

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

SCIENTIFIQUE (MESRS)

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année universitaire : 2013- 2014



TITRE :

Thèse N °...../M

**BILAN DE DEUX ANNEES DE PRISE EN CHARGE DES
ENFANTS NES DE MERES SEROPOSITIVES PAR LE VIH
SIDA DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE DE L'HOPITAL DE
SIKASSO (JUN 2011 A MAI 2013)**

THESE :

**Présentée et soutenue publiquement le 01 /09 /2014 devant le
jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.**

Par :

Mr. FOUSSEYNI TRAORE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Pr. Soukalo DAO

Membre : Dr. Broulaye TRAORE

Codirecteur : Dr. Aboubacar SANGARE

Directrice de thèse : Pr. Mariam SYLLA

JE COMMENCE CE TRAVAIL :

1. Au nom d'ALLAH, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux.

2. Louange à ALLAH, Seigneur de l'univers.

3. Le Tout miséricordieux, le Très miséricordieux,

4. Maître du jour de la rétribution.

5. C'est Toi [Seul] que nous adorons, et c'est Toi [Seul] dont nous implorons secours.

6. Guide-nous sur le droit chemin,

7. Le chemin de ceux que Tu as comblé de faveurs, non pas de ceux qui ont encouru Ta colère, ni des égarés.

A MEN

DEDICACES :

Je dédie ce travail à :

A mon père Sidiki traoré

Les mots n'expriment pas assez ce que j'éprouve à ce tournant important de ma vie. Tu m'as élevé dans la rigueur et l'esprit de réussite. Toujours soucieux de l'avenir de ta famille, ton soutien moral et matériel ne m'a jamais fait défaut.

Puisse ce travail t'apporter toute la satisfaction attendue.

Que Dieu te prête longue vie.

Amen!!

A ma tendre et adorable maman Afouchata Ouattara

Mère éducatrice et exemplaire, tu as toujours été aux côtés de tes enfants. Tu nous as enseigné les règles de la bonne moralité, de l'honnêteté et de la bonne conduite. Sans tes encouragements, tes conseils, tes prières et bénédictions, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé.

Je prie le Tout Puissant de te donner longue vie et promet avec son accord de ne jamais faillir à mes devoirs de fils.

A ma maman Aminata Traoré

Tu as été sans faute pour notre éducation. Nous ne saurions te remercier pour l'amour que tu portes à tes enfants que nous sommes. Que DIEU te donne longue vie

Amen !

A mes sœurs et frères

Ce travail est aussi le vôtre, qu'il soit l'expression de la profonde affection que je vous porte.

A mes oncles et tantes

Merci de vos efforts constants pour le renforcement des liens entre nos familles. Trouvez ici l'expression de mon profond attachement aux valeurs que vous cultivez. Ce travail est le vôtre.

A mes cousins et cousines

Considérez ce modeste travail comme une esquisse de chemin que je voudrais vous montrer afin de susciter chez vous beaucoup de courage.

A tous ceux qui œuvrent pour la survie et le bien-être des enfants partout dans le monde.

A mes amis Yaya Coulibaly et Ibrahim Abba Touré

Les mots me manquent pour vous remercier pour le soutien sans faille que vous n'avez cessé de m'apporter.

Merci pour l'amitié et la tempérance que vous avez toujours témoignées à mon endroit.

Vous avez été à la fois mon conseiller, mon guide et celui qui m'a encouragé.

Puisse Dieu vous donne longue vie et permettre la réalisation de tous vos projets.

Amen !

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 !

REMERCIEMENTS :

**A tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie de Bamako et à tous mes maîtres d'école.**

Pour la Qualité des enseignements que vous avez prodigués tout au long de notre formation.

**Aux familles Diallo et Doumbia au Point G et la famille de Oumar
G Traoré à Faladiè Sokoro**

Mon passage dans vos familles m'a donné une immense leçon dans la vie et cela me servira toute ma vie durant. Avec vous j'ai su apprécier ce que notre chère patrie, le Mali, a de plus profond : l'hospitalité (le "diatiguiya"). Vous m'avez accueilli à cœur et bras ouverts. Ce travail est aussi le vôtre. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A mes camarades de classe et collègues de travail

Des vrais amis se reconnaissent toujours lors des moments durs. Dans beaucoup de circonstances, vous m'avez prouvé qu'au-delà de l'amitié vous êtes des frères plus que jamais sincères. Sans vous, je n'aurais jamais pu mener à bien ce travail. Il est le vôtre. Soyez-en remercié infiniment et soyez assuré de mon éternelle fidélité. Puisse cette fraternité demeurer entre nous pour que se réalisent nos vœux les plus chers (Amen).

**A mes amis et complices : Nouhoum Sidibé, Ibrahim Doumbia,
Makan Keita, Youssouf Traoré et Ali D. Diallo**

Vous êtes et resterez toujours des frères pour moi. Je n'oublierai jamais les moments que nous avons passés ensemble. Puisse cette fraternité demeurer entre nous (amen).

A tout le personnel de la pédiatrie de l'hôpital de Sikasso

Pour l'accueil, la considération et surtout la bonne collaboration.

A tous les faisant fonction d'internes du service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso.

Pour la bonne collaboration

Je remercie enfin tous ceux qui n'ont pas leurs noms cités ici et qui de près ou de loin, de façon active ou passive ont contribué à la réalisation de la présente thèse.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

**A notre maître et président du jury,
Professeur Soukalo DAO**

- Professeur titulaire en maladies infectieuses.**
- Chef de DER Médecine et spécialités médicales à la FMOS.**
- Chef de service de maladies infectieuses**
- Investigateur clinique au centre de recherche et de formation 1 sur le VIH et la tuberculose : SEREFO/FMOS/NIAID.**
- Président de la SOMAPIT (Société Malienne des Pathologies Infectieuses et Tropicales).**
- Membre de la SAPI (Société Africaine des Pathologies Infectieuses) et SPILF (Société des pathologies infectieuses en Langue Française).**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse.

Votre spontanéité et votre ardeur au travail, font de vous un exemple pour la jeune génération d'apprenants que nous sommes.

Vos remarques et vos suggestions ont contribué à l'amélioration de ce travail.

Permettez-nous, cher maître, de vous réitérer notre profond respect.

A notre Maitre et juge

DOCTEUR ABOUBACAR SANGARE

-Pédiatre praticien

-Chef du service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso.

Cher Maitre c'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique, vos compétences pédagogiques, votre gaîté font de vous un Maitre exemplaire et respecté. Recevez cher Maitre l'expression de nos respectueux hommages. Que le seigneur vous protège !

A notre Maitre et Codirecteur de thèse

DOCTEUR BROULAYE TRAORE

-Médecin pédiatre.

-Chef de service de pédiatrie générale du CHU Gabriel Touré

**-Président de l'association malienne de lutte contre la déficience
mentale chez l'enfant (AMALDEME)**

**-Chargé de cours à l'institut national de formation en science de
santé (INFSS)**

Cher Maitre, ce fut pour nous une grande fierté d'être compté parmi
vos élèves.

Votre abord facile, votre assiduité dans le travail et votre constante
disponibilité font de vous un maître admiré et respecté par vos
étudiants.

Veillez Recevoir ici, cher maître notre reconnaissance et notre plus
grand respect.

