère au stade SIDA avéré a un risque de plus 50% d'avoir un enfant contaminé. La transmission est deux fois plus fréquente lorsque la mère a des symptômes cliniques, un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 200mm³ et/ ou un taux d'ARN viral plasmatique supérieur à 10.000 copies (4log/ml) [15,16].

Pour Garcia le taux de transmission est de 40% si la charge virale est supérieure à 100.000 copies d'ARN HIV/m, de 30% entre 50.000 et 100.000 copies/ml. De 20% entre 10.000 et 50.000 copies/ml et 17% entre 1000 et 10.000 copies/ml [17].

- L'infection à VIH récente durant la grossesse ou lors de l'accouchement : cette primo infection se caractérise par une phase de réplication virale intense. La dissémination du virus dans les compartiments cellulaires cibles, lymphatiques et neurologique en particulier est très rapide [18].

- Les infections vaginales et les IST. Il est admis que les IST jouent un rôle important lors de la transmission du VIH de la mère à l'enfant [19].
- Les carences maternelles en micronutriment augment sensiblement la TME.
- La rupture prolongée des membranes, la chorioamniotite et les IST augmentent sensiblement le risque de la transmission.
- Au cours de l'allaitement, les crevasses et les abcès du sein augmentent sensiblement le risque de TME.
- Le VIH-1 est plus facilement transmis d'une mère à son enfant que ne le soit le VIH2. Le sous-type C a été lié au risque accru de la TME [20].

2.2.2 Les facteurs obstétricaux

-Mode d'accouchement : l'accouchement par voie basse semble augmenter la transmission mère enfant du VIH (20% contre 14% par césarienne) [21].

Plusieurs études récente montrent qu'une césarienne programmée en association avec la prophylaxie par l'AZT, avant tout début de travail et à membranes intactes, réduit le risque de TMF chez la femme non traité ou ayant débuté tard son traitement [22].

-Gestes invasifs ou traumatisant pendant la grossesse : Les gestes invasifs et certaines manœuvres traumatisantes au cours de la grossesse (amniocentèse par, cerclage, version par manœuvre externe, amnioscopie) [23].

Quant au geste pendant l'accouchement aucun n'a de valeur prédictive, qu'il s'agisse de l'épisiotomie ou des déchirures vaginales, ou de l'extraction instrumentale par forceps ou par ventouse [24].

-Les chorioamniotites et la rupture prolongée des membranes [25]

La transmission augmente de façon linéaire en fonction de la durée d'ouverture de l'œuf, ce qui signifie qu'il n'y a pas de seuil en de ça ou bien au delà duquel le taux de transmission se stabiliserait. A l'inverse, la durée du travail ne semble pas être liée au risque de transmission.

2.3 Les facteurs infantiles [20]

*La prématurité.

*L'allaitement maternel.

*le muguet et ulcérations buccales.

*le monitoring invasif du fœtus au cours de l'accouchement.

*L'ordre de naissance (premier jumeau) en cas de grossesses gémellaires

2.4 Les facteurs démographiques

L'origine géographique notamment européenne ou africaine, le mode de contamination de la mère, sexuelle ou sanguine ne sont pas liés au risque de transmission [26]

Une étude avait suggère que lorsque la mère avait donné naissance à un enfant infecté, le ou les enfants suivants avaient un risque accru, mais cela n'a pas été confirmé par la suite. Quand au statut du père, il ne semble pas jouer sur le risque de transmission ce d'autant que par ailleurs aucun cas de transmission père-enfant n'a été constaté dans les couples séro-différents [27].

2.5 Les facteurs viraux

IL existe une différence majeure entre le VIH1 et VIH2, dont le taux de transmission est plus faible, entre 1 et 4% [27]. Une étude récente en Gambie a suggéré que le faible taux de transmission est en rapport avec des CV faibles, mais la détermination de l'ARN n'est pas encore disponible en routine [28].

Plusieurs sous types du VIH1 ont été décrits, avec des distributions géographiques différentes, mais il n'a pas été établi de différence de transmission mère enfant entre les sous types du groupe M (A, B, C, G, E) ou du groupe O [27]. Chaque sous type possède une grande variabilité génotypique et le nombre de variants présents chez un individu varie dans le temps en fonction de l'avancement de la maladie. La transmission peut concerner plusieurs variants, le plus souvent un seul variant est transmis .Il peut s'agir d'un variant minoritaire chez la mère, ce qui fait évoquer un processus de sélection dans le placenta ou chez le fœtus lui-même. En ce qui concerne les caractéristiques phénotypiques, plusieurs études ont montre que les souches n'induisant pas de formation syncytia (NSI) et dont le tropisme est macrophagique (CCR-5) sont préférentiellement transmises par rapport aux souches capables d'induire des syncytia (SI) et dont le tropisme est lymphocytaire (CXCR-4) [27].

Tableau 1: Facteurs de risque de transmission mère enfant du VIH [29].

1. Statut clinique et biologique de la mère

- Age maternel
- Charge virale élevée
- Taux de lymphocytes CD4 bas
- Déficit en vitamine A sérique
- Primo-infection en cours de grossesse

2. Particularités viro-immunologiques

- Virus SI (controversé) (virus formant des syncytia in vitro sur cellules MT2)
- Taux élevé d'anticorps facilitant
- Absence de lymphocytes T cytotoxiques

3. Facteurs liés à la grossesse et à l'accouchement

- Fièvre
- Chorio-amnionite et infections cervico-vaginales pendant la grossesse
- Accouchement prématuré (< 37 SA)
- Durée du travail
- Durée de rupture des membranes (> 4 H)
- Liquide amniotique méconial, sanglant
- Mode d'accouchement (réduction du taux de transmission materno-fœtale par césarienne)

4. Allaitement

- Risque de transmission est augmenté
- Durée de l'allaitement est associée à une augmentation du risque

3 PREVENTION DE LA TRANSMISSION-MERE ENFANT DU VIH

3.1 PROTOCOLES DE PROPHYLAXIE ANTIRETROVIRALE [30]

-les résultats de l'essai thérapeutique franco-américain ACTG 076ANRS-024, en février 1994 ont montré l'efficacité de l'AZT (zidovudine) administré enfin de grossesse et une très bonne tolérance tant chez la mère que chez l'enfant.

Cet essai comparait deux groupes de femmes séropositives dont le traitement a été fait partir du deuxième trimestre de grossesse était randomisé : placebo ou AZT à la dose de 500 mg/j per os, au cours du travail en intraveineux, puis chez le nouveau né pendant 6 semaines.

Le taux de transmission materno-fœtale (TMF) dans le groupe AZT fut de 8.2 % vs, 25.5% dans le groupe placebo, conduisant rapidement à l'extension de ce traitement à toutes les femmes enceintes séropositives **[30]**.

- Dans une étude rétrospective, Wade et al **[31]**. ont étudié le taux de transmission du VIH chez 939 enfants en fonction des différents modes d'administration de l'AZT, la TMF était de 6.1% quand le traitement était débuté avant l'accouchement, de 10% lorsqu'il était commencé au cours de l'accouchement, de 9.3% lorsque l'AZT était administrée au cours des 48 premières heures de vie et de 18.4% si le traitement n'était débuté que 3 jours ou plus après l'accouchement .En l'absence de traitement le taux de transmission était de 26.6%.

D'autres études menées en Cote d'ivoire et au Burkina Faso, rapportent des résultats tout à fait comparables **[32,33]**.

- L'efficacité préventive de la Névirapine en monothérapie, en une seule prise chez la mère à l'accouchement et une prise chez le nouveau né, a été démontrée en Ouganda **[34]**. Le taux de transmission dans cet essai était de 13%, soit une réduction de moitié par rapport au groupe témoin recevant un traitement ultracourt par AZT. Dans un essai sud-africain, le même traitement par Névirapine a été comparé à la bithérapie AZT-3TC, selon le schéma « long » de l'essai PETRA.

L'efficacité des deux traitements était similaire. En revanche, un essai thérapeutique international randomisé de grande ampleur (ACTG, 316/ANRS 083) n'a mis en évidence aucune réduction du taux de transmission avec la Névirapine comparée au placebo chez des mères recevant par ailleurs une prise en charge optimale et des traitements antirétroviraux : les taux étaient de 1.5% dans les deux groupes **[35]**.

Mais actuellement les recommandations nationales optent pour la trithérapie lorsqu'elle est disponible.

- Cependant les mécanismes d'action de la zidovudine sur la TMF du VIH ne sont pas encore clairement élucidés. Son effet sur la charge virale est modeste et ne peut expliquer à lui seul la différence entre les taux de transmission. Par ailleurs on ignore toujours quelle est la période de transmission la plus efficace (fin de grossesse, accouchement, premières semaines de la vie du nouveau né), et s'il existe un risque à long terme pour les enfants non infectés ayant reçu de l'AZT pendant la grossesse.

3.2 PROPHYLAXIE ANTIRETROVIRALE CHEZ LA FEMME ENCEINTE ET LE NOUVEAU-NE

3.2.1 Objectifs du traitement antirétroviral [36]

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 antirétroviral chez l'enfant après la naissance.

Ces objectifs sont couplés à celui de limiter au maximum les risques de toxicité médicamenteuse pour le fœtus et pour la mère.

3.2.2. Recommandations OMS 2006 [37]

Femme séropositive VIH ayant besoin d'un traitement ARV pour elle-même, désirant un enfant ou déjà enceinte : la première intention privilégiée est ZDV+3TC+NVP (proscrire EFV). Il est à poursuivre pendant toute la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Le schéma prophylactique recommandé pour le nourrisson est la NVP dose unique +AZT donné à partir de la naissance pendant une semaine. Dans le cas où la mère reçoit moins de 4 semaines de traitement ARV avant l'accouchement, il est recommandé de donner au nourrisson l'AZT pendant 4 semaines.

- **Femme déjà traitée, désirant un enfant ou enceinte :** le traitement sera poursuivi sauf si elle est sous EFV. Remplacer EFV par NVP ou un IP. Il est à noter que L'EFV demeure une option possible de composante INNTI pour thérapeutique de première intention chez une femme enceinte au cours du 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de la grossesse.

Chez l'enfant, la ZDV pendant une semaine ou la NVP dose unique ou l'association des deux est recommandée.

- **Femme enceinte n'ayant pas besoin de traitement ARV pour elle-même :** la ZDV sera débutée à 28 SA ou dès que possible par la suite. AZT et 3TC+NVP dose unique à l'accouchement, ainsi que AZT et 3TC en post-partum 7 jours après. (La poursuite du traitement chez la mère une semaine après l'accouchement permet d'éviter l'apparition de résistances à la NVP et à d'autres médicaments de la même classe).

Chez l'enfant, la NVP dose unique dans les 72 heures plus AZT pendant une semaine est recommandée.

- **Femme en travail n'ayant reçu aucune prophylaxie ARV pendant la grossesse :**

Il faut administrer la NVP dose unique plus l'AZT et 3TC en intra-partum et l'AZT et 3TC pendant une semaine. Chez l'enfant, la NVP dose unique dans les 72 heures plus AZT pendant quatre semaines est recommandée.

En cas d'accouchement imminent, il ne faut pas donner la dose de NVP à la mère, et suivre les mêmes recommandations que pour les enfants nés de mère vivant avec le VIH qui n'ont pas reçu de prophylaxie antirétrovirale antépartum et intrapartum.

Enfant né de mère vivant avec le VIH n'ayant reçu d'ARV pendant la grossesse et pendant l'accouchement :

Il faut administrer la NVP dose unique immédiatement après l'accouchement et quatre semaines d'AZT car ce schéma prophylactique réduit d'avantage la transmission que de la NVP dose unique seule.

Pour cet enfant, la prophylaxie ARV doit être si possible commencée immédiatement à la naissance ou dans les 72 heures qui suivent la naissance.

3.2.3. Recommandations maliennes [4]

3.2.3.1. Chez la mère

La conduite à tenir devra tenir compte de plusieurs facteurs:

- L'état clinique et immunologique.
- 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'éfavirenz (tératogène) et si la grossesse est dépistée précocement durant le premier trimestre, cette molécule sera remplacée par la névirapine ou un inhibiteur de 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, $CD4 < 350/mm^3$), 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), avec des $CD4 > 350/mm^3$, on proposera au mieux une trithérapie à visée prophylactique qui sera débutée au début du troisième trimestre de la grossesse, donnée pendant 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'allaitement artificiel, 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^{ème} 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 donc 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'allaitement artificiel, il faut après l'accouchement arrêter les ARV (selon les modalités voir annexes) 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.

