

Prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH : prise en charge des parturientes en salle de travail au chu de Libreville

Prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV: management of parturients in the labor ward at Libreville teaching hospital

Minkobame U, Assoumou OP, Makoyo O, Ntsame Mezui JE, Bang NJA, Mayi Tsonga S, Meye JF

Département de Gynécologie Obstétrique- Faculté de Médecine- Université des Sciences de la Santé

Correspondances : Dr Ulysse MINKOBAME, Service de Gynécologie et Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Fondation Jeanne Ebori BP 212 Libreville, Gabon. Tel : +241 077284537. Mail : minulpas0703@gmail.com

Reçu : le 24 mai 2021 - Accepté : le 20 août 2021 - Publié : le 3 septembre 2021

RESUME :

Objectif : Evaluer la pratique de la PTME dans une maternité de référence de Libreville.

Patientes et méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective, conduite du 30 juin 2017 au 30 janvier 2018, sur des parturientes séropositives connues ou méconnues reçues à la maternité du CHUL pour travail d'accouchement.

Résultats : La prévalence du VIH au cours de l'étude était de 2.3%. Le dépistage de rattrapage en salle de travail a permis de révéler 5,2% de parturientes séropositives. L'âge moyen était de 29,6±5,9 années avec des extrêmes de 16 et 43 ans. Les parturientes sans emploi, vivant en concubinage étaient majoritaires, représentant respectivement 50,5% et 53,5% de l'effectif total. Le VIH-1 était le seul sérotype enregistré au cours de ces 7 mois. Les mesures obstétricales étaient observées et pratiquées. Le dépistage des nouveau-nés à 1 mois était négatif, et 2 sur 91 nouveau-nés ont été séropositifs à 06 mois. La prise en charge des femmes consistait en l'administration de trithérapie dans la grande majorité des cas. Elle n'était pas systématiquement donnée à vie dans nos structures. Ce qui a constitué le plus fréquent des obstacles à la prise en charge des parturientes.

Conclusion : Les modalités de prise en charge des parturientes en salle de travail sont connues et respectées. Leur orientation dans des services de suivi n'est pas systématique, ce qui limite la prise en charge à vie de ces dernières.

Mots clés : Dépistage de rattrapage, VIH-1, trithérapie, transition

ABSTRACT :

Objective: To assess the practice of PMTCT in the largest maternity hospital in Libreville.

Patients and methods: We carried out a prospective observational study, conducted from June 30, 2017 to January 30, 2018, on known or unknown HIV-positive parturients received at the CHUL maternity hospital for childbirth.

Results: The HIV prevalence during the study was 2.3%. Catch-up screening in the labor room revealed 5.2% of HIV-positive parturients. The mean age was 29.6 ± 5.9 years with extremes of 16 and 43 years. Unemployed parturients living in cohabitation were in the majority, representing respectively 50.5% and 53.5% of the total workforce. HIV-1 was the only serotype recorded during these 7 months. Obstetric measurements were observed and performed. Screening of newborns at 1 month was negative, and 2 of 91 newborns tested positive at 06 months. The management of the women consisted of the administration of triple therapy in the vast majority of cases. It was not systematically given to life in our structures. This was the most frequent obstacle to the care of parturients.

Conclusion: The methods of taking care of parturients in the labor room are known and respected. Their referral to follow-up services is not systematic, which limits their lifelong care.

Keywords: Catch-up screening, HIV-1, triple therapy, transition

INTRODUCTION

La prise en charge d'une femme enceinte infectée par le VIH doit avoir comme but de réduire au maximum le risque de transmission mère-enfant du virus tout en préservant l'état de santé présent et à venir de la mère.

La grossesse et l'accouchement sont des périodes à haut risque de transmission du VIH et en l'absence de toute intervention préventive, on estime que la prévalence de la Transmission Mère-Enfant (TME) se situe entre 15 à 45% [1].

Le dépistage du VIH pendant la grossesse fournit un point d'entrée aux services de PTME, de traitement, de soins de soutien pour les femmes. Cependant, la faible utilisation du dépistage du VIH a été un goulot d'étranglement pour la PTME et les services ultérieurs de traitement, de soins de soutien du VIH. On estime que 30 % des personnes vivant avec le VIH ignoraient leur statut sérologique à la fin de 2016. Des études antérieures ont identifié différents obstacles au recours au dépistage du VIH, notamment mauvaise connaissance de la TME, faible niveau d'éducation de la mère, peur de la stigmatisation et accès limité à services de santé [2].

