

Dépistage du VIH/SIDA chez les parturientes admises en salle d'accouchement à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

HIV/AIDS screening in parturients admitted to the delivery room at Fousseyni Daou hospital in Kayes

Diassana M¹, Macalou B¹, Dembele S¹, Sidibe A², Diallo M¹, Bocoum A³, Fane S³, Traoré Y³

¹ service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

² centre de santé de référence de kayes

³ département de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Toure

Correspondances: Dr Diassana Mahamadou mahamadoudiassana@gmail.com 0022366898383

Reçu : le 11 septembre 2020 - Accepté : le 18 mai 2021 - Publié : le 3 juin 2021

RESUME

Introduction : la transmission de la mère à l'enfant constitue l'un des principaux modes de contamination du VIH. Celle-ci peut se réaliser in utero, per-partum, post partum et à l'allaitement maternel. Le but de cette étude était d'étudier le dépistage du VIH chez les parturientes admises en salle d'accouchement à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive, analytique transversale, s'étendant du 1^{er} février 2018 au 31 janvier 2019 ; portant sur les parturientes, accouchées récentes non dépistées au VIH lors des CPN ou ayant fait le test depuis plus de 3 mois. La saisie des données a été faite sur Microsoft Word 10 et analysées sur Microsoft Excel 10, logiciel IBM SPSS 20. Le test de khi2 a été utilisé pour comparer les proportions. Les liens sont statistiquement significatifs si $P < 0,05$.

Résultats : durant notre période d'étude nous avons enregistré 4269 accouchements. Les patientes séropositives connues avant le travail d'accouchement représentaient 0,21%. Quatre cent six parturientes ont bénéficié d'un counseling/dépistage dans la salle d'accouchement ; parmi lesquelles 36 ont refusé le test soit 8,87% et 370 ont accepté soit 91,13%. Treize patientes ont eu le test positif soit 3,51%. La tranche d'âge 20-35 ans était la plus représentée avec 76,92%. Les patientes dépistées positives ont reçu le traitement ARV dans la salle d'accouchement dans 92,31% des cas ; et 1 patiente soit 7,69% n'a pas reçu de traitement pour refus. L'accouchement par la voie basse était la plus fréquente soit 77%, la césarienne 23%. Les nouveaux nés avaient un bon pronostic dans leurs premières semaines de vie dans 85% ; la létalité fœtale a été observée chez 15% des nouveaux nés dont 1 cas de mort-né frais et 1 cas de décès pédiatrique pour souffrance néonatale.

Conclusion : le counseling et dépistage volontaire sont la porte d'entrée de la prévention de la TME du VIH/SIDA, ils constituent la première étape de la prise en charge. Cependant malgré la multiplication des centres santé dans la région de Kayes, plusieurs gestantes continuent d'échapper aux CPN et au counseling/dépistage du VIH/SIDA. Les efforts doivent être menés dans ce sens : la formation du personnel en PTME et le counseling/dépistage du VIH/SIDA en salle d'accouchement ; afin de diminuer le taux de prévalence de cette pandémie.

Mots clés : Dépistage, VIH/SIDA, parturientes, salle d'accouchement.

ABSTRACT

Introduction : mother- to – child transmission is one of the main modes of HIV infection. This can be done in utero, perpartum, postpartum and during breastfeeding. The aim of the study was to study HIV screening in parturients admitted to the delivery room at Fousseyni Daou hospital in kayes.

Materials and methods : it was a prospective, descriptive, analytical, cross-sectional, study, extending from February 1, 2018 to January 31, 2019 ; relating to parturients, recent deliveries not detected by HIV during prenatal consultations or having done so the test for more than 3 months. Data entry was done on Microsoft word 10 and analysed on Microsoft Excel 10, IBM SPSS 20. The chi2 test was used to compare the proportions. . The links are statistically significant if $p < 0,05$.