2.2.1.1.1 Cas particulier du VIH 2

La transmission du VIH2 de la mère à l'enfant est rare et les INN 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^e semaine de grossesse:
 - Une trithérapie selon l'un des schémas ci-dessus. Ce traitement sera poursuivi jusqu'à l'accouchement.

OU

- Une Bithérapie : (AZT + 3TC) 1 comprimé X 2fois/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.

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

2.2.1.1.2 Cas particulier du VIH 1+2

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

3.2.3.2. Chez le nouveau-né

- Mère ayant reçu un traitement prophylactique correct pendant la grossesse

- **AZT**: 4mg/kg X 2/j, à débiter 6 à 12h après la naissance et à poursuivre toutes les 8h pendant 14 jours (jusqu'à 4 semaines si la mère a reçu moins d'un mois d'AZT prophylactique)

ET

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

- Mère mal 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 particulier du nouveau-né de mère infectée par 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.

2.2.1.1.3 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.
- Référencer la patiente après l'accouchement dans une unité de prise en charge afin d'organiser le suivi.

3.3 AUTRES MESURES DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH

3.3.1 Mesures obstétricales générales [38].

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...).

Le suivi obstétrical doit s'efforcer de prévenir des principaux facteurs de risque connus : l'infection cervico-vaginale ou les infections sexuellement transmissibles, l'accouchement prématuré, et la rupture prématurée des membranes. Il est recommandé de procéder rapidement à l'accouchement au besoin par césarienne en urgence.

3.3.2 .Césarienne programmée : [7, 39, 40,41]

. 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^{ème} 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/mm³.

3.3.3 Mesures chez le nouveau-né en salle de naissance [42]

A la naissance, la mise en œuvre rapide d'un bain du nouveau-né est recommandée, bien que l'intérêt de cette mesure n'ait jamais été démontré. L'utilisation d'un antiseptique virucide dans le bain, tel qu'une solution aqueuse d'hypochlorite de sodium et de chlorure de sodium à 0,06 p100, peut être discutée, mais là aussi sans

preuve de son intérêt. 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.

3.3.4 Alimentation artificielle [43]

Le risque de transmission paraît particulièrement important dans les 2 premiers mois, mais il persiste pendant toute la durée de l'allaitement. Dans plusieurs études africaines, dont un essai randomisé au Kenya, le taux de transmission est doublé chez les enfants allaités au sein, mais il semblerait que le risque soit particulièrement élevé en cas d'allaitement mixte .

L'allaitement artificiel est bien accepté par les mères séropositives dans les pays industrialisés, mais pose des problèmes médicaux, économiques et sociaux difficiles dans certains pays en développement.

3.3.5 Autres moyens de prévention envisagés [44]

Plusieurs autres types de prévention ont fait l'objet d'essais thérapeutiques, dont les résultats n'ont pas été concluant, 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 polyvitamines, le lavage vaginal à l'accouchement par la chlorhexidine ou le chlorure de benzalkonium.

4. DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH

Le diagnostic biologique de l'infection à VIH repose sur deux principes :

- La détection du virus lui-même ou certains de ses composants : c'est le diagnostic direct.
- La détection d'anticorps spécifiques du virus : c'est le diagnostic indirect.

4.1. PRINCIPE DU DIAGNOSTIC [45] :

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 ses 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.

4.2 DIFFERENTES METHODES DE DETECTION DU VIRUS

4.2.1 Méthode Direct : diagnostic précoce

4.2.1.1 Culture virale :

La culture consiste à faire pousser in vitro du virus par les lymphocytes infectés de l'enfant. La première étape consiste en la séparation des lymphocytes par élimination des hématies et des polynucléaires. Les lymphocytes de l'enfant sont ensuite mis en culture après avoir été activés afin de stimuler la production virale d'éventuels lymphocytes CD4 quiescents et infectés [46].

L'un des avantages majeurs de la recherche du virus par la culture lymphocytaire est qu'elle peut s'appliquer à tout type de virus VIH [47].

4.2.1.2 PCR-ADN : détection du provirus VIH dans les lymphocytes [44]

La PCR, ou polymérase Chain réaction, permet l'amplification en très grande quantité d'un fragment d'ADN par polymérisation enzymatique en chaîne. Une des limites de la PCR concerne la détection des virus d'origine africaine, la variabilité du génome pouvant affecter la capacité de détection de ces souches par la PCR.

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.

4.2.1.3 Détection des ARN-VIH dans le plasma [44]

Il s'agit de la détection des génomes des particules virales libres présentes dans le plasma. Cette mesure est utilisée pour quantifier la charge virale circulante lors du suivi de patients infectés. Trois techniques standardisées sont donc disponibles faisant appel à des méthodes différentes. La PCR-ARN comprend une étape de transformation de l'ARN en ADN avant l'amplification de l'ADN.

Par contre aucune de ces techniques dans leur état actuel ne répond aux trois conditions minimales nécessaires pour le diagnostic chez le nouveau-né : seuil de détection faible en utilisant un petit volume de plasma, capacité de détection de toutes les souches africaines, spécificité élevée.

4.2.2 Méthode indirecte : diagnostic tardif

4.2.2.1 Tests enzymatiques

C'est la technique la plus usuelle et toujours utilisée en première intention pour la recherche des anticorps anti-VIH : ELISA [48].

4.2.2.2 Elisa VIH-2

Il existe des trousse 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 » [50].

4.2.2.3 Western-blot = immuno-transfert

C'est aujourd'hui, la technique de référence pour la confirmation d'une séropositivité VIH [49].

4.2.2.4 Autres méthodes de diagnostic indirect [49]:

- L'immunofluorescence
- Technique d'agglutination
- Techniques directes ou « sandwich »
- Technique de compétition

5. DIAGNOSTIC D'INFECTION ET DE NON INFECTION AVANT 18 MOIS [51].

5.1 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.

5.2 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.

NB : - Lorsque la mère et le nourrisson ont reçu des ARV : ce traitement n'affecte pas les résultats lorsque l'examen utilisé est la PCR à ADN. L'ADN reste détectable dans le sang périphérique des enfants infectés qui ont reçu des ARV et ont une charge virale indétectable. Cependant il n'est pas encore bien établi si la sensibilité de l'ARN viral ou l'antigénémie p24 n'est pas affectée par les ARV maternels et infantiles de la PTME.

- Diagnostic quand la mère est sous ARV : On sait que le traitement ARV maternel durant l'allaitement affecte la détection de l'ARN ou l'antigène p24 du fait du niveau relativement élevé d'ARV chez les enfants de mères allaitantes.

6. SUIVI CLINIQUE ET BIOLOGIQUE DE L'ENFANT EXPOSE AU VIH

6.1 SUIVI CLINIQUE ET BIOLOGIQUE : RECOMMANDATIONS MALIENNES [52]

Le calendrier de suivi varie selon la structure de santé

- Centre de santé communautaire et Centre de santé de référence

Naissance : Prophylaxie antirétrovirale

Évaluation clinique + Polio 0 + BCG + counseling pour l'alimentation.

Jour 7 : Évaluation clinique + counseling pour l'alimentation.

Jour 45 : Évaluation clinique + vaccin DTCP 1 + Hépatite 1 + counseling sur l'alimentation

Mise sous cotrimoxazole.

M2 et ½ : Évaluation clinique + DTCP2 + Hépatite 2 + counseling sur l'alimentation

M3 et ½ : Évaluation clinique + DTCP3 + Hépatite 3 + counseling sur l'alimentation

M6 : Évaluation clinique + counseling sur l'alimentation

M9 : Évaluation clinique + vaccin Rouvax + sérologie VIH + fièvre jaune

Sérologie VIH

Il existe deux situations possibles :

⇒ **Sérologie VIH positive** :

- **Enfant symptomatique** : bilan clinique et classification selon les critères de Bangui, puis le malade est référé pour prise en charge selon l'IMAARV.
- **Enfant asymptomatique** : pas d'alarme

M12 et M15: Evaluation clinique + conseling sur l'alimentation.

M18 : Evaluation clinique + conseling sur l'alimentation + sérologie VIH qui lorsqu'elle revient positive avec ou sans symptômes nécessite un transfert de l'enfant pour mise sous ARV et lorsqu'elle revient négative on rassure les parents.

⇒ **Sérologie VIH négative** :

M12 et M15: Evaluation clinique + conseling sur l'alimentation.

M18 : Evaluation clinique + sérologie de confirmation qui lorsqu'elle revient négative rassure les parents.

- Hôpital National

Naissance : Névirapine 2mg/kg avant 72H et AZT 4mg/kg 2 fois/jour pendant 6 semaines

J 2 : Évaluation clinique

J7 : Évaluation clinique + counseling pour alimentation

M 1 : Évaluation clinique+ virologique : PCR 1+ biologie : NFS

M 2 : Évaluation clinique

M 3 : Évaluation clinique=+ virologique : PCR2, NFS +TGO+TGP+CREAT+CD4

Il y a deux situations possibles :

Enfant non infecté:

°Nourri au lait artificiel :

-Evaluation clinique tous les 3 mois

-Sérologie à 18 mois

Positive : Mettre l'enfant sous ARV

Négative : Rassurer les parents

○ **Nourri au lait maternel :**

- Evaluation clinique tous les 3 mois

- PCR à 6 mois et 2 mois après arrêt de l'allaitement maternel

- Sérologie à 18 mois.

- **Enfant infecté** : Suivi clinique mensuel + bilan inclusion et la mise sous ARV de l'enfant.

6.2 PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE [53]

Sur la base d'une étude récente réalisée en Zambie, l'OMS, ONUSIDA et l'UNICEF ont réactualisé leurs recommandations concernant la prophylaxie au cotrimoxazole chez les enfants.

- Qui devrait bénéficier du cotrimoxazole ?

▪ Tous les enfants exposés au VIH (enfants nés de mère séropositive) dès l'âge de 4 à 6 semaines.

- Combien de temps le cotrimoxazole devrait-il être donné ?

▪ Chez l'enfant exposé au VIH : Jusqu'à ce que l'infection VIH ait été définitivement écartée et que la mère ait cessé l'allaitement au sein.

- Dans quelles circonstances le cotrimoxazole peut-il être arrêté ?

▪ **En cas de survenue de réactions** cutanées sévères (tel qu'un syndrome de Stevens-Johnson), une insuffisance rénale ou hépatique ou une toxicité hématologique sévère.

▪ **Chez l'enfant exposé au VIH**, le cotrimoxazole peut être arrêté seulement quand l'infection VIH a été définitivement écartée :

- ❖ Chez l'enfant de moins de 18 mois non allaité au sein : test virologique (ADN ou ARN) négatif.
- ❖ Chez l'enfant de moins de 18 mois allaité au sein : test virologique négatif réalisé au moins 6 semaines après l'arrêt de l'allaitement
- ❖ Chez l'enfant de plus de 18 mois allaité au sein : test sérologique (anticorps) négatif réalisé au moins 3 mois après l'arrêt de l'allaitement

- Quelle dose faut-il administrer ?

▪ L'utilisation de la forme sirop est recommandée chez les très jeunes enfants jusqu'à 10-12 kg de poids. Les doses recommandées sont de 6-8 mg/kg en une prise quotidienne.

▪ Si les comprimés peuvent être ingérés, ½ comprimé adulte standard (400mg/80mg) écrasé peut être utilisé chez les enfants jusqu'à 10 kg, 1 comprimé entier chez les enfants entre 10 et 25 kg

▪ En cas d'allergie au cotrimoxazole, la dapsons est l'alternative préférée.

6.3 VACCINATION

Le calendrier vaccinal mérite d'être légèrement modifié chez l'enfant né de mère séropositive. Cette restriction ne concerne toutefois pas les pays en voie de développement où le programme élargi de vaccination doit être maintenu, quel que soit le statut sérologique de l'enfant [32].

Les vaccins inactivés et les anatoxines (diphtérie, tétanos, coqueluche, polio injectable, pneumocoque, *Haemophilus influenzae*, grippe, hépatite B) ne posent aucun problème, même en cas de déficit immunitaire. La seule question concerne leur réelle efficacité lorsque l'enfant souffre déjà de perturbations immunitaires [53]

Les vaccins vivants (polio oral, rougeole, oreillons, rubéole, fièvre jaune, BCG) posent d'autres problèmes. La persistance du BCG plusieurs années après l'inoculation, même chez un enfant immunocompétent, représentent un réel problème. Si la tolérance à court terme est toujours bonne, la diffusion généralisée du BCG dans l'organisme est possible en cas d'effondrement de l'immunité cellulaire,

même s'il intervient plusieurs années après la vaccination [54] Il n'est donc pas logique de se baser sur le statut immunitaire de l'enfant le jour de la vaccination pour décider ou non de le réaliser.