Au Gabon, cette prévention demeure aussi une préoccupation sanitaire notamment devant la séroprévalence élevée des femmes enceintes (5.8%) et celle du VIH en population générale (4.1%) [3].

En 2013, des stratégies de prise en charge ont été disséminées à travers le pays mettant un accent sur le dépistage volontaire et le traitement systématique et à vie (OPTION B+).

C'est pour décrire cette pratique dans une des maternités de référence au Gabon que nous avons décidé de réaliser ce travail.

PATIENTES ET METHODE

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale qui s'est déroulée dans la salle d'accouchement du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville durant une période de 06 mois. Etaient concernées toutes les parturientes admises en salle de travail.

Ont été incluses les femmes reçues en travail d'accouchement et diagnostiquées séropositives au VIH. Ce diagnostic étant soit connu (avant la grossesse ou au cours du bilan pré natal de la grossesse actuelle), soit méconnu à l'arrivée et établi à l'aide du dépistage de rattrapage en salle de travail.

N'ont pas été incluses, les parturientes qui avaient opposé un refus de consentement, celles qui étaient

séronégatives après deux dépistages et celles admises directement au bloc opératoire.

Les parturientes éligibles étaient suivies :

- À l'arrivée (vérification des tests, du type sérologique, vérification du traitement anti rétroviral, réalisation d'un dépistage de rattrapage en l'absence de sérologie durant la grossesse),

- Durant le travail d'accouchement et de l'accouchement (lors duquel des mesures obstétricales et néonatales devaient être observées),

- Dans les suites de couches (surveillance de l'accouchée avec conseil à l'allaitement et orientation vers un centre de référence),

- Surveillance du nouveau-né à la naissance et dépistage de la sérologie à 01 mois et 06 mois.

Les parturientes dépistées positives bénéficiaient d'un traitement anti rétroviral à base de TENOFOVIR+EMTRICITABINE+EFAVIRENZ. Un sirop de Névirapine était également administré au nouveau-né à la naissance.

Les paramètres étudiés étaient : les caractéristiques sociodémographiques, les modalités de la pratique du test, le protocole de Traitement Anti Retro viral, les mesures obstétricales de prévention lors du travail, l'existence ou non d'obstacle à la prise en charge et le statut du nouveau-né à 01 mois et 06 mois. La saisie et l'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel Excel 2010 et Epi Info 3.5.

RESULTATS

1. Echantillon et prévalence

Au cours de la période d'étude, nous avons enregistré 4405 accouchements. Nous avons enrôlé 192 parturientes selon nos critères d'inclusion. Parmi elles, 101 étaient séropositives, ce qui constitue notre échantillon. La prévalence des parturientes séropositives au VIH était donc de 2.3%.

2. Caractéristiques socio démographiques

L'âge moyen de nos parturientes était de 29.6±1.5 ans avec des extrêmes allant de 16 à 43 ans. Plus de la majorité des parturientes (53.5%) vivait en concubinage contre 8.9% de mariées et était sans emploi (50.5%).

3. Caractéristiques cliniques

La parité moyenne était de 2.3±1.8 avec des extrêmes allant de 0 à 8 parités. Sur les 192 parturientes enrôlées, 100% étaient positives au VIH. Parmi ces parturientes, 96 (50%) ont bénéficié d'un dépistage de rattrapage qui est revenu positif pour 5 (5.2%) parturientes.

4. Protocole de traitement anti rétro viral (TAR)

Sur les 101 parturientes séropositives, 84 (83.2%) ont reçu un TAR et 17 (16.8%) n'étaient pas sous TAR.

Parmi les parturientes traitées, 62 (61.4%) ont pris la trithérapie combinant Efavirenz, Emtricitabine et Tenofovir. (Tableau I)

Tableau I : Répartition des gestantes selon le Traitement Anti Rétroviral (TAR) reçu au cours de la grossesse

TAR	Effectif (N=101)	%
Efavirenz Emtricitabine Tenofovir	62	61.4%
Efavirenz Lamivudine Tenofovir	11	10.9%
Efavirenz Lamivudine Zidovudine	2	2.0%
Lamivudine Névirapine Zidovudine	5	4.9%
Lamivudine Tenofovir Névirapine	1	1.0%
Lamivudine Tenofovir Lopinavir	1	1.0%
Lamivudine Tenofovir Darunavir	1	1.0%
Lopinavir Ritonavir	1	1.0%
Pas de traitement	17	16.8%
TOTAL	101	100%