A notre Maitre et Directrice de thèse

PROFESSEUR MARIAM SYLLA

-Maitre de conférences agrégé en pédiatrie

-Première femme professeur agrégée en pédiatrie au Mali

**-Chef de service de néonatalogie et des urgences pédiatriques du
CHU Gabriel TOURE.**

Cher Maitre, vos qualités sont immenses et n'ont d'égal que notre admiration.

Les méthodes de travail que vous nous avez inculquées resteront pour toujours un modèle de travail et un exemple de rigueur dont nous nous servirons durant l'exercice de notre noble métier.

Trouvez ici le témoignage de notre reconnaissance et notre profond respect.

ABREVIATIONS

ADN: Acide désoxyribonucléique

ARN: Acide ribonucléique

ARV: Anti retroviral

AZT: Zidovudine

CDC: Center for disease and prevention

CERKES : Centre de référence kéné Dougou solidarité

CSCOM: Centre de santé communautaire

CSLS: Cellule sectorielle de lutte contre le sida

CSREF: Centre de santé de référence

CV: Charge virale

DNS: Direction nationale de la santé

EDSM: Enquête démographique et de santé du Mali

ESTHER: Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau

IgG : Immunoglobuline G

IMAARV: Initiative malienne d'accès aux antirétroviraux

INNT : Inhibiteurs non nucléotidiques de la transcriptase

IP: Inhibiteurs des protéases

IST: Infection sexuellement transmissible

LAV: Lymphadenopathies associated virus

NVP: Névirapine

OMS: Organisation mondiale de la santé

ONU: Organisation des nations unies

PCR: polymérase chain réaction

PNLS: Programme national de lutte contre le sida

PTME: Prévention de la transmission mère enfant

SIDA: Syndrome d'immunodéficience acquise

TME: Transmission mère enfant

UNFPA: fond des nations unies pour la population

UNICEF: fond des nations unies pour l'enfance

VIH: Virus d'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| I.INTRODUCTION..... | 1 |
| II.OBJECTIFS..... | 4 |
| III.GENERALITES..... | 5 |
| IV.METHODOLOGIE..... | 37 |
| V.RESULTATS..... | 45 |
| VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION..... | 58 |
| VII.CONCLUSION..... | 65 |
| VIII.RECOMMANDATIONS..... | 66 |
| IX.REFERENCES..... | |
| X.ANNEXES..... | |

I INTRODUCTION

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a tué plus de 34 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].

L'Afrique subsaharienne étant la première cible avec 23,5 millions personnes séropositives dont 3.1 millions enfants infectés, l'épidémie a rendu orphelins plus 16 millions d'enfants moins de 15 ans [1].

Au Mali, la séroprévalence globale est estimée à 1.2% selon le rapport de la cinquième enquête démographique et santé du Mali (EDSM-V) en 2012-2013 donc le Mali avait une faible prévalence par rapport en 2006 (1.3%) à l'exception des trois (3) régions du nord suite à la crise [2]. La prévalence la plus élevée est observée dans le district Bamako avec (1.7%) suivi de Koulikoro, Ségou et Kayes (1,3% et 1,3% 1.2%). Par contre les régions de Sikasso et Mopti sont faiblement touchées de l'ordre de 1% et 0.7%.

Selon EDSM-IV, la surveillance de la prévalence du VIH chez les femmes donnait 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% [2].

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].

Ainsi, pour rattraper l'épidémie, plusieurs moyens de lutte contre la propagation du virus ont été élaborés, impliquant le Programme Nationale de Lutte contre le Sida (PNLS), la Division Santé de la Reproduction de la Direction Nationale de la Santé (DNS), l'IMAARV (Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux) en collaboration avec les organismes religieux et institutions internationales (UNICEF, OMS, UNFPA...) [3].

Depuis septembre 2001, le Mali a adopté une stratégie nationale de Prévention de la Transmission Mère – Enfant (PTME) basée sur le dépistage volontaire lors des consultations prénatales, l'opportunité de la prise en charge du couple mère- enfant en cas de séropositivité, un choix éclairé d'option de l'alimentation de l'enfant né de mère séropositive. Le nombre de sites de « PTME » était 338 en 2013 contre 147 en 2006.

Grâce à la collaboration avec ESTHER, l'hôpital s'est vu doté 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.

II. OBJECTIFS

1. Objectif général

- Etudier 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.

2. Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des enfants
- Déterminer les antécédents maternels des enfants
- Décrire les caractéristiques cliniques et biologiques des enfants
- Déterminer le devenir des enfants(mortalité et le statut VIH)

III. GENERALITES

A/ EPIDEMIOLOGIE

1. DANS LE MONDE [1]

Du début de la pandémie (1981) à la fin de l'année 2006, le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a tué plus de 25 millions de personnes. Malgré le fait que le nombre de personnes bénéficiant d'une trithérapie antirétrovirale du VIH dans les pays à faible et moyen revenus a triplé depuis fin 2001, en 2006, 3 millions de personnes sont mortes de maladies liées au SIDA, dont 570000 d'enfants. La même année, on estime que près de 5 millions de personnes ont contracté cette infection par le VIH. Aujourd'hui, le total de personnes vivant avec le VIH est de 34 millions, deux fois plus qu'en 1995 (19,9 millions) dont 17,5 millions de femmes et 3,3 millions d'enfants de moins de 15 ans.

2. EN AFRIQUE [1]

L'Afrique subsaharienne reste la plus touchée, elle qui compte 23,5 millions de personnes vivant avec le VIH, soit près d'un million de plus qu'en 2003. Elle compte deux tiers de toutes les personnes vivant avec le VIH ainsi que 70% de toutes les femmes vivant avec le VIH.

L'Afrique australe a les taux de VIH les plus élevés au Monde. Les taux d'infection à VIH parmi les femmes enceintes atteignent 20% - ou d'avantage- dans six pays : Afrique du sud, Botswana, Lesotho, Namibie, Swaziland, Zimbabwe

3. AU MALI [2]

Depuis l'identification du premier cas malien de SIDA (VIH1) à l'Hôpital Gabriel Touré par l'équipe du Professeur Guindo, en 1985, chez un immigré, le nombre de séropositifs ainsi que de malades au stade de SIDA a régulièrement augmenté.

En 2013, la cinquième Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM-V), initiée par le gouvernement, avait déterminé que le taux de séroprévalence du VIH dans la population générale est de 1,2 dont 1,3% chez les femmes et 0,8% chez les hommes, la tranche des 25-39 ans étant la plus touchée pour les deux sexes.

La prévalence la plus élevée est observée dans le district Bamako avec (1,7%) suivi de Koulikoro, Ségou et Kayes (1,3% et 1,3% 1,2%). Par contre les régions de Sikasso et Mopti sont faiblement touchées de l'ordre de 1% et 0,7%. D'après l'EDSM-IV, la surveillance de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes e donnait 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].

B/ 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'infecté 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
[10]

C/ 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.

1. Transmission in utero [11,12]

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. 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%) [13].

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 [14].

L'ensemble de ces points justifient l'importance de la phase périnatale dans la prévention de la transmission mère enfant par des ARV [15].

3. Transmission post-partum ou postnatale [9 16]

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.

4. 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.

4.1 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 **[20]**.

- 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 **[21]**.

- 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 [22].