7. MISE EN PLACE DES SITES PTME AU MALI [49]

1. Au Mali, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est une priorité de la politique du Gouvernement et est l'un des objectifs du Plan Stratégique de la Lutte contre le VIH/Sida 2001-2005 (2007 ?).

Le Programme de la prévention de la transmission mère enfant (PTME) a officiellement démarré dans le District de Bamako en Août 2002. Bamako avait été choisie comme région test d'une part à cause de la séroprévalence et d'autre part à cause de la forte convergence des populations vers la capitale (destination de 43% des migrations internes).

Avant le démarrage des activités une analyse de la situation avait été faite dans les différents sites retenus.

Ceci avait permis de faire :

- l'inventaire des équipements, des infrastructures et du personnel ;
- l'identification des besoins des différentes structures retenues nécessaire au démarrage de la PTME ;
- l'organisation des soins et des services selon les différents niveaux du système de santé ;
- les mesures d'accompagnement en termes de formation du personnel, de disponibilité des médicaments, d'aménagement des infrastructures et le mécanisme de suivi.

Les activités ont pu alors commencer dans 5 centres à savoir les Centres de Santé des Communes 1, 5 et 6, l'ASACOBA, l'ASACOBOUL II et l' Hôpital Gabriel Touré, également site IMAARV et référence pour le suivi des enfants nés de mères séropositives. Les critères de sélection de ces centres étaient:

- la forte prévalence dans la zone concernée ;
- le taux de CPN au-delà de la moyenne nationale ;
- les conditions minimales en terme de personnel, d'équipements et d'infrastructures (existence d'un laboratoire).

7.1. Stratégies adoptées :

- Prévention de l'infection chez la femme en âge de procréer (sensibilisation) ;
- Conseil et dépistage volontaire pour le VIH chez les femmes enceintes ;

- Administration d'Antirétroviraux aux femmes enceintes séropositives et à leurs nouveaux-nés ;
- Choix éclairé du mode d'alimentation du nouveau-né (allaitement maternel exclusif ou allaitement artificiel) ;
- Suivi psychosocial des femmes enceintes séropositives ;
- Prévention et traitement des maladies opportunistes chez les mères et les enfants séropositifs et la prise en charge des mères dans le cadre de l'IMAARV.

7.2. Organisation des activités :

Les activités sont organisées de la manière suivante au niveau des sites :

- des séances de causerie en groupe
- le counseling pré dépistage au niveau des unités CPN/Salle d'accouchement
- le test de dépistage dans les unités CPN, salle d'accouchement et laboratoire selon le besoin
- le counseling post dépistage au niveau des unités CPN /Salle d'accouchement
- le Conseil /Accompagnement prénatal des femmes séropositives
- l'accompagnement et prise en charge post-partum des Femmes VIH+ et leurs enfants
- le suivi du couple mère enfant dans les centres jusqu'à 18 mois
- la référence du couple mère enfant vers les centres de prise en charge

7.3. Mécanisme de suivi des activités :

Pour pouvoir apprécier cette activité plusieurs actions ont été menées :

7.3.1. Développement des outils :

Certains supports ont été élaborés et mis en place

- Registre PTME
- Fiche de collecte des données
- Dossiers de suivi du couple mère enfant
- Guide de supervision
- Guide de monitoring.

7.3.2. Supervisions :

- Un suivi mensuel rapproché des nouveaux sites les 6 premiers mois est fait
- Un suivi trimestriel au niveau régional
- Un suivi semestriel au niveau national.

7.3.3. Revues : des revues ont été organisées :

- Deux revues régionales de Bamako en Mai 2003 et janvier 2005
- Un atelier national en juin 2003
- Une revue nationale en Novembre 2005.

7.4. Chronogramme de mise en place des sites PTME de 2002 - Décembre - 2007

Tableau II : Calendrier d'installation des sites PTME au Mali [55]

Années	Régions	Nombre de sites	Noms des sites	Date de démarrage
2002	Bamako	6	Csref commune V Csref commune VI Csref commune I CSCOM de Banconi Cscm de Boukassoumbougou II Hopital Gabriel Touré	Septembre 2002
	Total 2002	6		
2003	Bamako	3	Cscm de faladié banankabougou Cscm de Daoudabougou Cscm de Bacodjikoroni	Novembre – Decembre 2003
	koulikoro	1	Csref de Koulikoro	Novembre 2003
	Segou	2	Csref de Ségou Hopital Regional de Ségou	Novembre- Decembre 2003
	Total 2003	6		
2004	Bamako	5	Csref commune II Cscm de Bozola Csref commune IV Cscm de Sebenikoro Hopital Mere enfant luxembourg	Octobre Novembre 2004
	Koulikoro	4	Csref de Banamba Cscm de Koulikoroba Cscm de kolebougou Cscm de Banamba Central	Juillet 2004 Janvier 2004
	Mopti	2	Csref de Mopti Cscm de Sevaré	Octobre 2004

	kayes	4	Hopital regional kayes Csref de Kayes Cscm de Lafiabougou Cscm de Kayes Ndi Cscm de khasso (fermé)	Septembre octobre 2004
	Total 2004	15		
2005	Segou	12	Cscm de Medine Ségou Clinique maternité Privée Ségou Dispensaire Camp militaire Ségou Cscm de Darsalam Ségou Cscm de Segou Coura Ségou Cscm de Pelingana Ségou Csref de Bla Cscm de Bla Central Csref de Niono Cscm Central de Niono Cscm de Molodo Cscm C3 de Niono	2005
	Sikasso	14	Hôpital Régional Centre de Santé de Mancourani Sikasso Cscm de Medine Sikasso Cscm de Hamdallaye Sikasso Cscm de Wayerma Sikasso Csref de Bougouni Cscm de Bougouni Est Cscm de Bougouni Ouest Cscm de Bougouni Sud Csref de Koutiala Cscm de Hamdallaye Koutiala Cscm de Médina Coura Koutiala Cscm de Sgomougou Koutiala Centre Confessionnel de Koutiala	Mai 2005

	Bamako	5	CSRef CIII Cscm de Dravéla Cscm du Badialan Cscm de Sikoroni La maternité d'Hamdallaye	Juin 2005
	Total 2005	31		
2006	Kayes	2	CSRef de Yélimané CSRef de Diéma	Octobre 2006
	Sikasso	2	Cscm de Sanoubougoull Le Camp Tiéba	Mars 2006
	Ségou	5	CSRef, CSCOM Central et CSCOM Lafiabougou de San CSRef et CSCOM Central de Tominian	Octobre 2006
	Mopti	3	Csref et CSCOM Central de Djenné Centre INPS de Mopti	Mai 2006
	Tombouctou	4	Hôpital Régional Csref Cscm de Kabara Cscm de Belafarendi	Mai 2006
	Gao	7	Hôpital Régional Csref Cscm de Gadèye Cscm du Chateau Cscm de Boulgoundjé Cscm de Aldjanabadia Centre de l'INPS	Mai 2006
	Kidal	3	Csref Cscm de Aliou Cscm de Etambar	Mai 2006
	Bamako	4	Cscm de Bozola/Niaréla/Bagadadji Cscm de Médine Cscm de Koulouba/PointG Cscm de Bamako Coura	Février 2006 Novembre 2006
	Total 2006	30		
2007	Kayes	2	Csref de Kéniéba Cscm du Khasso Kayes	juillet

	Koulikoro	30	Cscm de Gouni CMIE Csref de Dioila Csref de Fana Csref de Kolokani Cscm Central de Kolokani Csref de Kangaba Cscm Central de Kangaba Csref de Ouéléssébougou Cscm Central de Ouéléssébougou Cscm de Kiban Banamba Cscm deTouba Banamba Cscm de Banamba Ouest CSRef de Kati Cscm de Kati Koko Cscm de Kati Farada Cscm de Kati Malibougou Cscm de Kati Sananfara PMI de Kati maternié de la Garnison de Kati Cscm de CSCOM de Dialakorodj Cscm de Dio Gare Cscm de Kabalabougou Cscm de Moribabougou Cscm de Sangarebougou Cscm de Dogodouma Cscm de Sanankoroba Cscm de Sirakoro Méguetana Cscm de Bancoumana Cscm de Kalaban Coro	Janvier 3 èmè trimestre
	Sikasso	2	Csref Kadiolo Csref Kolondiéba	3 ^{ème} trimestre
	Ségou	4	Cscm Central de Kountienso Csref Macina Cscm Central de Macina Cscm Konobougou	Janvier 2007 3 ^{ème} trimestre

	Mopti	7	Csref de Koro Cscm Central de Koro Csref de Badiangara Cscm Central de Badiangara Csref de Douenza Cscm Central de Douenza Cscm Central de Téninkou	3 èmè trimestre
	Tombouctou	2	Csref et Cscm de Bourem Sidi Arma	octobre
	Gao	4	Csref d'Ansongo, Cscm de Bara, Bazi-Haoussa et Tassiga	mai
	Kidal			
	Bamako	8	Cscm de Djikoronidjénékabougou et de Niamakoro II Aniasco Cscm de Djélibougou, Doumazana, Sibiribougou, Sabalibougou I, Garantiguibougou et Yirimadio	Janvier juin
	Total 2007	59		
	Total General	147 sitesPTME		

- Hôpitaux = 7
 - CSREF = 38
 - CSCOM = 92
 - Parapubliques et privés = 10
- Jusqu'au 17/12/07

8. Liste actuel des sites PTME au Mali

Tableau III : Sites PTME au Mali [55]

REGIONS	CERCLES/COMMUNES	SITES PTME
Kayes (8)	Kayes : 5	CSRéf, hôpital, Cscm Lafiabougou , Kayes n'di et Khasso
	Yelimané : 1	CSRéf
	Diema : 1	CSRéf
	Kéniéba : 1	CSRéf
Koulikoro (35)	Koulikoro: 5	CSRéf, CSCom Koulikoro Ba , CSCom de Kolébougou, , Cscm de Gouni, CMIE,
	Banamba : 5	CSRéf, CSCom central, Kiban, Touba et Banamba Ouest
	Ouéléssébougou :2	CSRéf et Cscm Central de Ouéléssébougou
	Dioila : 1	Csref Dioila
	Fana : 1	Csref Fana,
	Kolokani : 2	Csref Kolokani et Cscm Central de Kolokani,
	Kangaba : 2	Csref Kangaba, Cscm Central de Kangaba,
	Kati: 17	CSRef Kati, CSCOM de Kati Koko, Kati Farada, Kati Malibougou, Kati Sananfara, PMI de Kati, maternié de la Garnison de Kati, CSCOM de Dialakorodj DioGare, Kabalabougou, Moribabougou, Sangarebougou, Dogodouman, Sanankoroba, Sirakoro Méguetana, Bancoumana et Kalaban Coro
Sikasso (18)	Sikasso : 7	Hôpital ; Centre de Santé de Mancourani, Cscm Médine, Hamdallaye, Wayerma, Sanoubougoull et le Camp Tiéba

	Bougouni : 4	CSRéf, Cscm Bougouni Est, Bougouni Ouest et Bougouni Sud
	Koutiala : 5	CSRéf, Cscm Hamdallaye, Sogomougou, Médina Coura et Centre Confessionnel de la mission
	Kadiolo : 1	CSRef
	Kolondiéba : 1	CSRef
Ségou (23)	Ségou : 8	CSRéf, Hôpital, Cscm Dar Salam, Médine, Pélingana, Ségoucoura, Infirmerie Garnison et Clinique Maya BOLLY
	Bla : 3	CSRef, CSCOM central Bla et CSCOM central Kountienso
	Niono : 4	CSRef, CSCOM Central, Molodo et C3
	San : 3	CSRef, CSCOM Central, CSCOM de San Lafiabougou,
	Tominian : 2	CSRef, CSCOM Central
	Macina : 2	CSRef et CSCOM Central
	Baraouéli ; 1	CSCOM Konobougou
Mopti (12)	Mopti : 3	CSRéf, CSCOM Sévaré et Centre de l'INPS
	Djenné : 2	CSRéf de Djenné et CSCOM de Djenné Central
	Koro: 2	Csref et Cscm Central de Koro,
	Badiangara: 2	Csref et Cscm Central de Badiangara
	Douenza: 2	Csref et Cscm Central de Douenza
	Téninkou: 1	Cscm Central de Téninkou
Tombouctou (6)	Tombouctou : 4	Hôpital, CSRef, Cscm de Kabara et Belafandi
	Diré	Csref et Cscm de Bourem Sidi Arma
Gao (11)	Gao : 7	CSRéf, Hôpital, Cscm de Gadèye, Château, Aldianabadja, Boulgoundjé et INPS
	Ansongo : 4	CSRéf, Cscm de Bara, Bazi Haoussa et Tassiga
Kidal (3)	Kidal : 3	CSRéf, Cscm de Aliou et Etambar
Bamako (31)	Commune I : 6	CSRéf, CSCOM Asacoboul II, Asacoba, Asacodou, Asacodjé et Ascumsi
	Commune II : 4	CSRéf, CSCOM Abosac, Boniaba et Médine