1 Mesures obstétricales de prévention

a. Mode d'accouchement : Nous avons enregistré 88.1% d'accouchement par voie basse contre 11.9% de césariennes. (Tableau II)

b. Mesures obstétricales maternelles

Tableau II : Répartition des parturientes selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectif (n=101)	%
Voie basse	89	88.1
Césarienne	12	11.9
TOTAL	101	100

La quasi-totalité des parturientes (99%) a bénéficié de la désinfection de la vulve. Les touchers vaginaux ont été de réalisation limitée chez 88% des parturientes. La rupture des membranes était tempestive dans 83.2% des cas. L'ocytocine a plus été utilisée à la délivrance soit chez 47 (46.5%) parturientes. L'épisiotomie n'a pas été réalisée dans 99% des cas.

a. Mesures de prévention néonatales

Tous les nouveau-nés ont bénéficié du nettoyage du sang maternel sur leur corps et du nettoyage de leurs yeux. Par contre, près de 22% n'ont pas bénéficié du bain à de l'eau tiède.

2. Dépistage du nouveau-né à la naissance

Le dépistage par PCR des nouveau-nés à 01 mois s'est révélé négatif pour tous les nouveau-nés. Seuls 91 nouveau-nés ont bénéficié du dépistage à 6 mois,

dépistage qui a mis en évidence 2 nouveau-nés séropositifs soit une prévalence de 2.19%.

3. Obstacles à la prise en charge

Soixante-quatre parturientes (63.4%) ont présenté au moins un obstacle à la prise en charge. Nous avons relevé 10 obstacles à la prise en charge. « La transition non faite vers un service de prise en charge de l'infection à VIH » était le plus fréquemment rencontré, comme le montre le Tableau III.

Tableau III : Répartition des parturientes en fonction des obstacles à la prise en charge

Obstacles à la prise en charge	Effectif (n=64)	%
Transition non faite vers un centre de prise en charge	38	59.4%
Nouveau-né non vu par un pédiatre	19	29.7%
Parturientes sans traitement	17	26.6%
Parturientes inopérantes	15	23.4%
Parturientes mal suivies	10	15.6%
Utilisation de l'Option B	6	9.4%
Perdus de vue	3	4.7%
Confidentialité non respectée	3	4.7%
Rupture de stock	1	1.6%
Déni de la maladie	1	1.6%

DISCUSSION

1. Caractéristiques socio démographiques et cliniques

La moyenne d'âge de notre échantillon était de 29.6±1.5 ans avec des extrêmes allant de 16 à 43 ans. Ce chiffre est identique à celui retrouvé dans la série de Soubeiga et al [4] et de Mbachu II et al [5]. Ces résultats justifient la faiblesse d'éducation sexuelle rencontrée chez les populations jeunes, qui les expose aux effets de l'extension du VIH/SIDA.

La majorité de nos patientes (53.5%) vivaient en concubinage contre 8.9% de mariées. Ces deux situations favorisent le partage de confidentialité et permet une meilleure gestion de l'infection dans le couple. Nos résultats sont contraires à ceux de Tatagan et al [6] chez qui on a constaté une faible proportion de célibataires (5.2%) contre une majorité de mariées (94.8%).

La moitié de nos patientes (50.5%) était sans emploi. Ce constat n'est pas loin de celui de Boïte à Bamako [7] qui avait trouvé (65%) de femmes sans emploi et une faible portion de salariées (5%). En effet la précarité dans laquelle vivent ces femmes serait incriminée dans la survenue du VIH/SIDA.

2. Caractéristiques cliniques

De manière général, le désir de maternité est présent chez toutes les femmes, qu'elles soient séropositives

ou non. En Afrique, une maternité est rassurante pour la femme et est révélatrice d'une harmonie au sein de couple. Ainsi la parité moyenne de notre étude était de 2.3 ± 1.2 pares. Tatagan et al [6] au Togo retrouvait une parité moyenne de 2.1 ± 1.3 pares tandis que Tshikwey Ngwey [8] au Congo enregistrait 3.8 ± 2 pares

Un seul sérotype de virus a été trouvé dans notre étude : il s'agit du VIH1. Ce résultat n'est pas loin de celui de Traoré Y et al [9] au Mali. Bien qu'ayant eu une prédominance pour le VIH 1 (90.52%), cette équipe a trouvé une faible proportion pour le VIH 2 (7.11%) et plus encore faible que l'association VIH 1 et 2 (2.37%). Dans l'étude de Diouf JB [10] au Sénégal, 88.1% étaient porteuses du Virus de type 1 et 11.9% du type 2. L'absence du sérotype 2 dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que ce dernier est un sérotype rare et moins virulent que le sérotype 1. En outre pour sa répartition géographique, celui-ci a tendance à se retrouver dans les pays d'Afrique de l'Ouest [11].