4.2 Les facteurs obstétricaux

4.2.1. Mode d'accouchement : l'accouchement par voie basse semble augmenter la transmission mère enfant du VIH (20% contre 14% par césarienne) [23].

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 [24].

4.2.2. 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) [25].

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 [26].

4.2.3. Les chorioamniotites et la rupture prolongée des membranes [27]

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.

4.3. Les facteurs infantiles [22]

*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

4.4. 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 [12]

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 [29].

4.5. 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% [29]. 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 [30].

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 [29]. 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) [29].

Tableau I: Facteurs de risque de transmission mère enfant du VIH [31].

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-foétale par césarienne)

4. Allaitement

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

D/ PROPHYLAXIE ANTIRETROVIRALE CHEZ LA FEMME ENCEINTE ET LE NOUVEAU-NE

1. Objectifs du traitement antirétroviral [38]

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.

2. Recommandations OMS 2011 [39]

2.1. 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. 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.

2.2. 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.

2.3. 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.

2.4. 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. Recommandations maliennes [47]

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).

3.1.1. 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.

3.1.2. 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.

3.1.3. 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 administré 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 2 fois/jour jusqu'à l'accouchement.

- Si la femme se présente en travail :

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

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

3.1.4. Cas particulier du VIH 1+2

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

3.2. Chez le nouveau-né

3.2.1. 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.

3.2.2. 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.

3.2.3. 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.

3.2.4. 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.

3.2.4. Traitements associés chez le nouveau né

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

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

NB :

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

4. AUTRES MESURES DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH

4.1. Mesures obstétricales générales [40].

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.

4.2. Césarienne programmée : [9, 41, 42,]

. 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.

4.3. Mesures chez le nouveau-né en salle de naissance [49]

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.

4.4. Alimentation artificielle [50]

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.

4.5 Autres moyens de prévention envisagés [51]

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 poly vitamines, le lavage vaginal à l'accouchement par la chlorhexidine ou le chlorure de benzalkonium.

5. 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.

5.1. PRINCIPE DU DIAGNOSTIC [52] :

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.

5.2. DIFFERENTES METHODES DE DETECTION DU VIRUS

5.2.1. Méthode Direct : diagnostic précoce

5.2.1.1. 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 [53].

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 [46].

5.2.1.2. PCR-ADN : détection du provirus VIH dans les lymphocytes [51]

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.

5.2.1.3. Détection des ARN-VIH dans le plasma [51]

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.

5.2.2. Méthode indirecte : diagnostic tardif

- Tests enzymatiques

C'est la technique la plus usuelle et toujours utilisée en première intention pour la recherche des anticorps anti-VIH : ELISA [54].

- 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 » [56].

- Western-blot = immuno-transfert

C'est aujourd'hui, la technique de référence pour la confirmation d'une séropositivité VIH [55].

- Autres méthodes de diagnostic indirect [55]:

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

6. DIAGNOSTIC D'INFECTION ET DE NON INFECTION AVANT 18 MOIS [57].

6.1. TESTS VIROLOGIQUES DISPONIBLES

- Un seul test PCR négatif permettra d'affirmer l'absence d'infection.
- Le diagnostic est affirmé sur la base d'un test positif à partir de 4 à 6 semaines d'âge.

6.1.1. 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.

6.1.2. Enfants nourris au lait maternel,

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

- Si le test PCR à ADN ou PCR à ARN est positif, l'enfant est considéré comme infecté par le VIH.
- Si le test PCR à ADN ou PCR à ARN est négatif, reprendre l'examen viral 8 semaines après le sevrage total, au cas où l'enfant est nourri au lait maternel.
 - Si le test PCR à ADN ou PCR à ARN est négatif 8 semaines après le sevrage total de l'enfant nourri au lait maternel, l'enfant n'est pas infecté par le VIH.
 - Si le test PCR à ADN ou PCR à ARN est positif 8 semaines après le sevrage total en cas d'allaitement maternel, l'enfant est infecté par le VIH.

6.2. TESTS VIROLOGIQUES NON DISPONIBLES

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

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

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

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

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

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.

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

7.1 SUIVI CLINIQUE ET BIOLOGIQUE :

7.1.1. RECOMMANDATIONS MALIENNES [58]

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.

7.2. PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE [59]

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 dapsonne est l'alternative préférée.

7.3. 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 [34].

Les vaccins inactivés et les anatoxines (diphtérie, tétanos, coqueluche, polio injectable, pneumocoque, *Hémophiles 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 [59] 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 [60] 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.

7.3. MISE EN PLACE DES SITES PTME AU MALI [55]

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 termes de personnel, d'équipements et d'infrastructures (existence d'un laboratoire).

7.4. **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.

7.5. 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
- Mécanisme de suivi des activités :

Pour pouvoir apprécier cette activité plusieurs actions ont été menées :

7.6. 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.

7.7. 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.

7.8. 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.

IV. METHODOLOGIE

A. CADRE D'ETUDE :

L'étude s'est déroulée au service de pédiatrie du nouvel hôpital de Sikasso.

- **Région de Sikasso :**

La région de Sikasso est la troisième région administrative du Mali, elle occupe le sud du territoire national. Elle est limitée au nord par la région de Ségou, au sud par la république de Cote d'Ivoire, à l'est par le Burkina -Faso, au sud- ouest par la république de Guinée et au nord- ouest par la région de Koulikoro.

Avec une superficie de 76480km², soit 5,7% du territoire national avec une densité de 34 habitants par km².

- Population : Estimée à 1780042 habitants dont 49,4% ont moins de 15ans (DNSI 1998).
- Organisation sanitaire : Elle comprend une direction régionale de la santé ; 7 CSREF; un hôpital de deuxième référence ; 169 CSCOM fonctionnels ; 32 officines privées ; 2 cliniques privées, 27 cabinets médicaux, 9 centres paramédicaux (dont un centre de garnison), 4 centres de santé confessionnels.

Il faut signaler l'existence d'au moins 7 CSCOM et 145 dispensaires et maternités rurales hors carte sanitaire.

La commune urbaine de Sikasso couvre une superficie de 27500km² et est composé de 20 quartiers dont 5 quartiers spontanés.

La région compte 60 médecins soit un ratio de 1 médecin pour 33941habitants, 27sages femmes soit 1sage femme pour 85500 habitants, 253 infirmiers soit 1 pour 9122.

La principale difficulté demeure l'instabilité du personnel, l'hôpital souffre d'un déficit en personnel spécialisé

• **Hôpital régional de Sikasso:**

L'hôpital de Sikasso est situé au quartier Lafiabougou non loin du commissariat de police du 2^{ème} Arrondissement sur la route de Missirikoro en face du village CAN annexe. I

L'HOPITAL EST COMPOSE DE : 10 blocs

I-bloc des entrées et de consultation externe

Au rez-de-chaussée :

- les guichets
- des salles d'accueil orientation
- une unité de kinésithérapie
- les box de consultation externe.

A l'étage :

- le service d'ORL
- le service d'odontostomatologie
- le service d'ophtalmologie.

II. Bloc de pharmacie, laboratoire, banque de sang

III. bloc du service d'accueil des urgences

IV. bloc réanimation et imagerie médicale

V. bloc opératoire et stérilisation centrale

VI. bloc de gynéco-obstétrique

VII. bloc hospitalisation chirurgie

VIII. bloc hospitalisation médecine / pédiatrie

IX. bloc administration

X. bloc buanderie et service de maintenance

Il existe en outre une cantine des logements d'astreints, une morgue, et des abris pour les accompagnants

NB : chaque service dispose de bureaux, de salles de garde, de magasins et de toilettes.