III. METHODOLOGIE

	Commune III : 6	CSRéf, CSCOM Asacodrab, Asacobakon, Asacokoulpoint, Ascom et HGTouré
	Commune IV : 6	CSRéf, l'Hôpital Mère Enfant (Luxembourg), Maternité de Hamdallaye, CSCOM Asacosek, Asacosekassi et Asacodjénéka
	Commune V : 5	CSRéf, CSCOM Asacobakodji, Asacosab I, Asacoga et Adasco
	Commune VI : 4	CSRéf, CSCOM de Asacobafa, Asacoyir et CSCOM de Aniasco
TOTAL =		147 SITES

1. CADRE ET LIEU D'ETUDE

1.1. Sikasso :

Notre étude a lieu dans la capitale de la 3^{ème} région (Sikasso)

a- Données Géographiques :

La région de Sikasso, 3^{ème} région administrative du Mali, occupe le sud du territoire national. Elle est composée de 7 cercles, 147 communes et 1781 villages.

Elle couvre une superficie 91 990km² soit 5,70% du territoire national.

Les rivières : La région est arrosée par 4 importantes rivières permanentes qui sont : le Sankarani, le Bagoé, le Baoulé et le Banifing.

Elle est divisé en deux ensembles climatiques : la zone Soudanienne et la zone Guinéenne.

Elle se compose de foret claires, savane boisée, savane arborée galerie forestière Elle est riche et variée ; on y rencontre des phacochères, biches, porc épics etc.....

Il existe quatre (4) axes routiers bitumés qui traversent la région. :

Le chef lieu de région se trouve au sud de Bamako à 383 km et à 45 km de la frontière la plus proche (Burkina Faso)

Population totale 1 780 042 Source =DNSI 1998/ dont -48,6% d'hommes et 51,4% de femmes.

Le taux d'urbanisation = 15% et 49,4% de la population à moins de 15 ans.

Les femmes en âges de procréer (15- 19ans) représentent 41,7% de femmes, soit 21,4% de la population.

La densité est de 19,1% habitants au km².

La fécondité est élevée : indice 6,91% de même que la natalité (45%).

L'espérance de vie à la naissance est de 51 ans, le taux d'accroissement réel est de 1,17%.

1.2. Présentation de l'Hôpital de Sikasso :

a – Historique : Créer vers les années 1930, la structure était composée de deux bâtiments et s'appelait « Assistance Médicale Indigène » (**AMI**). Ceux ci correspondent à l'actuel laboratoire pharmacie et l'actuelle maternité.

Elle fut transformée ensuite en « Assistance Médicale Africaine » (**AMA**) avec la construction du bâtiment correspondant à l'ancien bloc administratif puis des pavillons Médecine1 et Médecine 2 .Elle devient « Assistance Médicale » en 1960

après l'indépendance , et hôpital secondaire en 1962 , hôpital régional en 1972 . La dernière construction de bâtiment remonte en 1991 par la création du Pavillon dénommé « Nouveau Pavillon » qui donne la photographie actuelle de l'hôpital régional de Sikasso modifiée par les constructions en 2002 des bâtiments pour la CAN 2002 : comme le bloc des urgences, la rénovation de la pédiatrie, la construction de 4 salles **VIP**.

Il est à remarquer d'une part que tous les différents changements d'appellation n'ont pas toujours été suivis d'investissements importants et d'autre part que les dates de construction des pavillons de chirurgies actuels ne sont pas disponibles.

Notons qu'en 2005 les services de chirurgies I et II et de Médecine ont été rénovés.

b- Configuration actuelle

L'hôpital régional de Sikasso couvre une superficie d'environ quatre (4) hectares véritable carrefour situé en plein cœur de Sikasso et limité :

- Au sud par le grand marché.
- Au sud - Ouest par le centre social de la mission catholique.
- Au nord- Ouest par le dispensaire central du service Socio – Sanitaire du cercle de Sikasso.
- Le commissariat de police du premier arrondissement et de l'Institut de formation professionnelle (IFP)
- A l'Est par le groupe scolaire A B, La Banque Nationale de développement Agricole (BNDA) et la poste.

Il s'agit d'un hôpital pavillonnaire de quatre hectare dont la plupart des infrastructures sont constituées de bâtiment coloniaux, dispersés à l'intérieur d'une grande cour .La configuration actuelle de l'hôpital se décrit comme suit :

L'ancien bloc administratif Ophtalmologie.

Le bâtiment laboratoire Pharmacie.

Le bloc Maternité – Cabinet Dentaire.

Le bâtiment des accouchées (suites de couches)

Le pavillon d'hospitalisation Médecine.

◆ Les pavillons d'hospitalisation chirurgie (I, II)

◆ Le service de Pédiatrie est composé d'un pavillon d'hospitalisation et de consultation

◆ Le bâtiment abritant le bloc opératoire et le service de radiologie

◆ Le nouveau pavillon

- ◆ Le centre d'appareillage Orthopédique
- ◆ Le bloc des urgences
- ◆ Le bloc VIP
- ◆ Le bloc Administratif

1.3. Le Service de Pédiatrie

a- Le bâtiment

Le service de pédiatrie est composé de deux bâtiments :

- Le bâtiment d'hospitalisation composé de :
 - Deux (2) salles d'hospitalisation avec seize (16) lits
 - Une salle de perfusion
 - Une salle de réanimation composée de quatre (4) lits.
 - Une (1) salles de garde dont une salle pour les infirmières.
 - Une salle de trie.

- Le bâtiment pour bureau des médecins composé de :

Quatre (4) salles dont une salle pour la consultation ; une salle pour le médecin chef ; une salle pour le médecin Chinois et une salle pour le Major.

b-Le Personnel :

Il est au nombre de neuf (9) dont :

- Trois (3) médecins : un médecin pédiatre malien, deux (2) médecins coopérants dont un chinois et un cubain
- Un technicien supérieur de santé
- Six (6) techniciens de santé, deux aides soignantes

En plus de ces neuf agents nous avons les étudiants en médecine en fin de cycle faisant fonction d'internes qui sont au nombre de deux

c- Le fonctionnement

Les ressources du service de pédiatrie dépendent de celles de l'hôpital de Sikasso.

Consultations : la plupart des malades viennent d'eux même en consultation. Par contre certains sont référés par les centres de santé périphérique de la ville de Sikasso et du reste de la région.

Hospitalisations : Elles sont gratuites. La majorité des malades hospitalisés viennent de la ville de Sikasso.

d) ACTIVITES DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS NES DE MERES INFECTEES PAR LE VIH DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE

Le suivi des enfants se fait en Pédiatrie deux fois par semaine dans un bureau aménagé à cet effet. Cette activité est faite parallèlement aux autres activités du service.

- Vendredi visite et prélèvement pour la sérologie M9 et M18
- Mercredi consultation et dispensation des ARV chez les enfants infectés.

***le personnel en charge**

Il est constitué par :

- un médecin pédiatre et un médecin généraliste
- deux étudiants faisant fonction d'interne

- **Le suivi**

Il est clinique et biologique.

Suivi clinique

Au premier contact un interrogatoire est effectué recherchant :

- L'identité,
- Les antécédents de la mère,
- L'histoire de la grossesse,
- Le traitement prophylactique de la mère et de l'enfant,
- Les circonstances de l'accouchement,
- La première alimentation à la naissance.

Vérifier la décision de la mère concernant le mode d'alimentation ainsi que sa pratique, des conseils sont donnés au besoin.

Un examen clinique est fait et un dossier est ouvert et mis à jour à chaque consultation.

Le calendrier de suivi est le suivant : à la naissance, à 1 mois puis tous les mois jusqu'à 6 mois puis tous les 2 mois jusqu'à 12 mois, ensuite tous les 3 mois jusqu'à 18 mois.

Pendant la consultation, les éléments suivants sont recensés et notifiés dans le dossier :

- les plaintes
- les événements pathologiques intercurrents depuis la dernière visite les difficultés liées à l'alimentation

- le calendrier vaccinal
- le développement psychomoteur

L'examen physique apprécie :

- les constantes anthropométriques
- les différents appareils

Ensuite on délivre les ordonnances pour le lait, le cotrimoxazole et les médicaments contre les infections opportunistes disponibles grâce à des financements extérieurs. La dispensation du lait artificiel et du cotrimoxazole qui sont offerts gratuitement est assurée par la Pharmacie de l'Hôpital de Sikasso. Le pharmacien participe également à l'aide à l'observance de la prophylaxie antirétrovirale, au cotrimoxazole et à l'identification des problèmes en rapport avec l'alimentation de l'enfant.

L'approvisionnement en lait est assuré par la Direction Nationale de la Santé à travers la Direction Régionale de la Santé et certains partenaires (ESTHER et le projet GRANDIR).

NB : les visites d'urgences (diarrhées, pneumopathies...) sont fréquentes et ne tiennent pas compte des jours de consultation.

Suivi biologique

- **Diagnostic précoce**

Il n'a pas pu être fait, la charge virale ne se faisant pas sur place, les résultats des premiers prélèvements acheminés à BAMAKO n'ont pas été rendus.

- **Diagnostic tardif**

Les recommandations nationales sont respectées : la sérologie est faite à 9 mois puis à 18 mois.

⇒ **Autres examens biologiques**

- Un dosage du taux des lymphocytes CD4 est effectué chez les enfants ayant une suspicion clinique.
- Les autres examens sont faits au besoin.

Les enfants infectés ou ayant une suspicion clinique sont suivis dans le cadre d'une autre consultation programme.

2. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive.

3. PERIODE ET DUREE D'ETUDE

Notre étude portait sur la période allant du 24 Mai 2006 au 24 Mai 2008 soit une durée de 2 ans.

4. POPULATION D'ETUDE

Notre étude a concerné les enfants nés de mères séropositives au VIH suivis dans le service de pédiatrie et n'ayant pas encore 18 mois.

5. CRITERES D'INCLUSION

Ont été inclus dans notre étude tous les enfants nés de mères séropositives au VIH et suivis à la pédiatrie de Sikasso entre le 24 mai 2006 et 24 Mai 2008 dont les parents ont donnée leur consentement.

6. CRITERES DE NON INCLUSION

N'ont pas été inclus dans notre étude, les enfants nés de mères séropositives, dont les parents n'ont pas donnée leur accord et le suivis après le 24 Mai 2008

7. ECHANTILLON

Du 24 mai 2006 au 24 mai 2008, 169 dossiers d'enfants nés de mères séropositives au VIH ont été enregistrés dans le cadre du suivi PTME.

8. RECUEIL DES DONNEES ET VARIABLES ETUDIEES

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire élaboré à cet effet.

Les variables étudiées ont été les suivantes :

⇒ **Chez la mère**

- Les caractéristiques sociodémographiques
- Les antécédents obstétricaux
- Les éléments du suivi médical

⇒ **Chez l'enfant**

- Le mode d'alimentation
- Les caractéristiques anthropométriques
- les résultats des examens biologiques : la sérologie HIV
- Le devenir

9. DEFINITION OPERATIONNELLE

Nous avons considéré comme enfant perdu de vue, trois (3) rendez-vous successifs manqués par la mère.

10. ASPECTS ETHIQUES

Les enfants ont été inclus après consentement verbal éclairé des parents ou tuteurs. Confidentialité, conseil à l'observance du traitement.

11. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été saisies et analysées à partir du logiciel SPSS version 10.0.