Nous avons réalisé 96 prélèvements dans le cadre du dépistage de rattrapage représentant 50% des patientes enrôlées et 5.2% étaient positives. Nos résultats sont similaires à ceux de Foumsou [12] au Tchad et Tsingaing [13] au Cameroun qui trouvaient respectivement 5.5% et 3% des patientes testées séronégatives 3 mois avant l'accouchement. En revanche, nos chiffres diffèrent largement de ceux de Mwendu-Tambwe et al [14] au Congo chez qui 91.14% des patientes ont bénéficié du dépistage de rattrapage. Le conseil et le dépistage volontaire sont acceptés dans notre salle de travail. En les y proposant systématiquement, ils pourraient servir de stratégie de rattrapage en complémentarité avec le service intégré aux consultations pré natales

3. Traitement anti rétroviral (TAR)

Sur les 101 patientes enrôlées dans notre étude, 83.2% ont bénéficié d'un TAR tandis que 17.8% n'étaient pas sous traitement. Le schéma thérapeutique choisi allait dans le sens des recommandations de l'OMS [15], qui propose une **t r i t h é r a p i e a s s o c i a n t** Tenofovir+Emtricitabine+Efavirenz. Kimbala J [16] relevait 11.5% des patientes qui n'étaient pas sous traitement.

4. Mesures obstétricales de prévention

La voie d'accouchement privilégiée dans notre étude était la voie basse avec 88.1% et 11.9% des patientes avaient accouché par césarienne. La prépondérance de la voie basse se retrouve aussi chez certains auteurs en Afrique [12] mais avec une faible proportion de césarienne [16,17].

Les mesures obstétricales de prévention visant à

réduire la TME/VIH au cours du travail d'accouchement ont été observées chez le couple mère enfant dans notre étude. Comme Tijou Traoré [18] et Banza [19], les mesures obstétricales étaient d'espacer les touchers vaginaux, d'éviter l'épisiotomie et respecter les membranes amniotiques jusqu'à dilatation complète. Au moment de l'accouchement, ils portaient un tablier, des bottes en caoutchouc, une double paire de gant et des lunettes pour assurer leur protection. Les mesures néonatales ont consisté en un nettoyage de l'enfant avec une solution antiseptique et une première dose d'un antiviral par sirop lui était administrée. Ce sont des pratiques que nous avons également observé dans notre travail.

5. Dépistage du nouveau-né à la naissance

La Polymerase Chain Reaction (PCR) a été réalisée chez tous les nouveaux nés à 01 mois de naissance et s'est révélée négative .Elle a été réalisée à 6 mois chez 91 nouveaux nés et seuls 2 (2.19%) se sont révélés positifs. Foumsou [12] avait relevé 4.4% d'enfant séropositifs à 6 mois de vie. Ces faibles taux pourraient s'expliquer par la mise automatique sous TAR à la naissance mais également les mères perdues de vues dues à la mauvaise prise ne charge post natale.

6. Obstacles à la prise en charge

Le principal obstacle à la prise en charge dans notre étude était le manque de transition dans un service de prise en charge de l'infection à VIH. Ce constat a également été fait par La Ruche et al [20] qui ont mis en lumière entre autre, la mauvaise gestion des ressources humaines, les ruptures de stock et de confidentialité et les perdues de vues, défaut de coordination entre les sites de PTME et les centre de traitement. IL existe encore des déperditions dans le parcours des femmes enceintes, ce qui réduit l'efficacité de la PTME.

CONCLUSION

Tout comme la majorité des pays d'Afrique en développement, le Gabon est touché par le VIH/SIDA. Notre étude nous a permis d'évaluer la pratique de la PTME dans la plus grande maternité en mettant en lumière les dysfonctionnements dans le continuum des soins. Le dépistage de rattrapage, la mise systématique sous traitement et le respect des mesures de prévention permettent de réduire la transmission mère –enfant en salle naissance. Toutefois, il est important d'améliorer la coordination entre les services de prise en charge en vue d'éviter le nombre de perdues de vues rencontrés et de vulgariser la pratique de la PCR pour mieux apprécier l'efficacité de la PTME.

REFERENCES

- 1. Ouedraogo Y et al.** Efficacité de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du Virus de l'Immunodéficience Humaine par le protocole 2010 de l'Organisation Mondiale de la Santé au Centre Médical Saint Camille de Ouagadougou. *Pan Afr Med*
- 2. Ejigu Y et al.** HIV testing during pregnancy for prevention of mother-to-child transmission of HIV in Ethiopia. *PLoS One*. 2018; 13(8):e0201886. Epub 2018 Aug 9. J. 2015 ; 22 :303-8
- 3. UNFPA.** Enquête Démographique et de la Santé (EDS) Gabon 2012. [En ligne]. Disponible sur <http://gabon.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SR198.pdf>. Consulté le 02/12/2017
- 4. Soubeiga ST et al.** Evaluation du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes VIH-1 positif, sur la transmission de l'infection de la mère à l'enfant: cas du Centre Médical Saint Camille de Ouagadougou, au Burkina Faso. *Pan Afr Med J*. 2015 ;20 :399-404
- 5. Mbachu II et al.** The evaluation of accuracy of serial rapid HIV test algorithm in the diagnosis of antibodies among pregnant women in southeast Nigeria. *BMC Res Notes*.(2015); 8:557-63
- 6. Tatagan A et al.** Connaissances, attitudes et pratiques en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH chez la femme enceinte vue en consultation prénatale en 2010 au Togo. *Med Trop* 2011 ; 71 :472-6.
- 7. Boïte R.** Problématique de l'utilisation des services de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH/SIDA dans le service de Gynécologie Obstétrique du Centre de Santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de Doctorat en Médecine. Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie. Bamako. 2006. 88p.
- 8. Tshikweij ND et al.** Etude de facteurs de risque de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans la stratégie « Option A » à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Pan Afr Med J* 2015 ; 22 : 18-24
- 9. Traoré Y et al.** Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH en milieu hospitalier africain, Bamako-Mali. *Mali Médical* 2011. Tome XXVI. [En ligne] Disponible sur <http://malimedical.org/2011/18a>. Consulté le 05/01/2018
- 10. Diouf JB et al.** Devenir sérologique et nutritionnel des nourrissons nés de mères séropositives suivies dans l'Option B+ à Guédiawaye. *Pan Afr Med J* 2016 ;25 :224. doi: 10.11604/pamj.2016.25.224.10441. Available on line at <http://www.panafricain-med-journal.com/content/article/25/224/full>
- 11. Gottlieb GS et al.** Emergence of multiclass drug-resistance in HIV-2 in antiretroviral-treated individuals in Senegal : implications for HIV-2 treatment in resource-limited West Africa. *Clin Infect* 2009; 48:476-83.
- 12. Founsou et al.** Dépistage du VIH en salle de dilatation à la Maternité de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'djamena au Tchad. Une stratégie de rattrapage dans le cadre de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. *Journal de la SAGO*. 2015 (16) ; 1 :23-7
- 13. Tsingaing KJ et al.** Prévalence du VIH chez la femme enceinte et transmission mère-enfant du VIH à la Maternité de l'Hôpital Général de Douala, Cameroun. *Clinics in Mother and Child Health*. 2010 ; 8 :3p
- 14. Mwembo- Tambwe ANK et al.** Dépistage du VIH en salle de travail à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Une stratégie de rattrapage dans le cadre de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. *Pan Afr Med J* 2012 ; 12 : 25-30
- 15. OMS.** Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. What's new in 2015. [En ligne] Available at <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/198064/1/9789241509893-eng.pdf?ua=1>.
- 16. Kimbala J et al.** Transmission du VIH de la mère à l'enfant à Lubumbashi. République Démocratique du Congo. Leçons à tirer des résultats auprès de 6 maternités de références de 2007 à 2012. Première revue médicale internationale panafricaine. *Med Afr Moire* 2016, 63(3) :161-173
- 17. Semporé J Wep T.** Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH par le nouveau protocole (AZT-NVP-3TC) au Centre Médical Saint Camille de Ouagadougou de Juillet 2006 à Décembre 2007. Thèse de Médecine. Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé. Université de Ouagadougou. 102p.
- 18. Tijou TA et al.** Enquête de prévention : transmission des savoirs et agencité des mères séropositives au Cameroun. Face à face. [En ligne] Disponible sur <http://faceàface.revues.org/1144>. Consulté le 17 Aout 2017.
- 19. Banza FM et al.** Evaluation du programme de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à l'Hôpital Général de Référence Hakika, Lubumbashi. République Démocratique du Congo. *Rev Med Gd Lacs* 2014 ; 3(2) :192-211.
- 20. La Ruche G et al.** La Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant : Etat des lieux au Bénin. *Santé Publique* 2008 ; 20(6) :575-87