La Gynéco obstétrique, la Chirurgie, la Médecine sont équipées d'ascenseurs

•Le service de pédiatrie :

Comprend :

- 1 salle d'accueil orientation
- 1 salle de consultation des urgences
- 3 salles pour les infirmiers dont 1 salle de garde
- 1 salle de garde des internes
- le bureau du chef de service
- le bureau du surveillant de service
- 2 bureaux pour les médecins
- 1 salle pour linge propre
- 3 salles d'hospitalisation de 3^{ème} catégorie avec un total de 22 lits.
- 2 salles d'hospitalisation VIP avec 1lit chacune.
- 1 unité de néonatalogie avec 2 lits, 1 berceau, 5 couveuses.
- 1 unité kangourou avec 3 lits
- Des toilettes (4).

Le personnel est composé d'un médecin pédiatre (chef de service), 2 médecins généralistes, 5 techniciens supérieurs de santé et 6 techniciens de santé.

Les activités du service sont :

- La prise en charge des enfants hospitalisés (visites).

- Les consultations d'urgence
- Les consultations externes de 9h à 14h.
- La formation des étudiants et élèves des différentes écoles de santé : l'encadrement au lit de malade, le staff quotidien et les EPU hebdomadaires
- La participation à la recherche par l'initiation de thèse : 3 étudiants en fin de cycle et 12 stagiaires de perfectionnement complétaient l'effectif pendant la période d'étude.

-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, un étudiant faisant fonction d'interne et deux infirmières.

- **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 7 jours puis tous les mois jusqu'à 6 mois puis 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 de l'ESTHER

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.

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

Suivi biologique

- **Diagnostic précoce**

La charge virale se faisant sur place.

- **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 sont suivis tous les vendredis en consultation.

B. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive.

C. PERIODE ET DUREE D'ETUDE

Notre étude portait sur la période allant du 01juin 2011 au 31Mai 2013 soit une durée de 2 ans.

D. POPULATION D'ETUDE

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

E. 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 01 juin 2011 au 31 Mai 2013 dont les parents ont donné leur consentement.

F. CRITERES DE NON INCLUSION

N'ont pas été inclus dans notre étude, les enfants nés de mères séropositives, dont les parents n'ont pas donné leur accord et le suivi après le 01 juin 2013.

G. ECHANTILLON

Le recrutement des enfants n'a pas été exhaustif.

Du 01 juin 2011 au 31 mai 2013, 151 dossiers d'enfants nés de mères séropositives au VIH ont été enregistrés dans le cadre du suivi PTME.

H. 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

I. DEFINITION OPERATIONNELLE

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

J. ASPECTS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES

Les enfants ont été inclus après assentement verbal éclairé des parents ou tuteurs.

Les bonnes pratiques médicales et sociales ont été respectées.

K. DIAGRAMME DE GANTT

| Dates Activités | Juin 2011 | Juillet 2011 | Mai 2013 Juin 2013 | Juillet Septembre 2013 | Mars 2014 | Mai 2014 | Aout 2014 | Septembre 2014 |
|----------------------------------|--------------|-----------------|-----------------------------|------------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------------|
| Recherche bibliogr. du protocole | _____ | | | | | | | |
| Collecte des données | | _____ | | | | | | |
| Analyse des données | | | _____ | | | | | |
| Rédaction de la thèse | | | | _____ | | | | |
| Correction du Co-directeur | | | | | _____ | | | |
| Correction du Pr Mariam Sylla | | | | | | _____ | | |
| Correction du Pr Sounkalo | | | | | | | _____ | |
| Soutenance | | | | | | | | _____ |

L. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été saisies et analysées à partir du logiciel SPSS version 16.0.

V.RESULTATS

151 enfants nés des mères séropositives ont été enregistrés.

1. CARACTERES MEDICAUX DES MERES :

TABLEAU I : répartition des cas selon l'âge des mères

| AGE DES MERES | EFFECTIF | FREQUENCE (%) |
|---------------|----------|---------------|
| < 20 ANS | 8 | 5.3 |
| 20-35 ANS | 101 | 66.9 |
| > 35 ANS | 42 | 27.8 |
| TOTAL | 151 | 100 |

Dans 66.9% des cas, les mères étaient âgées entre 20-35 ans avec une moyenne de [31 ans]

TABLEAU II : répartition des cas selon le niveau d'instruction des mères :

| NIVEAUX D'INSTRUCTION | EFFECTIFS | FREQUENCE (%) |
|--------------------------|-----------|---------------|
| NON ALPHABETISEES | 115 | 76.2 |
| PRIMAIRE | 26 | 17.2 |
| SECONDAIRE | 04 | 02.6 |
| MEDERSA | 05 | 03.3 |
| SUPERIEURE | 01 | 0.7 |
| TOTAL | 151 | 100 |

Les mères non alphabétisées étaient les plus représentées avec 76.2%.

TABLEAU III : répartition des cas selon le statut matrimonial

| STATUT MATRIMONIAL | EFFECTIFS | FREQUENCE (%) |
|-----------------------|-----------|---------------|
| MARIEES | 130 | 86.1 |
| CELIBATAIRES | 12 | 8 |
| DIVORCEES | 02 | 1.3 |
| VEUVES | 07 | 4.6 |
| TOTAL | 151 | 100 |

Les mères mariées représentaient la majorité des cas avec 86.1%.

TABLEAU IV : répartition des cas selon la profession des mères

| PROFESSION MERES | DES EFFECTIFS | FREQUENCE (%) |
|---------------------|---------------|---------------|
| MENAGERES | 138 | 91.4 |
| VENDEUSES | 05 | 3.3 |
| AMBULANTES | | |
| COMMERCANTES | 03 | 2 |
| FONCTIONNAIRES | 0 3 | 2 |
| SALARIEES | 0 2 | 1.3 |
| PRIVEES | | |
| TOTAL | 151 | 100 |

Les ménagères étaient les plus représentées avec 91.4%.

TABLEAU V:répartition selon l'information du conjoint :

| INFORMATION DU CONJOINT | EFFECTIFS | FREQUENCE(%) |
|-------------------------|-----------|--------------|
| OUI | 95 | 63 |
| NON | 46 | 30 .4 |
| NON PRECISE | 10 | 6.6 |
| TOTAL | 151 | 100 |

Dans 63% des cas, le conjoint était informé du statut sérologique.