IV RESULTATS

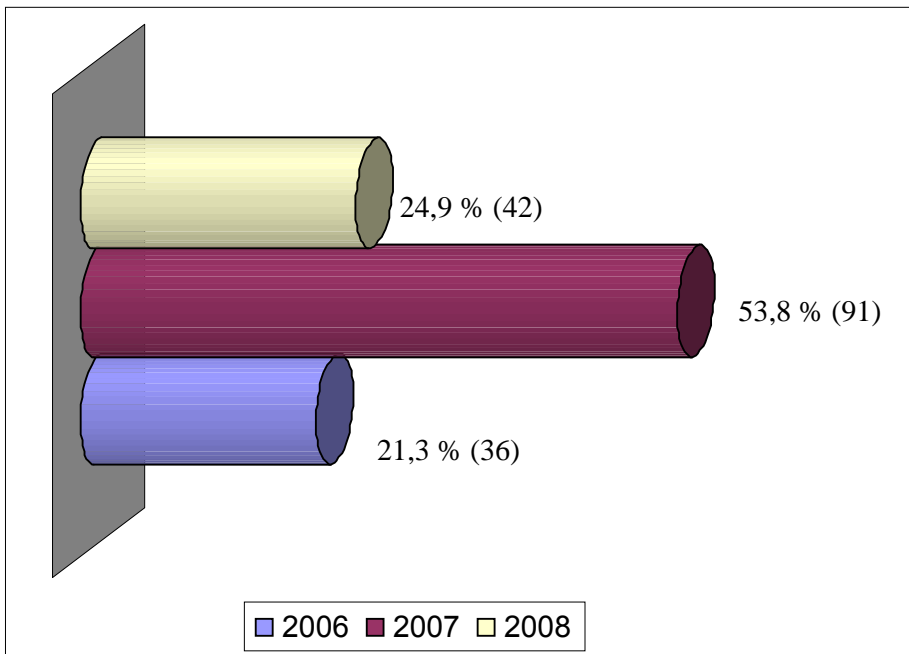


Figure 1 : Dynamique des inclusions à la pédiatrie de 2006 à 2008
La majorité des patients ont été inclus en 2007 avec 53,8%.

1. CARACTERISTIQUE DES MERES

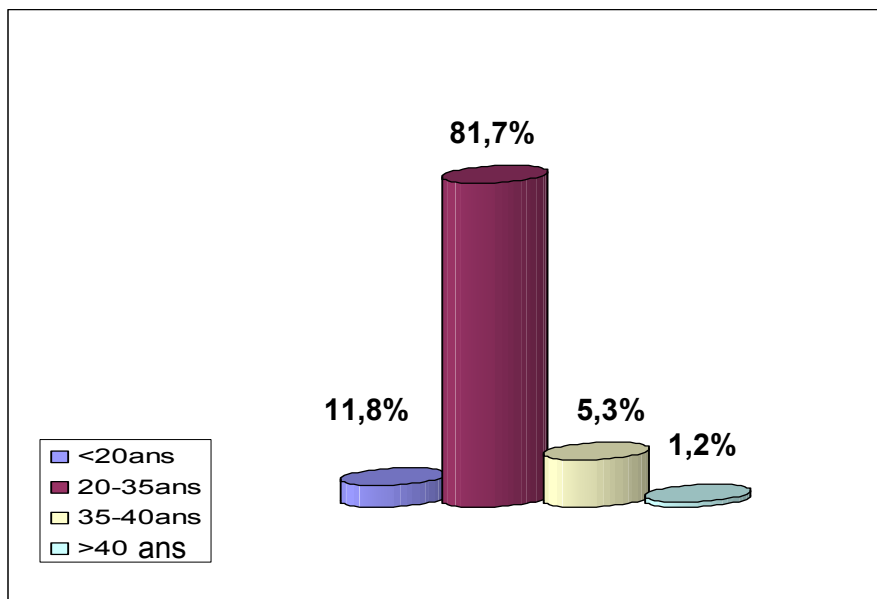


Figure 2 : Répartition selon l'âge maternel
Dans 81,7% des cas les mères étaient âgées entre 20-35 ans. Les âges extrêmes étaient de 17ans à 44 ans avec une moyenne d'âge à 29,40.

Tableau I : Répartition des patients selon le niveau d'instruction des mères

Instruction mère	Fréquence	Pourcentage
Non instruite	125	74
Primaire	31	18,3
Secondaire	6	3,6
Médorsa	6	3,6
Supérieur	1	0,6
Total	169	100

Les mères non instruites étaient les plus nombreuses avec 74%.

Tableau II : Répartition des patients selon la profession de la mère

Profession mère	Fréquence	Pourcentage
Femme au foyer	150	89
Petit commerce	8	5
Commerçante	3	2
Fonctionnaire	4	2
Salariés privé	4	2
Total	169	100

Dans 89% des cas, les mères étaient des femmes aux foyers.

Tableau III : Répartition des patients selon le statut matrimonial de la mère

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Marié	139	82,2
Célibataire	16	9,5
Veuve	12	7,1
Divorcée	2	1,2
Total	169	100

82,2% des mères étaient mariées. Parmi les mariées, 54 soit 32%, vivaient dans un foyer polygamique.

Tableau IV : Répartition des mères selon le partage de l'information avec le conjoint.

Information du conjoint	Fréquence	Pourcentage
Oui	102	60,4
Non	55	32,5
Non précisé	12	7,1
Total	169	100

Dans 60,4% des cas, le conjoint était informé du statut sérologique de la femme contre 32,5%.

Tableau V : Répartition des mères selon la poursuite du suivi médical après l'accouchement

Mère suivi	Fréquence	Pourcentage
Oui	152	90
Non	13	8
Non précisé	4	2
Total	169	100

90 % des mères ont bénéficié d'un suivi médical après l'accouchement.

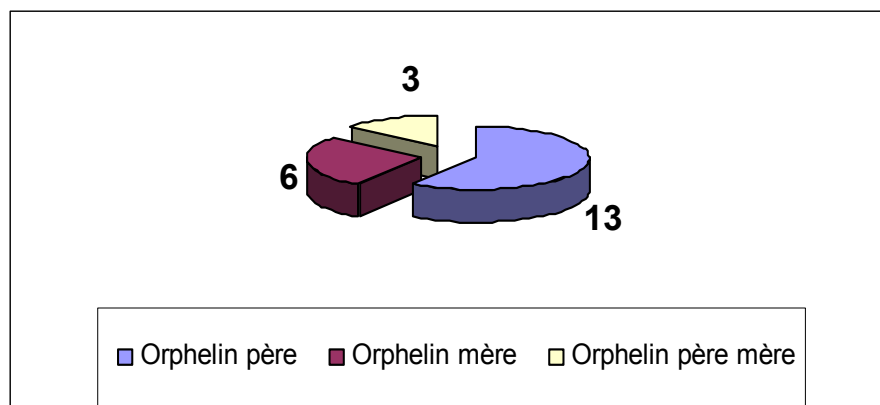


Figure 3 : Répartition des enfants selon le décès des parents
Nous avons enregistré 13 orphelins de pères, 6 orphelins de mères et 3 orphelins de père et de mère.

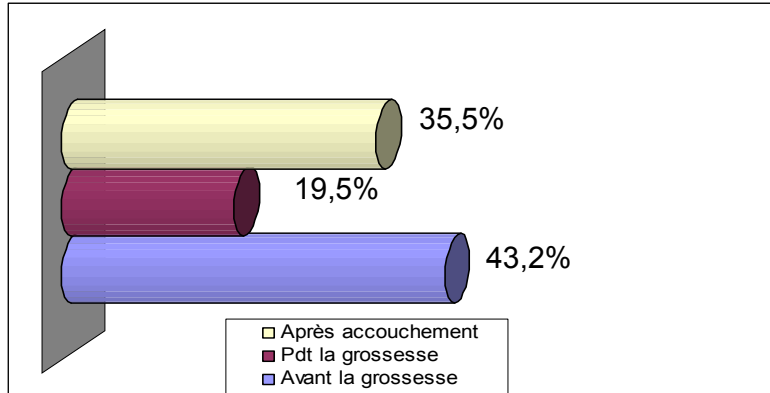


Figure 4 : Répartition des mères selon la date du diagnostic de l'infection
 Dans 35,5% des cas, les mères avaient été dépistées après l'accouchement.

Tableau VI: Répartition des mères selon la prise des ARV pendant la grossesse

ARV pdt la grossesse	Fréquence	Pourcentage
Non	82	48,5
Oui	69	40,8
Non précisé	18	10,7
Total	169	100

Pendant la grossesse (82) 48,5 % des mères n'ont pas bénéficié d'ARV, par contre (72) 46,7% ont reçu AZT+NVP en intrapartum.

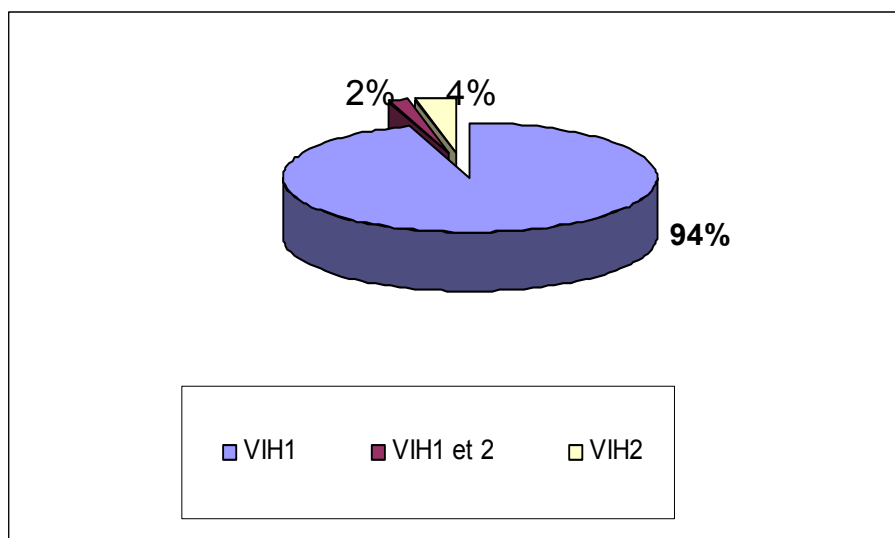


Figure 5 : Répartition des mères selon le type de VIH chez la mère
Le VIH1 était le plus fréquent avec 94%.

2. CARECTERISTIQUES DES ENFANTS INCLUS

Tableau VII: Répartition des patients selon le lieu d'accouchement

Lieu d'accouchement	Fréquence	Pourcentage
CsCom	70	41,4
Marternité hopital (sko)	63	37,3
Domicile	18	10,7
CsRef	11	6,5
Non précisé	7	4,1
Total	169	100

Dans 41,4% des cas, les mères avaient accouché dans un CsCom, suivi de la maternité de l'hôpital dans 37,3% des cas.

Tableau VIII: Répartition des patients selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Fréquence	Pourcentage
Basse	166	98,2
Césarienne	3	1,8
Total	169	100

La majorité des mères ont accouché par la voie basse avec 98,2%. Tous les cas de césarienne (1,8 %) avaient une indication obstétricale.

Tableau IX : Répartition des patients selon le lieu de référence

Lieu de référence	Fréquence	Pourcentage
CERKES	89	52,7
Maternité hôpital	50	29,5
CsCom	14	8,3
Service de médecine hôpital	8	4,7
Cs Réf	5	3
Privé	1	0,6
Bamako	1	0,6
Non précisé	1	0,6
Total	169	100

Plus de la moitié nos patients ont été référés par le CERKES avec 52,7%

Tableau X : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Féminin	89	52,7
Masculin	80	47,3
Total	169	100

Le sexe ratio était 0,89

Tableau XI : Répartition des patients selon l'âge d'inclusion.

Age	Fréquence	Pourcentage
Naissance	84	49,7
1 mois	11	6,5
2-3 mois	13	7,6
4-6 mois	18	10,6
7-9 mois	21	12,4
> 9 mois	22	13
Total	169	100

Les patients inclus à la naissance étaient les plus nombreux avec 49,7%.

Tableau XII : Répartition des patients selon la prophylaxie antirétrovirale chez le nouveau-né

Prophylaxie chez le nné	Fréquence	Pourcentage
Non	95	56,2
Oui	74	43,8
Total	169	100

Plus de la moitié de nos patients n'ont pas bénéficié la prophylaxie ARV à la naissance 56,2%.

Tableau XIII : Répartition des patients selon la prophylaxie au cotrimoxazole

Prévention avec le cotrimoxazole	Fréquence	Pourcentage
Oui	163	96,4
Non	6	3,6
Total	169	100

Dans 96,4% des cas, les patients ont bénéficié de la prophylaxie au cotrimoxazole.