Results : during our study period we recorded 4269 deliveries. HIV- positive patients known before labor accounted for 0,21%. Four hundred and six parturients received counseling/ testing in the warddelivery, among which 36 refused the test or 8, 87% and 370 accepted or 91,13%. Thirteen patients had the positive test, ie 3,51%. The 20- 35 age group was the most represented with 76,92%. The positive patients received ARV treatment in the delivery room in 92,31% of cases ; and 1 patient, or 7,69%, did not receive treatment for refusal. Vaginal delivery was frequent, ie 77%, cesarean 23%. Newborns had a good prognosis in their first weeks of life in 85% ; fetal lethality was observed in 15% of newborns including 1 case of fresh stillbirth and 1 case of pediatric death due to neonatal distress.

Conclusion : voluntary counseling and testing are the gateway to the prevention of mother- to – child transmission of HIV/AIDS ; they constitute the first step in treatment. However, despite the proliferation of health centers in the region of kayes, several pregnant women continue to escape prenatal consultations and HIV/AIDS counseling/ testing. Efforts should be made in this direction : training of staff in PMTCT and counseling / testing for HIV/AIDS in the delivery room ; in order to reduce the prevalence rate of this pandemic.

Keywords : screening HIV/AIDS, parturients, delivery room.

INTRODUCTION

Le SIDA est un état de déficit immunitaire viro-induit [1]. En 2014, 36,9 millions de personnes vivaient avec le VIH dont 70% de personnes infectées (estimation OMS 2015) vivaient en Afrique-sub-saharienne [2]. En 2010, 3,4 millions de personnes infectées étaient des enfants et plus de 90 % d'entre eux ont été contaminés de façon dite verticale au moment de la grossesse ou de l'allaitement. La transmission de la mère à l'enfant constitue l'un des principaux modes de contamination [2]. Celle-ci peut se réaliser in utero, per-partum, post partum et à l'allaitement maternelle. [3]. Par conséquent, les moyens de prévention de la transmission verticale du VIH doivent forcément s'intéresser à ces trois étapes. Depuis plusieurs d'années, il existe plusieurs méthodes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Leur évolution est liée non seulement à une meilleure connaissance des facteurs de risque de la transmission verticale du VIH, mais aussi à la mise en place de nombreux essais et protocoles cliniques portant essentiellement sur l'utilisation d'antirétroviraux.

Bien que l'Afrique ne compte que 10% de la population mondiale c'est là que naissent 90% des « bébés » infectés par le VIH, sous l'effet combiné d'une prévalence élevée de l'infection, d'un fort taux de natalité, d'une absence de dépistage et de prise en charge adéquate des mères. La transmission mère-enfant du VIH/SIDA est de l'ordre de 30-50%. [4]

Au Mali, le dépistage du VIH fait partie intégrante de la consultation prénatale. Ainsi toutes les gestantes reçues en CPN doivent bénéficier d'un counseling sur le VIH/SIDA ; mais le dépistage se fait après consentement éclairé. [5] Au Mali la pandémie du VIH / SIDA reste un problème d'une extrême gravité pour la santé publique et le développement, les femmes et les enfants en constituent les cibles les plus vulnérables. Au Mali peu d'études ont été consacrées au dépistage du VIH chez les parturientes admises en salle d'accouchement d'où l'initiation et l'intérêt de notre étude.

METHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive, analytique transversale allant du 1^{er} février 2018 au 31 janvier 2019 soit une période de 12 mois, dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Etaient incluses dans notre étude : les parturientes, accouchées récentes non dépistées au VIH lors des

CPN ou ayant fait le test depuis plus de 3 mois et qui ont accepté après consentement éclairé le test du VIH. Etaient exclues de ce travail : les parturientes dépistées par le VIH lors des CPN moins de 3 mois, celle qui ont refusé le test du VIH après counseling. La collecte des données a été faite par une fiche d'enquête individuelle pour chaque parturiente dépistée. Pour les parturientes reçues en phase active du travail d'accouchement, le counseling/dépistage était fait en post-partum immédiat. Un counseling post test a été effectué chez toutes les patientes ayant accepté le dépistage avec annonce immédiate du résultat. L'éducation thérapeutique initiale était faite chez toutes les patientes dont le test sérologique est revenu positif. La confirmation et le typage étaient demandés au laboratoire et fait ultérieurement dans un délai maximum d'une semaine. Tous les nouveau-nés de mères VIH positif ont bénéficié d'un traitement antirétroviral (bithérapie) à base de : Névirapine sirop + Zidovudine sirop [5]. Les nouveau-nés ont été adressés à la pédiatrie après leur prise en charge en salle d'accouchement.