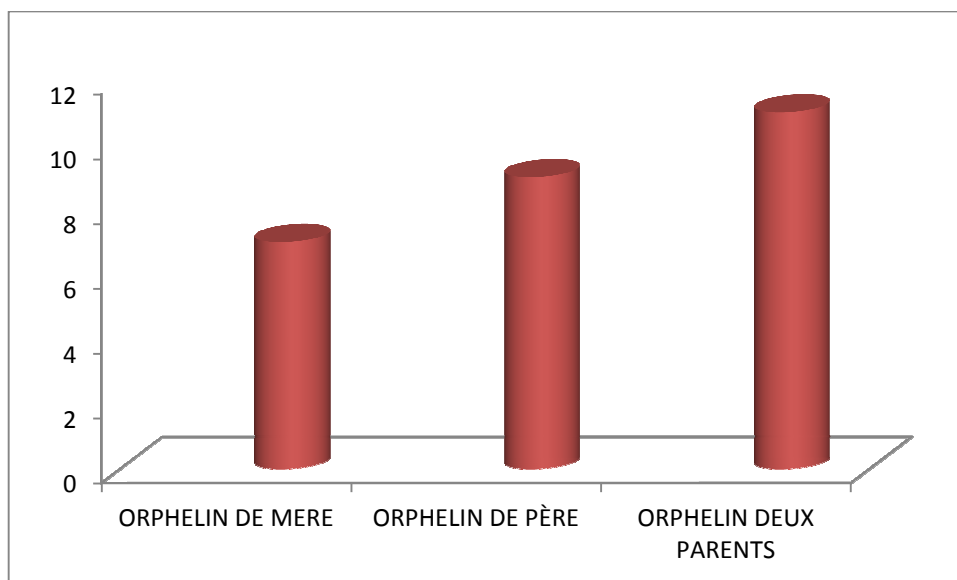


FIGURE I : Répartition des enfants selon le statut d'orphelin

Nous avons enregistré 9 orphelins de pères, 7 orphelins de mères et 11 orphelins de père et de mère.

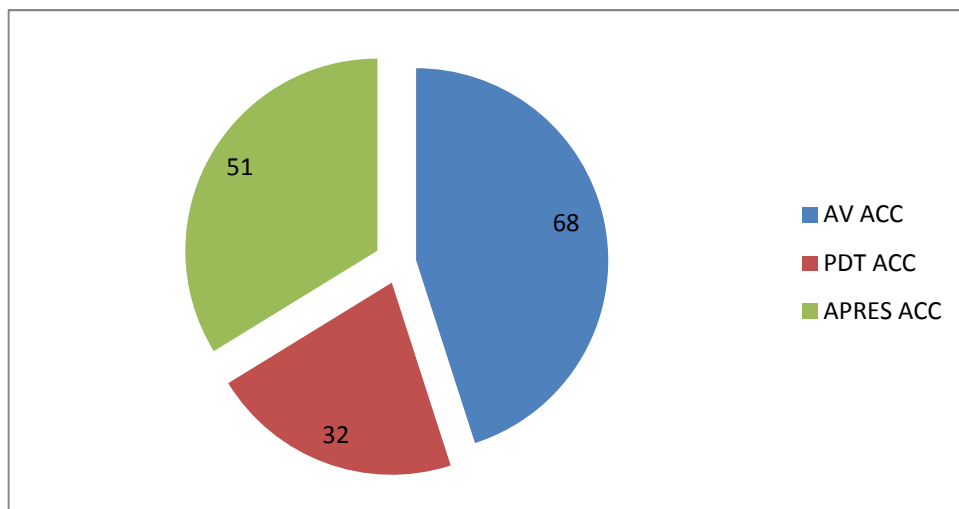


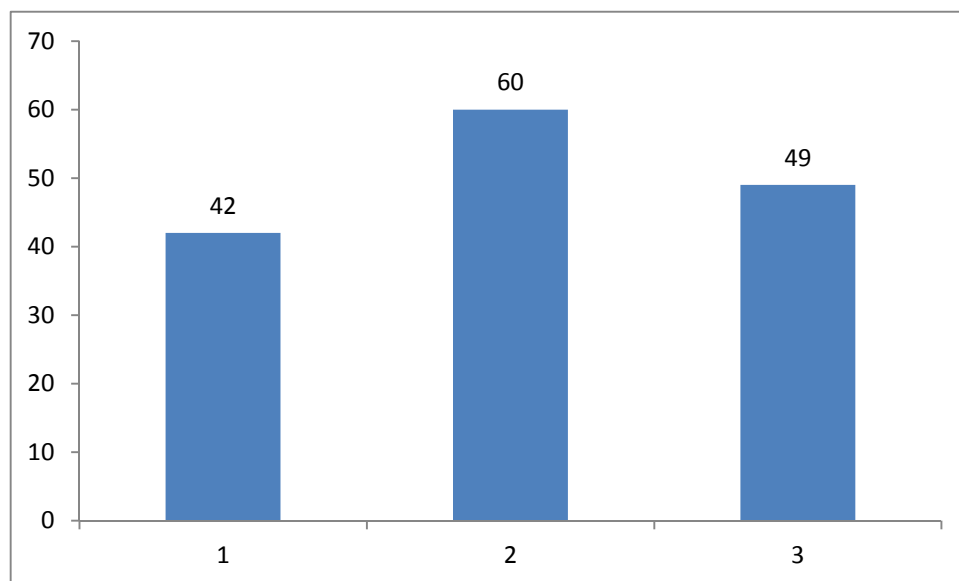
FIGURE II : répartition des mères selon la date du diagnostic :

La plupart des mères avaient été diagnostiquées avant l'accouchement.

TABLEAU VI : répartition selon le type de VIH chez les mères :

| TYPES DE VIH CHEZ LES MERES | EFFECTIFS | FREQUENCE (%) |
|-----------------------------|-----------|---------------|
| VIH1 | 140 | 92.7 |
| VIH2 | 09 | 6 |
| VIH1et 2 | 02 | 1.3 |
| TOTAL | 151 | 100 |

Le type1 était le plus élevé avec une fréquence de 92.7%.



1 : 2011

2 : 2012

3 : 2013

FIGURE III : répartition selon l'année d'inclusion des patients

La majorité de nos patients avait été inclus en 2012

TABLEAU VII : répartition selon la prise des ARV pendant la grossesse :

| PRISE DES ARV EFFECTIFS PENDANT LA GROSSESSE | FREQUENCE (%) |
|--|---------------|
| OUI | 35.7 |
| NON | 50.3 |
| NON PRECISEE | 14 |
| TOTAL | 100 |

Pendant la grossesse, plus de la moitié des mères n'avaient pas bénéficiées des ARV dans 50.3%, par contre 35.7% avaient reçues des ARV.

2. CARACTERES MEDICAUX DES ENFANTS

TABLEAU IX : répartition selon le lieu d'accouchement:

| LIEUX D'ACCOUCHEMENT | EFFECTIF | FREQUENCE (%) |
|----------------------------|----------|---------------|
| STRUCTURE SANTE | DE 120 | 79.6 |
| DOMICILE | 20 | 13.2 |
| NON PRECISE | 11 | 7.2 |
| TOTAL | 151 | 100 |

Dans 79.6% des cas, les mères avaient accouché dans une structure de santé.

TABLEAU X : répartition selon la voie d'accouchement :

| VOIE D'ACCOUCHEMENT | EFFECTIFS | FREQUENCE (%) |
|------------------------|-----------|---------------|
| BASSE | 139 | 92 |
| CESARIENNE | 12 | 8 |
| TOTAL | 151 | 100 |

Dans 92% des cas, les mères avaient accouché par voie basse.