Tableau XIV : Répartition des patients selon la première ingestion lactée

Premier lait ingéré	Fréquence	Pourcentage
Lait maternel	88	52,1
Lait artificiel	81	47,9
Total	169	100

Dans plus de la moitié des cas le lait maternel a été donné en première intention à l'enfant avec 52,1%.

Tableau XV : Répartition des patients selon la durée de la prise du lait maternel

Durée lait maternel	Fréquence (n=88)	Pourcentage
<1mois	4	4,5
>1mois	84	95,5

95,5% des patients ont bénéficié du lait maternel pendant au moins 1 mois
3 enfants avaient pratiqué l'alimentation mixte.

RESULTATS BIOLOGIQUES

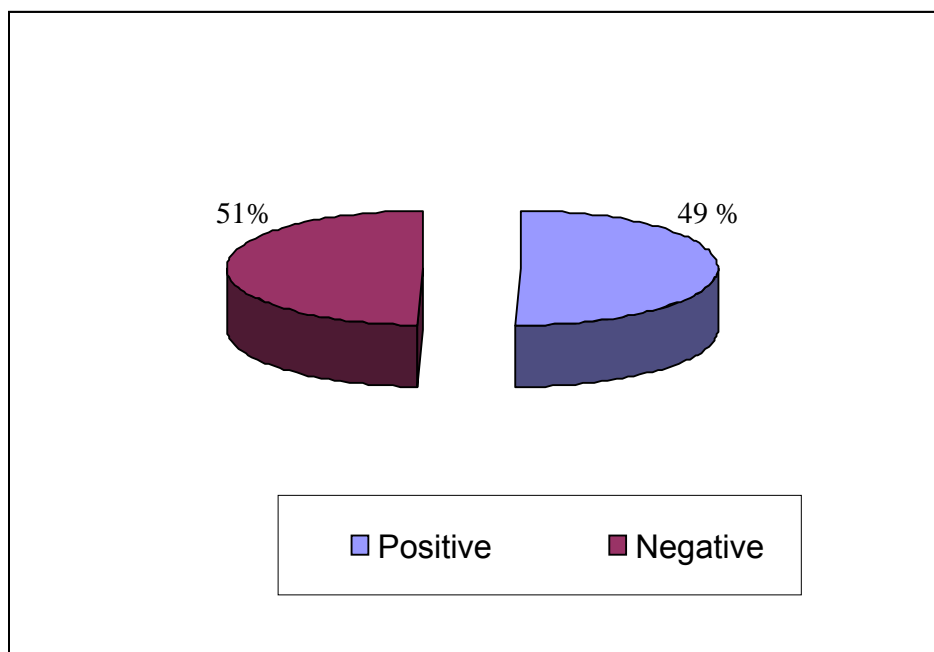


Figure 6 : Répartition des patients selon les résultats de la sérologie M9

Sur les 85 enfants ayant bénéficié d'une sérologie à 9 mois 43 (51%) avaient un résultat positif.

68 enfants n'ont pas encore l'âge de 9 mois et 16 enfants n'en n'avaient pas bénéficié.

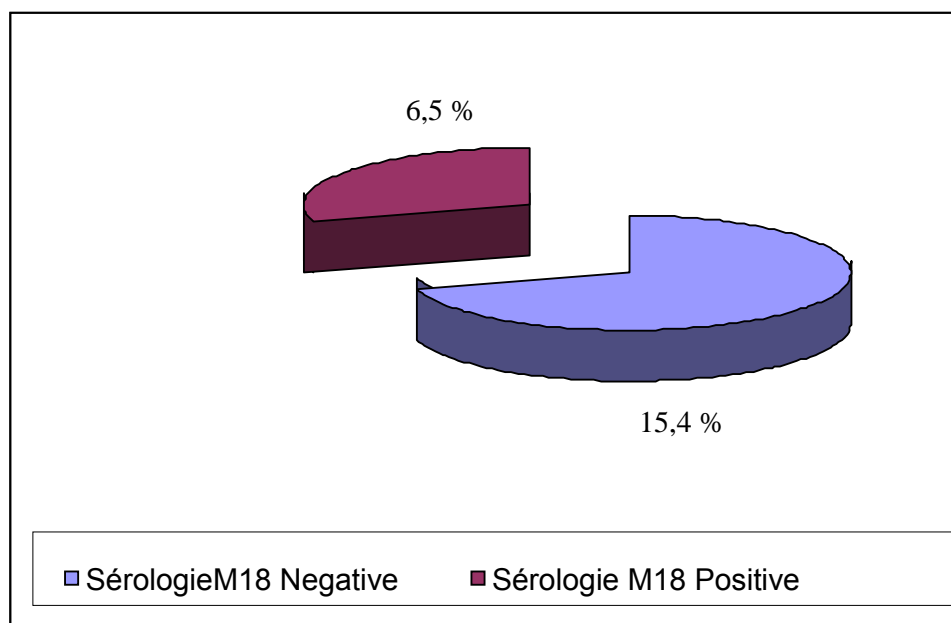


Figure 7 : Répartition des patients selon la sérologie de M18

Sur les 37 enfants ayant bénéficié la sérologie à 18 mois, 11 avaient un résultat positif à 18 mois.

DEVENIR

Tableau XVI : Répartition des patients selon le devenir

Devenir de l'enfant	Fréquence	Pourcentage
Suivi en cours	97	57,4
Sérologie M18 négative	26	15,4
Perdu de vue	20	11,8
Infectés	11	6,5
Décédé	11	6,5
Transféré	4	2,4
Total	169	100

57,4% enfants étaient régulièrement suivis au moment de l'étude.
20 enfants ont été perdus de vue soit 11,8% des cas.

1 DYNAMIQUE DES INCLUSIONS

Du 24 mai 2006 au 24 mai 2008, 169 enfants nés de mères séropositives ont été inclus dans le protocole PTME dans le service de pédiatrie à l'hôpital de Sikasso.

Une augmentation croissante du nombre d'enfant est notée : 36 en 2006, 91 en 2007 et 42 à partir 24 mai 2008 ce qui laisse présager d'ici décembre 2008, un effectif plus important par rapport aux autres années.

Mais au cours du suivi nous avons rencontré quelques difficultés :

- Manque de motivation de certaines femmes pour le suivi de leurs enfants
- Perdus de vue
- Non disponibilité des tests virologiques (PCR et CV)
- Non disponibilité permanente des substituts du lait de mère.
- Retard à l'inclusion
- Stigmatisation
- Manque de locaux adéquats

2 LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PARENTS.

2.1. AGE MATERNEL :

Les mères âgées entre 20-35 ans étaient les plus nombreuses avec 81,7%. Les âges extrêmes étaient de 17et 44 ans.

Cette tranche d'âge a été largement rencontrée dans plusieurs travaux KONE N. [3] et TRAORE S. [47], respectivement (79,1%) ; (57,9%).

Selon le rapport ONUSIDA 2007 [2], les jeunes femmes entre 15 et 24 ans ont un risque au moins trois fois plus élevé que les jeunes hommes d'être séropositives au VIH.

Cette tranche d'âge n'a aucune spécificité par rapport à l'infection VIH puisque notre population d'étude est celle des femmes en âge de procréer.

2.2. PROFESSION DES PARENTS ET REGIME MATRIMONIAL

La très grande majorité des mères (86,4%) était des femmes au foyer et non instruite (74%).

Ce constat n'est que le reflet de la situation de la femme au Mali plus particulièrement à Sikasso où la scolarité des filles n'était pas une priorité dans les années précédentes. Ces chiffres sont plus élevés que celui retrouvé dans les

travaux de KONE N. [3], TRAORE S. [47] et CISSE M.L. [55] respectivement (66,1%), (64,4%), (63,3%). Parmi, les femmes mariées 32% vivaient dans un foyer polygamique.

2.3. CONNAISSANCE DU STATUT SEROLOGIQUE DU CONJOINT ET PARTAGE DE L'INFORMATION

Plus de la moitié des hommes (60,4%) connaissaient le statut sérologique de leur femme. Cela s'expliquerait par le fait que la majorité des mères de nos enfants et leur époux étaient suivis au CERKES. La femme n'a pas informé son conjoint de sa séropositivité dans 32,5%.

De façon informelle les principales raisons évoquées pendant la consultation étaient la peur d'une réaction négative du conjoint et/ou de la belle-famille (divorce, rupture des fiançailles et stigmatisation). Ce phénomène social a été constaté au cours des travaux de KONE N. [3] et TRAORE S. [47].

2.4. DECES DES PARENTS

Au cours de notre étude, 22 enfants étaient orphelins dont 13 orphelins de père, 3 orphelins des 2 parents et 6 orphelins de mères. La plupart des décès se sont effectués dans des situations non explicites. On a rencontré d'énormes difficultés au cours du suivi de ces enfants. A savoir : les perdus de vue, les décès à domicile, les rendez-vous manqués, la stigmatisation et le phénomène de référence. Ces mêmes difficultés ont été rencontrées au cours de l'étude CISSE M.L. [55] et de KONE N. [3].

3. ANTECEDENTS MEDICAUX MATERNELS

3.1. DATE DU DIAGNOSTIC MATERNEL ET TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

Dans plus de la moitié des cas soit 62,7%, la séropositivité chez les mères de nos enfants avait été découverte avant et pendant la grossesse, ce chiffre était proche de celui de KONE N. [3] avec (64,9%).

En 2003, selon ROUAFI O. [46], les femmes avaient été dépistées plus pendant la grossesse qu'avant, aujourd'hui nous constatons un changement dans la prise en charge. Cela pourrait s'expliquer simplement par les nombreuses campagnes de sensibilisation et l'augmentation du nombre de sites de PTME dans le pays. Selon le rapport de PTME 2005 [56], le taux d'adhésion actuel est d'environ 88%.

Actuellement au Mali, avec la gratuité des ARV, toutes les femmes séropositives enceintes et/ou dépistées pendant la grossesse pourraient être mises à une trithérapie prophylactique.

3.2. TYPE DE VIH

Le VIH1 était le plus fréquent avec 94%. Ce chiffre a été retrouvé chez KONE N. [3], (94%), chez CISSE M.L. [55] (100%) et la prédominance du VIH1 a été retrouvée dans beaucoup de travaux [57, 58,59].

3.3. SUIVI MEDICAL APRES ACCOUCHEMENT

La majorité (90%) des femmes était suivie après l'accouchement. TRAORE S. [47] et KONE N. [3] avaient respectivement trouvé (96,7%) et (52,4%).

Plusieurs raisons pourraient expliquer cet état de fait :

- l'information du conjoint.
- l'organisation du staff clinico-biologique tous les 3 mois entre les acteurs de prise en charge du VIH.
- la majorité des mères était en suivies dans une structure de prise en charge avant leur grossesse.

4. CARACTERISTIQUES CLINIQUES DES ENFANTS

4.1. LIEU D'ACCOUCHEMENT

Un nombre important de femmes avait accouché à la maternité de l'hôpital de Sikasso (37,3%) qui réfère systématiquement les nouveau-nés au service de pédiatrie.

70 enfants ont été référé par les CSCOM soit 41,4 % et 6,5% par les CS Réf.

18 accouchements ont eu lieu à domicile.

Selon EDSIIM [56] le taux d'accouchement à domicile au Mali est de 19,3% en milieu urbain et de 73,3% en milieu rural.

4. 2.Lieu de référence

La majorité de nos enfants ont été référé par le CERKES avec 52,7%, suivi par la maternité de l'hôpital 29,5%.

Cela pourrait s'expliquer par l'implication tardive de l'hôpital de Sikasso dans la prise en charge de la transmission mère enfant du VIH et la formation tardive du personnel impliqué dans la prise en charge.

4.3. Sexe

Plus de la moitié de nos patients était de sexe féminin avec 52,7%, avec un sexe ratio à 0,89. SANGARE [60] et N'DIAYE C. [61] avaient trouvé respectivement 51,1% et 45,2%.

4.4. VOIE D'ACCOUCHEMENT

La voie d'accouchement était pour la plupart la voie basse (98,2%) et la césarienne avait été faite chez 3 femmes. La cause obstétricale a été la seule indication de la césarienne chez ces 3 femmes. KONE N [3] avait trouvé 80% d'accouchement par voie basse et l'infection à VIH a été la cause de 4 césariennes.