La saisie des données a été sur Microsoft Word 10 et analysées sur Microsoft Excel 10, logiciel IBM SPSS 20. Le test de khi2 a été utilisé pour comparer les proportions. Les liens sont statistiquement significatifs si $P < 0,05$. L'anonymat et la confidentialité des personnes participant à l'étude ont été respectés.

La région de kayes est située à l'ouest du Mali. Elle couvre une superficie de 120 760 km² et compte 2338999 habitants. L'hôpital Fousseyni DAOU de kayes est un établissement public hospitalier de 2^{ème} référence avec une capacité 160 lits. **Difficultés rencontrées au cours de cette étude :** la rupture du test de dépistage de 17 jours dans la salle d'accouchement, la rupture des ARV de 3 jours pour les parturientes dépistées positives au VIH.

RESULTATS

Durant notre période d'étude nous avons enregistré 4269 accouchements. Les patientes séropositives connues avant le travail d'accouchement représentaient 0,21%. Quatre cent six parturientes ont bénéficié d'un counseling/dépistage dans la salle d'accouchement ; parmi lesquelles 36 ont refusé le test soit 8.87% et 370 ont accepté soit 91.13%. Treize patientes ont eu le test positif soit 3,51%. Neuf sur treize (69%) des patientes désireuses informées le procréateur de leur statut sérologique. La tranche d'âge 20-35 ans était la plus représentée avec 76,92%. Les parturientes non scolarisées

étaient les plus représentées avec une fréquence de 76,93%. Elles avaient reçu l'information sur le VIH/SIDA à 98,1% et 57,85% ont eu leur information dans les centres de santé.

Tableau I : Répartition des parturientes selon leur statut matrimonial.

| Statut matrimonial | VIH- | VIH+ |
|--------------------|-------------|-----------|
| Mariée monogame | 221(61,90%) | 3(23,08%) |
| Mariée polygame | 96(26,89%) | 9(69,23%) |
| Célibataire | 30(8,40%) | 0(0%) |
| Divorce | 4(1,12%) | 0(0%) |
| Veuve | 6(1,68%) | 1(7,69%) |
| Total | 357(100%) | 13(100%) |

Tableau II : Répartition des parturientes selon la réalisation des CPN

| Réalisation des CPN | VIH- | VIH+ |
|---------------------|--------------------|------------------|
| Oui | 85(23,81%) | 4(30,77%) |
| Non | 272(76,19%) | 9(69,23%) |
| Total | 357(100%) | 13(100%) |

$Khi2 = 0,33$ $p = 0,56$

Tableau III : Répartition des parturientes selon le motif de refus de réaliser le test

| Motif de refus | Effectif | % |
|---|-----------|-----------|
| Crainte de divorce si positivité | 4 | 11,11 |
| Obtenir l'avis du partenaire pour la réalisation du test | 18 | 50 |
| Pense être en bonne santé | 2 | 5,56 |
| Peur de la maladie | 10 | 27,78 |
| Sans motif | 2 | 5,55 |
| Total | 36 | 100 |

Tableau IV : Réactions des parturientes dépistées positives

| Réaction | Effectif | % |
|---------------------|----------|-------|
| Accepter | 8 | 61,52 |
| Déni | 1 | 7,69 |
| Pleure | 2 | 15,38 |
| Refus du diagnostic | 2 | 15,38 |
| Total | 13 | 100 |

Tableau V : Répartition des parturientes selon le moment de counseling

| Moment de counseling | VIH- | VIH+ |
|----------------------|-------------|-----------|
| Latence | 243(68,07%) | 8(61,54%) |
| Active | 85(23,81%) | 2(15,38%) |
| Post partum immédiat | 30(8,40%) | 2(23,08%) |
| Total | 357(100%) | 13(100%) |

Les patientes dépistées positives ont reçu le traitement ARV (TDF+3TC+EFV) dans la salle d'accouchement dans 92,31% des cas ; et 1 patiente soit 7,69% n'a pas reçu de traitement pour refus. L'accouchement par la voie basse était la plus fréquente soit 77%, la césarienne 23%. L'épisiotomie a été pratiquée chez 3/13 (23%) parturientes dépistées positives.