TABLEAU XI : répartition selon le lieu de référence

| LIEU DE REFERENCE | DE EFFECTIF | FREQUENCE(%) |
|---------------------|-------------|--------------|
| MATERNITE L'HOPITAL | 44 | 29.1 |
| CSCOM | 16 | 10.6 |
| CSREF | 9 | 06 |
| PRIVE | 3 | 02 |
| NON PRECISE | 3 | 02 |
| CERKES | 76 | 50.3 |
| TOTAL | 151 | 100 |

La moitié des patients avait été référée par le cerkes.

TABLEAU XII : répartition selon la poursuite du suivi médical des mères après l'accouchement :

| MERES SUIVIS | EFFECTIF | FREQUENCE (%) |
|--------------|------------|---------------|
| OUI | 134 | 88.8 |
| NON | 13 | 8.6 |
| NON PRECISE | 04 | 2.6 |
| TOTAL | 151 | 100 |

Le suivi médical des mères après l'accouchement était à 88.8%.

TABLEAU XIII : répartition selon le sexe des enfants :

| SEXE | EFFECTIF | FREQUENCE (%) |
|----------|----------|---------------|
| FEMININ | 80 | 53 |
| MASCULIN | 71 | 47 |
| TOTAL | 151 | 100 |

Le sexe féminin était le plus représenté avec une fréquence de 53%, soit un ratio de 1.13 en faveur du sexe féminin.

TABLEAU XIV : répartition selon l'âge d'inclusion du suivi:

| AGE | EFFECTIF | FREQUENCE (%) |
|-----------|----------|---------------|
| NAISSANCE | 69 | 45.6 |
| 1-3 MOIS | 32 | 21.3 |
| 4-6 MOIS | 21 | 14 |
| 7-9 MOIS | 10 | 6.6 |
| >9 MOIS | 19 | 12.5 |
| TOTAL | 151 | 100 |

L'inclusion à la naissance était majoritaire avec 45.6%.

TABLEAU XV : répartition des patients selon la prophylaxie antirétrovirale chez le nouveau-né

| PROPHYLAXIE CHEZ LE NNE | EFFECTIF | FREQUENCE (%) |
|----------------------------|----------|---------------|
| OUI | 70 | 46.4 |
| NON | 81 | 53.6 |
| TOTAL | 151 | 100 |

Plus de la moitié des patients (53.6%) n'avaient pas bénéficié la prophylaxie à la naissance

TABLEAU XVI : répartition des patients selon la prophylaxie au cotrimoxazole

| PREVENTION AVEC EFFECTIF | FREQUENCE (%) | |
|--------------------------|---------------|------|
| OUI | 141 | 93.4 |
| NON | 10 | 6.6 |
| TOTAL | 151 | 100 |

Les patients avaient reçu la prophylaxie au cotrimoxazole à 93.4%

TABLEAU XVII : répartition des patients selon la nature de la première alimentation

| PREMIER LAIT EFFECTIF | FREQUENCE | |
|-----------------------|-----------|-----|
| LAIT MATERNEL | 80 | 53 |
| LAIT ARTIFICIEL | 71 | 47 |
| TOTAL | 151 | 100 |

Près de la moitié (47%) des nouveau-nés avait reçu un substitut de lait maternel.

TABLEAU XIX : répartition des patients selon la durée de la prise du lait maternel

| DUREE DU LAIT EFFECTIF MATERNEL | | FREQUENCE (%) |
|------------------------------------|----|---------------|
| < 1 MOIS | 7 | 8.8 |
| >1MOIS | 73 | 91.2 |
| TOTAL | 80 | 100 |

6 enfants avaient reçu une alimentation mixte.

TABLEAU XX : répartition des patients selon les résultats de la sérologie à 9 mois

| SEROLOGIE A 9 MOIS | EFFECTIF | FREQUENCE (%) |
|-----------------------|----------|---------------|
| SEROLOGIE POSITIVE | 44 | 57.1 |
| SEROLOGIE NEGATIVE | 33 | 42.9 |
| TOTAL | 77 | 100 |

Sur 151 enfants, 77 enfants avaient bénéficié de la sérologie à 9 mois dont 44 (57.1%) avaient un résultat positif.

TABLEAU XXI : répartition selon le résultat de la sérologie à 18 mois

| SEROLOGIE A 18 MOIS | EFFECTIF | FREQUENCE (%) |
|---------------------|----------|---------------|
| SEROLOGIE POSITIVE | 16 | 33.3 |
| SEROLOGIE NEGATIVE | 32 | 66.7 |
| TOTAL | 48 | 100 |

Sur 48 enfants ayant bénéficié de la sérologie à 18 mois, 16 enfants avaient un résultat positif à 18 mois

TABLEAU XXII : répartition des patients selon le devenir

| DEVENIR | EFFECTIF | FREQUENCE (%) |
|----------------|----------|---------------|
| SUIVI EN COURS | 47 | 31.1 |
| SEROLOGIE M18 | 32 | 21.2 |
| PERDU DE VUE | 31 | 20.5 |
| INFECTES | 16 | 10.6 |
| DECEDES | 18 | 11.9 |
| TRANSFERE | 7 | 4.7 |
| TOTAT | 151 | 100 |

La mortalité était de 11.9% et le taux de perdu de vue 20.5%

TABLEAU XXIII : répartition des cas selon la sérologie a 9 mois et la première ingestion lactée :

| SEROLOGIE M9 | LAIT MATERNEL | LAIT ARTIFICIEL | TOTAL |
|-----------------|------------------|--------------------|-------|
| POSITIVE | 29 | 15 | 44 |
| NEGATIVE | 20 | 13 | 33 |
| TOTAL | 49 | 28 | 77 |

La positivité de la sérologie M9 était élevée dans les cas dont l'ingestion du lait maternel était en première intention

TABLEAU XXIV : répartition des cas selon la sérologie M9 et la durée de l'allaitement maternel

| SEROLOGIE M9 | <1MOIS | >1MOIS | TOTAL |
|-----------------|--------|--------|-------|
| POSITIVE | 21 | 23 | 44 |
| NEGATIVE | 12 | 21 | 33 |
| TOTAL | 33 | 44 | 77 |

La séropositivité à 9 mois était élevée chez les enfants dont la durée de l'allaitement maternel était supérieure à un mois

TABLEAU XXV : répartition des patients selon la prophylaxie chez le nouveau-né et le devenir

| | OUI | NON | TOTAL |
|----------------|-----|-----|-------|
| SUIVI EN COURS | 28 | 19 | 47 |
| SEROLOGIE M18 | 27 | 5 | 32 |
| NEGATIVE | | | |
| INFECTE | 5 | 11 | 16 |
| PERDU DE VUE | 7 | 24 | 31 |
| DECES | 2 | 16 | 18 |
| TRANSFERE | 1 | 6 | 7 |
| TOTAL | 70 | 81 | 151 |

Les patients moins infectés avaient bénéficié la prophylaxie depuis à la naissance.

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

A/ DYNAMIQUE DES INCLUSIONS :

Pendant les deux années de suivi des enfants, 151 enfants nés de mères séropositives avaient été inclus dans le protocole PTME dans le service de pédiatrie à l'hôpital de Sikasso.