4.5. L'AGE A L'INCLUSION

La majorité des enfants avait été inclus à la naissance 49,7% (tous ceux qui avaient été inclus le premier jour avaient été référés par la maternité de l'hôpital de Sikasso), contre 41,1% chez KONE N. [3].

11 enfants avaient été inclus à 1 mois. Les inclusions avaient été enregistrées à tous les âges avant 18 mois. Ces inclusions tardives s'expliquent par :

- le retard au diagnostic : l'infection à VIH est évoquée au décours des pathologies Intercurrentes de l'enfant.
- le déni de la maladie par les parents
- la non information de la mère sur le suivi de l'enfant lors des CPN ou à l'accouchement dans certains cas.
- la rupture des réactifs dans certains sites PTME.

4.6. PROPHYLAXIE ANTIRETROVIRALE CHEZ L'ENFANT

Elle a été faite chez 43,8% des enfants et tous avaient reçu la Névirapine en dose unique, l'AZT matin et soir pendant 14 jours. Depuis 2006, la bithérapie (AZT+NVP) a été initiée et systématisée dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso. NDIAYE C. [61] et KONE N. [3] avaient respectivement trouvé (18,1%) et (58%) Actuellement avec le nouveau protocole, la lamuvidine a été associée dans certaines situations à un très haut risque de transmission (traitement absent ou tardif chez la mère).

4.7. ALIMENTATION

Aucun mode d'alimentation n'est imposé, la politique nationale recommande le choix éclairé de la mère [4].

La première ingestion lactée avait été le lait maternel dans 52,1 % des cas et 84 enfants avaient été nourris au sein sur une durée allant de 2 jours jusqu'à 16 mois et avaient été référés par d'autres structures sanitaires. Ils ont tous été vus après les premiers mois de vie.

KONE N. [3] et TRAORE S. [47] avaient trouvé respectivement 58,7% et 98,7%

Notre taux important en alimentation maternelle s'explique :

- le retard de dépistage des femmes
- la stigmatisation
- la recommandation du lait maternel chez certaines mères jusqu'à 6 mois.

L'alimentation mixte avait été pratiquée chez 3 enfants (1,7%). KONE N. [3] avait trouvé (1,63%) Les facteurs sociaux et les difficultés d'obtention de lait artificiel (souvent rupture) étant les raisons les plus évoquées.

4.8. PROPHYLAXIE AVEC LE COTRIMOXAZOLE

La presque totalité de nos enfants avait bénéficié d'une prophylaxie au cotrimoxazole soit 96, 4%. Ceux qui n'en avaient pas bénéficié (3,6%) étaient soit décédés avant un mois ou perdus de vue.

5. CARACTERISTIQUES BIOLOGIQUES DES ENFANTS

5.1. SEROLOGIE VIH

Les prélèvements sont envoyés à INRSP à Bamako pour le diagnostic précoce (charge virale). Malheureusement le délai d'obtention des résultats est très long. Conformément aux recommandations nationales, nous effectuons la sérologie VIH à 9 mois et 18 mois.

- SEROLOGIE A 9 MOIS

Elle a pu être obtenue pour 85/169 enfants. Pour 43 (51%) d'entre eux, elle est revenue positive, 68 enfants n'avaient pas encore l'âge de 9 mois et 16 enfants n'en avaient pas bénéficiés.

- SEROLOGIE A 18 MOIS

La sérologie VIH à 18 mois avait été faite pour 34 enfants. Elle est revenue négative pour 26 soit 15,4% d'entre eux et positive pour 11 enfants soit 6,5%.

6. DEVENIR DES ENFANTS

A la date du 24 mai 2008 :

- La file active était de 97 enfants (57,4%)
- Le nombre de perdus de vue a été 20 (11,8 %)
- Le nombre de décès en cours de suivi était 11 soit (6.5%)
- Le nombre de dossiers fermés (sérologie de 18 mois négative) a été de 26 (15,4%)
- Le nombre de transfert vers un autre site pris en charge pour raison de proximité 4 (2,4 %).
- Le nombre d'enfants infectés et référé pour traitement ARV a été de 11 (6.5%)

• Les enfants décédés

Au cours de notre suivi, nous avons enregistré 11 décès. Le diagnostic maternel a été fait après l'accouchement pour 8 enfants. 2 décès au cours de l'hospitalisation prématurité et un décès à domicile.

• Les enfants perdus de vue

Nous avons considéré comme perdu de vue tout enfant non vu au cours de 3 rendez-vous successifs manqués.

Les principales causes enregistrées sont :

- les ruptures d'approvisionnement en lait artificiel
- la crainte de la stigmatisation
- les difficultés liées au diagnostic précoce.

VI CONCLUSION

Le service de pédiatrie et la maternité de l'hôpital de Sikasso constituent le site pilote de la PTME depuis son application en Mai 2006.

De cette date, au 24 mai 2008, 169 enfants nés de mères séropositives au VIH ont été pris en charge.

Au terme de cette prise en charge, il ressort que :

La majorité des enfants ont été inclus en 2007 avec 53,8%. La première ingestion lactée était le lait maternel avec 52,1% et 52,7% étaient de sexe féminin avec un sexe ratio à 0,89.

Les mères étaient âgées de 20-35 ans dans 81,7% des cas. La majorité d'entre elles étaient mariées dans 82,2%, et vivait une union monogamique dans 50,3%. Les veuves étaient à 7,1%. Elles n'étaient pas instruites dans 74%.

Nous avons enregistré 11 décès.

Le nombre de perdus de vue avait été estimé à 11,8%.

11 enfants infectés avaient été mis sous ARV.

De nombreuses difficultés ont été répertoriées au cours de la prise en charge de ces enfants :

- Difficultés d'approvisionnement en substituts du lait de mère,
- Nombre important de perdus de vue et décès.

VII RECOMMANDATIONS

Au terme des ces résultats nous avons formulés les recommandations suivantes :

Aux autorités politique et économique

- Encourager la formation et le recyclage du personnel implique dans la prise en charge des PVVIH en particulier sur la PTME.
- Multiplier et encourager les associations ou regroupement d'animateurs sur le VIH/SIDA.
- Multiplier et encourager les campagnes de sensibilisation sur le VIH/SIDA.
- Multiplier davantage les unités de PTME.

Au personnel médical

- Proposer un test de dépistage chaque fois que cela est possible aux femmes en âge de procréer après un counseling.
- Adresser le plutôt que possible les femmes VIH positives aux unités de prise en charge.

Aux femmes en age de procréer

- Accepter le test de dépistage et le retrait des résultats.
- S'informer d'avantage sur le VIH/SIDA et en particulier sur la PTME.

VIII REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 : OMS/UNICEF.

Manuel pour la prise en charge clinique et thérapeutique de l'infection à VIH chez l'enfant

Janvier 2004 Page : 5

2 : ONUSIDA/OMS.

Point sur l'épidémie SIDA, décembre 2007.

3 : KONE N.

Bilan de cinq années de prise en charge des enfants nés de mères séropositives dans le service du CHU Gabriel Touré.

Thèse de médecine 2005 page : 2

**4 : MINISTERE DE LA SANTE/ CELLULE DE COORDINATION DU COMITE
SECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA**

Politique et protocoles de prise en charge antirétroviral du VIH/SIDA, Mars 2007

**5 : MINISTERE DE LA SANTE/ CELLULE DE COORDINATION DU COMITE
SECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA**

Compétence en counseling en matière de VIH/SIDA, Manuel de référence Août 2006
Page : 2

6 : ONUSIDA/OMS :

Prévention de la transmission mère enfant : Option statistique

Décembre 2005.

7: YACINE A.M.

Evaluation de la mise en œuvre de la P.T.M.E. du VIH à l'hôpital de la mère et de l'enfant, Lagune de Cotonou. Thèse de médecine, 2005.

8 : UNICEF/STATISTIQUE/VIHSIDA :

Statistique par pays : Mali, Décembre 2001

9 : ROUZIOUX C, COSTAGLIOLA D, BURGARD M ET AL.

Estimated timing of mother-child HIV-1 transmission by use of a markov model. Am J Epidemiol 1995;142:1330-7.

10: - FAYE A, BLANCHE S.

Infection de l'enfant par le virus de l'immunodéficience humaine de type I.

EMC (Elsevier SAS, Paris), pédiatrie/maladies infectieuses, 4-310-A-40, 2006.

11: MENU E, MBOPI-KEOU FX AND AL

Selection of maternal human immunodeficiency virus type 1 variants in human placenta. European Network for In Utero Transmission of HIV-1

J Infect Dis 1999; 179:44-51.

12: GOEDERT J DULIEGE AM, AMOS C, AND THE INTERNATIONAL REGISTRY OF HIV. Exposed twins. High risk of HIV1 infection for first born twins. The lancet 1991,338 1471-75

13: NEWELL ML. Mechanism and timing of mother-to-child transmission of HIV-1. AIDS 1999; 13:21439

14: MANDELBROT L, BURGARD M, TEGLAS JP, BENIFLA JL, KHAN C, BLOT P, et AL.

Frequency detection of HIV-1 in the gastric aspirates of neonates born to HIV-infected mothers.

AIDS 1999; 13:2143-9.

15: BROCLEHURST P, FRENCH R.

the association between maternal HIV infections and perinatal out come: a systematic reviewof the literature and meta-analysis.Br J Obstet gynaecol 1998; 105:836-48

16: MAJAJUX MJ, DUSSAIX E, ISOPET J et al.

Maternal viral load during pregnancy and mother –to- child transmission of HIV type 1: the French perinatal cohort studies .J infect Dis 1998; 352:1927-30

17: GARCIA P, KALISH LA, PITT J et AL.

Maternal levels of plasma human deficiency type 1 RNA and the risk of perinatal transmission.

N Engl J Med 199; 341:394-402.

18: LOANNIDIS JPA, ABRAM'S EJ, AMMANN A et al.

Perinatal transmission of HIV type 1be pregnant women with RNA virus load <1000 copies/ml. J infect DIS 2001; 183:539-45.

19: GOLDENBERG RL, VERMUND SH, GOEPFERTAR, ANDREWS WW.

Choriodecidual inflammation: a potentially preventable cause of perinatal HIV-1 transmission? Lancet 1998; 352:1927-30.

20: DENIS TW, YANET K, MARY T et al

Manuel sur le SIDA pédiatrique en Afrique

Edité par le réseau africain pour soins aux enfants affectés par le SIDA

Edition révisée, juillet 2006. Page : 38

21 : CHEVALIER E, CABANES PA, VEBER F, MANSON S. SIDA,

enfant, et famille . les implications de l'infection à VIH pour l'enfant et la famille

.Paris :centre international de l'enfance, 1993 :355

22: - MAYAUX M J, TEGLAS J P, MANDELBOT L et al.

Acceptability and impact of zidovudine prevention on MTCT of HIV type 1: the french perinatal cohort studies.

J. infect Dis 1997; 17; 131:857-62.

23 : MANDELBROT L, MAYAUX MJ, BONGAIN A ET AL.

Obstetric factors and mother to child transmission of human immunodeficiency virus type 1: the French perinatal cohorts.

Am J Obstet Gynecol 1996; 175:661 – 7

24: MENU E, MBOPI-KEOU FX AND AL

Selection of maternal human immunodeficiency virus type 1 variants in human placenta. European Network for In Utero Transmission of HIV-1

J Infect Dis 1999; 179:44-51.

25:MOYAUX MJ, BLANCHE S, ROUZIOUX C et al.

Maternal factors associated with perinatal HIV 1 transmission, the French prospective cohort study: 7years of follow up observation.

Am J. 1995; 8:188-94.

26: ALAIN BEREBI

Le SIDA au féminin .Edition DOIN, Paris 2001,204-205.

27: O'DONOVAN D, ARYOSHI K, MILIGAN P et al.

Maternal plasma viral RNA levels determine marked differences in MTCT rates of HIV1 and HIV2 in the Gambia.

28- GIRARDCH P- M, KATALMA CH, PIALOUX G.

VIH EDITION 2004

Doin, 2003 p 635.

29: CONNOR EM, SPREALING RS, GELBER R ET AL.

Reduction of maternal- infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Paediatric AIDS clinical triads group protocol 076 study group.

N Engl J Med 1994; 331: 1173- 80.

30: WADE NA, BIRHEAD GS, WARREN BL, ET AL.

Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. .

N Engl J Med 1998; 339: 1409-1414.

31: WIKTOR SZ, EKPINI E, KARON JM, ET AL.

Short-course oral zidovudine for prevention of mother to child transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire: a randomised trial.