Tableau VI : Répartition des parturientes dépistées positives selon le terme de la grossesse.

| Terme | VIH- | VIH+ |
|--------------|-------------|-----------|
| Prématurité | 6(1,68%) | 3(23,08%) |
| Hypotrophie | 3(0,84%) | 1(7,69%) |
| Normotrophie | 348(97,48%) | 9(69,23%) |
| Total | 357(100%) | 13(100%) |

Les nouveaux nés avaient un bon pronostic dans leurs premières semaines de vie dans 85% ; la létalité fœtale a été observée chez 15% des nouveaux nés dont 1 cas de mort-né frais et 1 cas de décès pédiatrique pour souffrance néonatale.

Tous les nouveau-nés de mères dépistées positives ont été adressés à la pédiatrie ; ont reçu la dose initiale de névirapine (NVP) sirop+ Zidovudine (AZT) sirop dans le service ; sauf le cas de mort-né frais

Tableau VII : Répartition des parturientes dépistées positives selon le mode d'allaitement.

| Allaitement | Effectif | % |
|-------------|----------|-------|
| Artificiel | 10 | 83,34 |
| Mixte | 1 | 8,33 |
| Maternel | 1 | 8,33 |
| Total | 12 | 100 |

DISCUSSION

Treize parturientes qui ont été dépistées positives au VIH1 sur 370 soit une fréquence de 3,51%. Ce résultat est inférieur à celui observé dans l'étude de Dembélé B, ou le taux était de 10% [6]. Notre

échantillon d'étude était composé des patientes se trouvant dans la période gravidopuerpérale, nous avons enregistré une importante représentation de la tranche d'âge 20-35 ans avec 76,92%. Les parturientes vivaient en régime monogamique dans 61,90%. Parmi les parturientes dépistées positives les femmes mariées représentaient 92,31% dont 75% vivaient en régime polygame. Ces résultats peuvent être comparés avec ceux observés par Dembélé B avec une fréquence de 94,6% et 74,3% [6]. Les parturientes dépistées positives ont été évacuées dans 61,54% et 38,46% ont été adressées par les parents. Le counseling et dépistage ont été proposés à toutes les parturientes, 91% ont accepté de faire le test avec consentement et 9% qui ont refusé. Les raisons évoquées de refus de faire le test ont été : la peur de la maladie et crainte de divorce si positivité, soit respectivement 27,78% et 11,11%. Ce résultat peut être comparé à celui de Megni Gbeto-Obey et al au Bénin avec 74,8% de taux d'acceptation [7]. Au cours de notre étude 69% des parturientes dépistées déclaraient avoir l'intention d'informer leur procréateur contre 31% qui ne veulent pas partager l'information. Les principales réactions observées à l'annonce de la séropositivité étaient : résignation dans 70,3%, les pleurs avec 21,6% et le mutisme avec 8,1%. Ce résultat est en accord avec celui obtenu Ndayishimiyé J. au Bénin [8].

Les parturientes qui n'ont pas effectués de CPN représentaient 76,19% ce taux est supérieur à celui de Dembélé B [6]. Cette insuffisance de suivi de la grossesse est un facteur de risque de la TME du VIH/SIDA. Les parturientes dépistées positives ont reçu de traitement ARV dans la salle d'accouchement dans 92,31% des cas ; et 1 patiente soit 7,69% n'a pas reçu de traitement pour refus. L'accouchement par la voie basse était la plus fréquente soit 77%, la césarienne représentait 23%. L'indication des césariennes n'était pas en rapport avec la séropositivité des parturientes. Dembélé B [6] a trouvé une fréquence de 89,2% l'accouchement par voie basse et 10,8% pour la césarienne. Les suites de couches immédiates ont été simples dans 100% des cas.