B/ DIFFICULTES RENCONTREES AU COURS DE NOTRE ETUDE :

- ❖ Manque de motivation de certaines femmes pour le suivi de leurs enfants
- ❖ Irrégularité des mères aux visites
- ❖ L'indisponibilité temporaire ou permanente de certains examens complémentaires : PCR, charge virale
- ❖ Stigmatisation des mères par la famille
- ❖ Non disponibilité permanente des substituts du lait de mère
- ❖ Perdus de vue
- ❖ Retard d'inclusion

C/ LES CARACTERES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PARENTS :

1. AGE MATERNEL :

Dans notre étude, la plupart des mères étaient âgées entre 20-35 ans avec 66.9%. Cette tranche d'âge a été retrouvée largement dans plusieurs travaux notamment ceux **Ballo S** (81.7%), **TRAORE S.** (79.1%) et le rapport de l'ONU/SIDA en 2007, 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.

2. PROFESSION DES MERES ET STATUT MATRIMONIAL :

La majorité des mères était des ménagères avec 76,2% et non instruite (86,1). Ces chiffres sont plus élevés que ceux retrouvés dans les travaux de **Ballo S.** (71,6%), **Cissé ML.** (63.3%)

3. PARTAGE DE L'INFORMATION DU CONJOINT :

La majorité des femmes informe leurs maris sur leur statut d sérologique (63%). Cela est, du fait que la majorité des mères de nos enfants et leurs époux était suivi au **CERKES**. Par contre, ceux non informés par leurs épouses étaient à 30,4%. Les principales raisons évoquées pendant la consultation étaient la peur d'une réaction négative du conjoint et/ou la belle famille (divorce, rupture de fiançailles, stigmatisation). Ce phénomène social a été constaté dans le résultat des études qu'avaient menées par **Ballo S.** (60.4%) et de **KONE N.** [9] et **TRAORE S.** [46].

D/ LES ANTECEDANTS MEDICAUX MATERNELS :

1. LA DATE DU DIAGNOSTIC MATERNEL ET TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL :

La séropositivité chez les mères de nos enfants était diagnostiquée à 45.03% avant accouchement et 21.2% pendant la grossesse. Le même constat a été fait dans les travaux de **Ballo S** (62.7%). Selon le rapport annuel CSLS/MS 2011, 88% des femmes étaient dépistées avant grossesse et le taux d'adhésion à la prise en charge de la transmission mère-enfant était à 96.27%. Cela pourrait s'expliquer par de nombreuses campagnes de sensibilisation et augmentation du nombre de sites de PTME dans le pays. Actuellement au Mali, avec la gratuité de l'ARV, toutes les femmes séropositives enceintes et/ou dépistées pendant la grossesse sont soumises à une trithérapie prophylactique.

2. TYPE DE VIH :

La prédominance à 92.7% était le VIH-1, ce chiffre était légèrement inférieur à celui de **Ballo S** (94%). Cette prédominance a été retrouvée dans plusieurs travaux de **Koné N** et de **Cissé ML** respectivement à 94% et 100%.

3. SUIVI DES MERES APRES L'ACCOUCHEMENT :

La majorité des mères était suivi à 88.9% après l'accouchement. Ce chiffre était retrouvé dans l'étude **Ballo S**. Cela pourrait s'expliquer par plusieurs raisons :

L'information du conjoint

La majorité des mères étaient suivi dans les structures de prise en charge avant la grossesse

E/ CARACTERISTIQUES CLINIQUES DES ENFANTS

1. DECES DES PARENTS :

Au bout de notre étude, 27 enfants étaient orphelins dont 9 orphelins de père, 7 de mère et 11 des deux parents.

Ces décès ont été effectués dans des situations non explicités. De cela, on a rencontré des difficultés au cours des suivis de ces enfants telles que : perte de vue, décès à domicile, stigmatisation.

Ces mêmes difficultés ont été soulignées par **S. Ballo et M.L Cissé**

2. LIEU D'ACCOUCHEMENT

Dans notre étude 30% des femmes avaient accouché à la maternité de l'hôpital de Sikasso. Ces nouveau-nés avaient été référés à la pédiatrie systématiquement. La plupart de nos mères avaient accouché au **CSCom** avec (41%) ,13.2% à domicile. Selon **Keita A** le taux de

l'accouchement à domicile au Mali était à 10.8% contre 78.8% dans les structures de santé de façon générale.

3. VOIE D'ACCOUCHEMENT

Dans notre étude, l'accouchement par voie basse dominait dans 92% et 12 femmes avaient été césarisées suite à l'infection du VIH. **Ballo S** avait trouvé 41.4% avec trois femmes qui ont subi une césarienne.

4. SEXE

Le sexe des enfants était bien connu dans 100% des cas avec une prédominance féminine (53%). Le sexe ratio était de 1.13

Ces résultats concordent avec ceux de **S. Ballo**

5. L'AGE D'INCLUSION

La majorité des enfants avait été inclus à la naissance 45,6% (tous ceux qui avaient été inclus le premier jour avaient été réfères par la maternité de l'hôpital de Sikasso), contre 41,1% chez **KONE N.** [3] et 49.7% chez **Ballo S.**

. Les inclusions avaient été enregistrées à tous les âges avant 18 mois.

Ces inclusions tardives s'expliquent par :

- 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 structures de santé.
- la rupture des réactifs dans certains sites PTME.

6. PROPHYLAXIE ANTIRETROVIRALE CHEZ L'ENFANT

Elle a été faite chez des enfants à 46.4% 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. **Ballo S** [61] et **Koné N** [9] avaient respectivement trouvé (43.8%) 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).

7. ALIMENTATION

Aucun mode d'alimentation n'est imposé, la politique nationale recommande le choix éclairé de la mère [47].

La première ingestion lactée avait été le lait maternel dans 53% des cas et 73 enfants avaient été nourris au sein sur une durée supérieure à un mois et avaient été référés par d'autres structures sanitaires. Ils ont tous été vus après les premiers mois de vie.

Koné N. [9] et **Traore S. [46]** avaient trouvé respectivement 58,7% et 98,7%

Notre taux important en alimentation maternelle s'explique par:

- le retard de dépistage des femmes
- la stigmatisation

L'alimentation mixte avait été pratiquée chez 7 enfants (4.6%). **Koné N. [9]** avait trouvé (1,63%) Les facteurs sociaux et les difficultés d'obtention de lait artificiel (souvent rupture) étant les raisons les plus évoquées.

8. PROPHYLAXIE AVEC LE COTRIMOXAZOLE

Au cours de notre étude, nous avons noté que 93.4% des patients avaient bénéficié d'une prophylaxie au cotrimoxazole et 6.6% des cas était des décès et perdus de vue.

Ces résultats étaient semblables à ceux de **Ballo S.** qui avait retrouvé 96.4%.

F/ CARACTERES BIOLOGIQUES DES ENFANTS

1. P.C.R

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.

2. SEROLOGIE A 9 MOIS

Elle a pu être obtenue pour 77/151 enfants. Pour 44 (57.1%) d'entre eux, elle est revenue positive, 74 enfants n'avaient pas encore l'âge de 9 mois. La positivité de M9 était élevée chez les enfants qui ont été nourris du lait maternel sur une durée supérieure à un mois.

3. SEROLOGIE A 18 MOIS

La sérologie VIH à 18 mois avait été faite pour 44 enfants. Elle est revenue négative pour 32 soit 21,2% d'entre eux et positive pour 16 enfants soit 10,5%.