Lancet .1999; 353: 781.785.

32: DABIS F, MSELLATI P, MEDA N, ET AL.

6 month efficacy, tolerance and acceptability of short regimens of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Cote d'Ivoire and Burkina -Faso: a double -blind placebo controlled multicentre trial. Lancet .1999; 353: 786.792.

33: GUAY LA, MUSOKE P, FLEMING T ET AL.

Intrapartum and neonatal single-dose névirapine 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.

34: DORENBAUM A, CUNNINGHAM CK, GELBER RD ET AL.

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

JAMA 2002; 288 (2):189-98.

35 : DELFRAISSY JF

Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH

Flammarion, Médecine Sciences, Paris, 2004; p.264.

36: WORLD HEALTH ORGANISATION

Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infant. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained setting, 2004, 50p.

37: INTERNATIONAL PERINATAL HIV GROUP

The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1-A meta-analysis of 15 prospective cohort studies.

N Eng J Med 1999; 340:977-87.

38: EUROPEAN MODE OF DELIVERY COLABORATION

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

Lancet 1999; 353:1035- 39

39: KREISS J

Breadfeeding and vertical transmission of HIV type 1.

Acta Paediatr suppl 1997; 1114.18.

40 : SEMBA RD. KUMWENDA N. HOOVER RD ET AL.

HIV load in breast milk, mastitis and mother to child transmission of HIV-1.

J infect Dis 1999; 180:93-98.

41 : DELFRRAISSY JF

Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH

Flammarion, Médecine Sciences, Paris, 2004 ; p264.

42 : - BLANCHE S; MAYAUX M J

L'infection à VIH de la mère et de l'enfant.

Médecine thérapeutique, 1996 ; 1 :1114 -18.

43: AMADOU H A.

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

Thèse pharm., Bamako, 2002, p.118

44 : BURGARD M, ROUZIOUX C.

Diagnostic de l'infection à VIH chez l'enfant. In : S. Blanche L'infection par le VIH de la mère et de l'enfant.

Flammarion, Médecine Sciences, Paris, 1998 ; p.237-239.

45 : SANGARE Ch P O.Infection VIH de l'enfant: aspects cliniques et bilan de six mois de prise en charge des cas par les ARV à la pédiatrie du CHU-GT.Thèse Med, Bamako, 2003; p.91.

46: ROUAFI O.

Suivi des enfants nés de mères séropositives au VIH dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré : Bilan de deux années d'activités.

Thèse Méd, Bamako, 2005, p109.

47 : TRAORE S.

Evaluer les connaissances des mères des enfants suivis dans le cadre de la PTME dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Med, Bamako, 2007, p 26.

48: BELEMOU B.

Les manifestations respiratoires du SIDA pédiatrique au CHU Gabriel Touré à propos de 141 cas.

Thèse Med, Bamako, 2002; p.112

49: TINDYEBWA 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

50 : Ministère de la santé, direction nationale de la santé

Directives en PTME : Prise en charge des femmes enceintes et des enfants infectés par le VIH septembre 2003, p 59-62

51: CHINTU C AND AL

Cotrimoxazole as prophylaxis against opportunistic infections in HIV-infected Zambian children (CHAP): A double blind randomized placebo-controlled trial.

Lancet 2004; 364:1865-71

52: - MANDELBROT L, BURGARD M, TEGLAS JP, BENIFLA JL, KHAN C, BLOT P, ET AL.

Frequency detection of HIV-1 in the gastric aspirates of neonates born to HIV-infected mothers.

AIDS 1999; 13:2143-9.

53: MANDELBROT L AND AL

Grossesse et infection par le VIH: moyens de prévention de la transmission mère-enfant In : P.-M. GIRARD, CH. KATALMA, G. PIALOUX, VIH EDITION 2001

Doin, 2001 p635

54 : Ministère de la santé/Direction nationale de la santé.

Rapport annuel PTME ; 2006.

55: CISSE M. L. :

Traitement ARV des enfants infectés par le VIH dans le service pédiatrie dans l'établissement public hospitalier de Sikasso bilan de 9 mois de suivi.

Thèse de méd., Bamako, 2008, Page 54.

56 : Ministère de la santé/ Direction nationale de la santé, division santé de la reproduction.

Rapport PTME 2005.

57 : Ministère de la santé publique et population CDC/GAP-USAID.

Institut HAITIEN de l'enfance. Analyse situationnelle de la PTME en HAITI, Mars 2003.

58 : COULIBALY D.

Evaluation de la définition clinique du sida pédiatrique selon les critères de l'OMS/ Bangui, 2003, thèse de méd. Bamako. Page 45.

59 : DIARRA B.

Contribution à l'étude de la séroprévalence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine au Mali.

Thèse de méd. 2004, Bamako page 60.

60 : SANGARE A.

Suivi des enfants nés de mères séropositives au VI dans les centres de références de la commune I et VI : bilan d'une année d'activité.

Thèse de méd., 2007, page 72- 75

61 : NDIAYE C.

Evaluer la prise en charge des enfants de mères séropositives dans le pédiatrie à CHU GT. Bamako.

Thèse de méd. 2008. Page 46- 55.

FICHE D' ENQUETE

N° :.....

1- DATE DE NAISSANCE

2- ANNEE INCLUSION / _____ /

3- AGE A L'INCLUSION / _ /

4- SEXE / _ / 1= Masculin 2= Féminin

5- LIEU DE REFERENCE / _ /

1= HGT 2=CERKES 3=CSRef 4=CSCom 5=HPG 6= Privé 7= Autres 8= Non précisé

INFORMATIONS SUR LA MERE

6- AGE (en année) / _ /

7- NIVEAU D'INSTRUCTION / _ /

1=Aucune 2= Primaire 3= Secondaire 4= Supérieur 5=Medersa 6= Non précisé
7= Autres.

8- PROFESSION / _ /

1=Femme au foyer 2=Petit commerce 3=Commerçante 4= fonctionnaire
5=Salarié privé 6=Autres 7=Non précisé

9- STATUT MATRIMONIAL / _ /

1=Marié 2=Célibataire 3=Divorcé 4=Veuve 5=Non précisé.

10- REGIME / _ /

1= Monogamie 2= Polygamie 3= Non précisé

11- SUIVIE CLINIQUE APRES ACCOUCHEMENT / _ /

1= Oui 2=Non 3=Non précisé

ANTECEDANTS OBSTETRICAUX

12- GESTITE / _ // _ /

13- PARITE / _ // _ /

14- ANTECEDANT DE DECES DANS LA FRATRIE / _ / _ /

STATUT SEROLOGIQUE

15- TYPE / _ /

1= VIH-1 2= VIH-2 3= VIH-1+VIH2 4=Non précisé.

16- DATE DU DIAGNOSTIC / _ / _ /

1= Avant la grossesse 2= Pendant la grossesse 3= Après l'accouchement
4= Non précisé.

PROPHYLAXIE

17- ARV pendant la grossesse / _ /

1= Oui 2=Non 3= Non précisé.

18- SI OUI NOM ARV

19- ARV EN INTRAPARTUM / _ /

1= Oui 2= Non 3= Non précisé.

20- SI OUI NOM ARV

ACCOUCHEMENT

21- LIEU / _ /

1= HGT 2= CSRef 3= CSCom 4HPG 5= Privé 6= Domicile 7= Non précisé

22- VOIE D'ACCOUCHEMENT / _ /

1= Basse 2 Césarienne 3= Accouchement instrumental 4 = Non précisé.

23- SUIVI DE LA MERE APRES ACCOUCHEMENT / _ /

1= Oui 2= Non

INFORMATIONS SUR LE PERE

24- PROFESSION / _ /

1= Commerçant 2= Fonctionnaire 3= Vendeur 4= Sans emploi 5= Chauffeur
6= salarié privé 7= manoeuvre 8= Autres 9= Non précisé.

25- STATUT SEROLOGIQUE / _ /

1= HIV positive 2= HIV négative 3= Non connu 4= Non précisé

26- INFORMATION DU PERE / _ /

1= Oui 2= Non 3= Non précisé.

ANTHROPOMETRIE A LA NAISSANCE

27- Poids / _ / / _ // _ // _ / cm

28- Taille / _ // _ // _ / cm

29- PC / _ // _ // _ / cm

30- PREMIERE INGESTION LACTEE / _ /

1=Lait artificiel 2= Lait de mère 3= Non précisé.

31- SI LAIT DE MERE , préciser la durée.....

32- PRISE DE LAIT ARTIFICIEL / _ /

1= Oui 2= Non 3= Non précisé.

33- ALLAITEMENT MIXTE / _ /

1= Oui 2= Non 3= Non précisé

34- PROPHYLAXIE CHEZ LE NOUVEAU-NE / _ /

1= Oui 2= Non 3= Non précisé

35- NEVIRAPINE / _ /

1= Oui 2= Non 3= Non précisé

36- ZIDOVUDINE / _ /

1= Oui 2= Non 3= Non précisé

37- COTRIMOXAZOLE / _ /

1= Oui 2= Non 3= Non précisé

38- AGE A LA DERNIERE CONSULTATION / _ // _ /

SUIVI BIOLOGIQUE

39- PRC / _ /

1= Positive 2= Négative 3= Non faite

40- PCR2 / _ /

1= Positive 2= Négative 3= Non faite

41- PCR3 / _ /

1= Positive 2= Négative 3= Non faite

42- RESULTATS DE PCR / _ /

1=2 PCR positives 2= 2 PCR négatives 3= 1 PCR positive 4= 3 PCR positives
5= PCR discordant 6= autres (prélevé pas résultat, non faite, 1 PCR négative, n'ont pas l'âge)

43- SEROLOGIE M9 / _ /

1= Positive 2= Négative 3= Non faite

44- SEROLOGIE M18 / _ /

1= Positive 2= Négative 3= Non faite

DEVENIR

45- PARENTS / _ /

1= Décès maternel 2= Décès paternel 3= orphelin des deux parents 4= Parents vivants

46- ENFANT / _ /

1= Suivi en cours 2= Dossier clos « sérologie de M 18 négative » 3= Perdu de vu 4= Enfant DCD 5= Transféré

47- POURSUITE DU SUIVI MATERNEL / _ /

1= Oui 2= Non 3= Non précisé

Noms : BALLO

Prénoms : SOUMAILA S.

TITRE : Bilan de deux années de prise en charge des enfants nés de mères séropositives dans le service de pédiatrie à l'hôpital de Sikasso du 24 mai 2006 au 24 mai 2008.

Année académique : **2008-2009**

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako.

Département : Pédiatrie

Résumé

Notre étude avait pour objectif de faire le bilan du suivi des nouveau-nés de mères séropositives au VIH dans le service de pédiatrie de l'Hôpital de Sikasso

Du 24 mai 2006 au 24 mai 2008, 169 enfants nés de mères séropositives ont été pris en charge.

La majorité de nos enfants avait été référée par le Cerkes (52,7%) et 53,8% d'inclusion en 2007. Ils avaient été inclus à la naissance dans 49,7% des cas et donc bénéficiés d'une prophylaxie ARV (43,8%). La première ingestion lactée était le lait maternel avec 52,1% et 52,7% étaient de sexe féminin avec un sexe ratio à 0,89.

Les mères étaient âgées de 20-35 ans dans 81,7% des cas. La majorité d'entre elle était mariée dans 82,2%, et vivait une union monogamique dans 50,3%. Les veuves étaient à 7,1%. Elles n'étaient pas instruites dans 74%.

Nous avons enregistré 11 décès.

Le nombre de perdus de vue avait été estimé à 11,8%.

11 enfants infectés avaient été mis sous ARV.

De nombreuses difficultés ont été répertoriées au cours de la prise en charge de ces enfants :

- Difficultés d'approvisionnement en substituts du lait de mère,
- Nombre important de perdus de vue et décès.

De nombreuses difficultés ont été répertoriées au cours de la prise en charge de ces enfants : approvisionnement en lait, nombre important des perdu de vu, non disponibilité des tests de diagnostic précoce.

Le suivi de l'enfant né de mère séropositive est le prolongement naturel de la PTME, il complète ses mesures et permet d'évaluer leur efficacité. Le service de pédiatrie étant le site de référence nationale toutes les dispositions doivent donc être prises pour améliorer le suivi des enfants nés de mère séropositive.

Mots Clés : VIH – Prévention – Transmission – Mère – Enfant

SERMENT D'HYPPOCRATE

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 race, de parti ou de classe 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 condisciples si j'y manque.

Je Le Jure !