Les nouveau-nés dont le poids est compris entre 2500-3999gr étaient les plus fréquentes soit 69,23% ; 37,77% avaient un poids inférieur 2500gr. Diouf A et al [9] à Dakar ont trouvé un poids moyen de naissance de 2314g. Sombie I et al [10] ont rapporté un poids moyen de naissance de 2831g des nouveau-nés de mères séropositives contre un poids de naissance de 2896g de nouveau-nés de mères séronégatives. Nous avons trouvé 3

cas de prématurité soit 23,08% ; un cas d'hypotrophie soit 7,69%. Sombie et al [10] ont trouvé 8,1% de nouveau-nés prématurés de mères infectées par le VIH contre 3,6% de nouveau-nés prématurés de mères séronégatives. En Europe et Etats Unis, le taux d'accouchement prématuré chez les femmes infectées est environ 10% [11]. Les nouveau-nés avaient un score d'Apgar compris entre 4 et 7 dans 53,85% des cas ; et 38,46% un score supérieur à 8. Nous avons enregistré un cas de mort-né frais soit 7,69%. Dembélé B a trouvé que 94,6% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar compris entre 8-10 ; et 2,7% un score compris entre 4 et 7. [6]. Les nouveau-nés ont bénéficié d'une bithérapie faite par la NVP+AZT dans 92,31% des cas. Les mères dépistées positives ont opté pour l'allaitement artificiel à 83,34% ; pour l'allaitement maternel exclusif à 8,33% ; de même pour l'allaitement mixte (maternel/artificiel) à 8,33%. Le taux d'allaitement maternel artificiel était de 30,6% chez Dembélé B [6]

Les nouveau-nés avaient un bon pronostic dans leurs premières semaines de vie dans 85% ; la létalité périnatale a été observée chez 15% des nouveaux nés dont 1 cas de mort-né frais 1 cas de décès pédiatrique pour souffrance néonatale. Dembélé B a observé 91,9% des nouveau-nés étaient vivants à leur première semaine de vie, la létalité périnatale totale s'élève à 8,1% soit 3 cas : 1 mort-né macéré et 2 décès de nouveau-nés dans leur première semaine de vie. [6]

CONCLUSION

Le counseling et dépistage volontaire sont la porte d'entrée de la prévention de la TME du VIH/SIDA, ils constituent la première étape de la prise en charge.

Cependant malgré la multiplication des centres santé à travers le pays en général et dans la région de Kayes en particulier, plusieurs gestantes continuent d'échapper aux CPN et au counseling/dépistage du VIH/SIDA.

Beaucoup d'efforts doivent être mené dans ce sens : la formation du personnel en PTME et le counseling/dépistage du VIH/SIDA en salle d'accouchement ; afin de diminuer le taux de prévalence de cette pandémie.

REFERENCES :

1. **ONUSIDA**. Fiche d'information, novembre 2016 ;6 :4-5.
2. **ONUSIDA**. Le sida en chiffres 2015 ;12 :5-9.
3. **Yapo Thomas ABA et coll. Maladies**

infectieuses tropicales, Editions Alinéa Plus 2016, 580 - 625 ,
4. ONUSIDA/OMS. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : options stratégiques. Genève, Suisse ; 1999 .
5. Normes et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA, HCNLS, juillet 2016 , p 124 .
6. Dembélé B. Dépistage du VIH en salle d'accouchement à la maternité du centre de santé de référence de la commune V de février 2009 à janvier 2010 [Mali] 2010 .
7. Troisième congrès de la SAGO. Benin – Togo : livre de conférence et de communication Janvier 2002.
8. Ndayishimiye J. Evaluation de la qualité de la

prévention de la transmission mère-enfant du VIH au cours de l'accouchement à HOMEL. Mémoire santé publique : Cotonou IRSP, 2004. **9. Diouf A, Kebe F, Faye E et Al.** L'infection par le VIH chez la femme enceinte à Dakar (Sénégal). Jr Gynecol Obstet Biol Reprod 1996 .
10. Sombie I, Nacro B, Tiendrebeogo S, Dao B, Carloux M, Meda N et Al. Infection maternelle et paramètres anthropométriques de l'enfant à la naissance au Burkina-Faso. Cahier santé 1999 ; 9.
11. Mandelbrot L. Particularité de la grossesse chez les femmes enceintes séropositives pour le VIH. La lettre du gynécologue 1999 ; 243 :20-5