4. DEVENIR DES ENFANTS

A la fin de notre étude :

- Le suivi en cours était de 47 enfants (31.1%)
- Le nombre de perdus de vue était 31 enfants (20.5%)
- Le nombre de décès en cours de suivi était 18 enfants soit (11.9%)
- Les enfants non infectés dont la sérologie M18 était négative étaient 32 enfants (21.2%) et leurs dossiers ont été fermés.
- Le nombre de transfert vers un autre site pris en charge pour raison de proximité 7 (4.7 %).
- Le nombre d'enfants infectés et référés pour traitement ARV a été de 16 (10.6%). Le nombre d'infectés était élevé chez les enfants nourris du lait maternel

. 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

Les enfants décédés

Au cours de notre suivi, nous avons enregistré 18 décès, 6 décès au cours de l'hospitalisation pour les infections opportunistes 6 prématurités dont les mères étaient infectées et 5 décès à domicile et un décès constaté à l'arrivée.

VII CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous avons aboutit aux conclusions suivantes :

Dans 66.9% des cas, l'âge moyen des mères des patients a été de 31 ans, parmi elles, 76% étaient non instruites et 86.1% étaient mariées.

La majorité des enfants ont été inclus en 2012 soit 39.7%

Les enfants nourris du lait maternel étaient les plus infectés, le sexe féminin dominait à 53%.

Nous avons enregistré 18 décès.

Le nombre de perdus de vue avait été estimé à 20.5 %.

16 enfants infectés avaient été mis sous ARV.

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.

VIII RECOMMANDATION

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

Aux autorités politique et économique

- Doter les sites de PTME en réactifs pour les tests de dépistage du VIH (charge virale, PCR) et les ARV
- Construire un local adapté pour la prise en charge des PVVIH en particulier sur la PTME
- 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 âge 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.

REFERENCES BIBLIOGRAQUES

1- Onu sida/Oms.

Point sur l'épidémie SIDA, décembre 2007 et 2011

2-EDSM-IV et V

3- UNICEF/STATISTIQUES/VIH SIDA.

Statistiques par pays : MALI, décembre 2001

4-Center For Disease And Prevention, Epidemiologic aspects of the current outbreak of Kaposi's sarcoma and opportunistic infection. *N Engl J Med* 1982; **306:248-252**

5- Clavel F, Hance AJ. HIV drug resistance. *N Engl J Med* 2004; **350**:1023-1035

6- Koné N.

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

Thèse de médecine 2005 page : 2

7- 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;142:1330-710:

8-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

9- 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.

10- 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

11- Newell Ml. Mechanism and timing of mother-to-child transmission of HIV-1. AIDS 1999; 13:21439

12- 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.

13- Yacine A.M.

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

14- Broclehurst P, French R.

The association between maternal HIV infections and perinatal outcome: a systematic review of the literature and meta-analysis. Br J Obstet gynaecol 1998; 105:836-48

15- Majaux 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

16 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.

17- 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.

18- Goldenberg Rl, Vermund Sh, Goepfertar, Andrews Ww.

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

19- 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

20- 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

21- 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.

22- 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 Obset Gynecol 1996; 175:661 – 7

23- Moyaux Mj, Blanche S, Rouzioux C et Al.

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

Am J. 1995; 8:188-94.

24- Alain Berebi

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

25- 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.

26- Girardch P- M, Katalma Ch, Pialoux G.

VIH EDITION 2004

Doin, 2003 p 635.

27- 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.

28- 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.

29- 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.

30- 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.

31- 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.

32- Dorenbaum A, Cunnigham 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.

33- Delfraissy Jf

Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH

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

34- 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.

35- 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.

36- 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

37- Kreiss J

Breadfeeding and vertical transmission of HIV type 1.

Acta Paediatr suppl 1997; 1114.18.

38- 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.

39- Delfraissy Jf

Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH
Flammarion, Médecine Sciences, Paris, **2004 ; p264.**

40- Blanche S; Mayaux M J

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

Médecine thérapeutique, 1996 ; 1 :1114 -18.

**41- Ministère 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

42- Cissé M. L. :

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

Thèse de méd., Bamako, 2008, Page 54.

43- 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.

**44- Ministère 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.

45-Ballo S.

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.

46- Blanche S; Mayaux M J

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

47-Amadou H A.

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

48- 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.

49- 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.

50- 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

51- 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

52 -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

53- 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

54- 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.

55- 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

56- Ministère de la santé/Direction nationale de la santé.

Rapport annuel PTME ; 2006.

57- Ministère de la santé/ Direction nationale de la santé, division santé de la reproduction.

Rapport PTME 2005.

58- Alexandre Keita :

Pronostic materno-foetal au centre de santé de référence commune V de Bamako

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=CESAC 2=CSRef 3=CSCCom 4=HPG 5= Privé 6= Autres 7= 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= CSRef 2= CSCom 3= Privé 4= Domicile 5= 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.

27- PREMIERE INGESTION LACTEE / _ /

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

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

29- PRISE DE LAIT ARTIFICIEL / _ /

1= Oui 2= Non 3= Non précisé.

30- ALLAITEMENT MIXTE / _ /

1= Oui 2= Non 3= Non précisé

31- PROPHYLAXIE CHEZ LE NOUVEAU-NE / _ /

1= Oui 2= Non 3= Non précisé

32- NEVIRAPINE / _ /

1= Oui 2= Non 3= Non précisé

33- ZIDOVUDINE / _ /

1= Oui 2= Non 3= Non précisé

34- COTRIMOXAZOLE / _ /

1= Oui 2= Non 3= Non précisé

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

SUIVI BIOLOGIQUE

36- PRC / _ /

1= Positive 2= Négative 3= Non faite

37- PCR2 / _ /

1= Positive 2= Négative 3= Non faite

38- PCR3 / _ /

1= Positive 2= Négative 3= Non faite

39- 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'age)

40- SEROLOGIE M9 / _ /

1= Positive 2= Négative 3= Non faite

41- SEROLOGIE M18 / _ /

1= Positive 2= Négative 3= Non faite

DEVENIR

42- PARENTS / _ /

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

43- ENFANT / _ /

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

44- POURSUITE DU SUIVI MATERNEL / _ /

1= Oui 2= Non 3= Non précisé

Nom : TRAORE

Prénom : FOUSSEYNI

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Fousseyni

Titre de la thèse : BILAN DE DEUX ANNEES DE PRISE EN CHARGE DES
ENFANTS NES DE MERE
SEROPOSITIVES PAR LE VIH DANS LE SERVICE DE PEDIATRIE DE L'HOPITAL DE
SIKASSO

Année de soutenance : 2014

Lieu de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali

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 30 juin 2011 au 31 mai 2013, 151 enfants nés de mères séropositives ont été pris en charge.

La majorité de nos enfants avait été référée par le CERKES (50.3%) et 39.7% d'inclusion en 2012. Ils avaient été inclus à la naissance dans 45.6% des cas et donc bénéficiés d'une prophylaxie ARV (43,8%). La première ingestion lactée était le lait maternel avec 53% et 53% étaient de sexe féminin avec un sexe ratio à 0,89.

Les mères étaient âgées de 20-35 ans dans 66.9% des cas. La majorité d'entre elle était mariée dans 86.1%. Elles n'étaient pas instruites dans 76%.

Nous avons enregistré 18 décès.

Le nombre de perdus de vue avait été estimé à 20.5%.

16 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'HIPPOCRATE

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

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

clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure!