

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 13 ■ N° 30 (2018)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

**MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)**

Directeur de publication

Namory Keita

Rédacteur en chef

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F Diadhiou, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo, (CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie (Nigeria), H Maisonneuve (France)

Comité de rédaction

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé (Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie), ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie), NM Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou), K Akpadza (Lomé), M A Baldé (Pharmacologie), G Body (Tours), M B Diallo (Urologie), M D Baldé (Conakry), N D Camara (Chirurgie), CT Cissé (Dakar), A B Diallo (Conakry), F B Diallo (Conakry), OR Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi (Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth (Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat (Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye (Libreville), CT Cissé (Dakar), A Diouf (Dakar), RX Perrin (Cotonou), F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site www.icmje.org

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times

New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 664 45 79 50;

Email : namoryk2010@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 6222 17086; (224) 664 233 730

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point. Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

Page de titre : elle comporte :

- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées

Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.

Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :

- Pour une revue : 1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à

la Clinique Gynécologique et
 Obstétricales du CHU Ignace DEEN. Journal de
 la SAGO 2002; 3(2):7-11
 - Pour une contribution à un livre : 2. Berland M.
 Un état de choc en début de travail:
 conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique
 de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 :
 218-225
 - Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de
 l'accouchement.
 Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.
 - Pour une thèse : 4. Bah A . Les évacuations
 obstétricales : aspects épidémiologiques et
 pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique
 du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry
 2001; 032/03 04 : 165p X

Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être
 réduit au strict minimum nécessaire à la
 compréhension du texte. Les tableaux seront
 numérotés en chiffres romains et les figures en
 chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le
 texte.

Après acceptation définitive de l'article, des
 modifications mineures portant sur le style et les
 illustrations pourront être apportées par le comité
 de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer
 la parution dudit article.

Le comité de rédaction

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

Prise en charge des gestantes VIH au centre hospitalier et universitaire de la mère et de l'enfant de la lagune (Benin)

Lokossou MSHS, Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Tognifode Mewanou V, Adisso S, Tossou EA, Lokossou A, Perrin RX.1 - 5

Connaissances, attitudes et pratiques de la sexualité dans deux lycées publiques de Porto-Novo au Benin

Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Lokossou MSHS, Adisso S, Gnonlonfin N, Perrin RX..6 - 11

Problématique dans le dépistage des cancers du col de l'utérus à Thiès (Sénégal)

TL Bentefouet, Robert Diatta, M Sow, A Keita, Assane Sow, I Thiam, CMM Dial, M Thiam Coulibaly.....12 - 18

Césarienne en urgence au CHU de Libreville : indications et délai selon la classification de Lucas.

Minkobame U, Assoumou P, Bang JA, Sima Ole B, Makoyo O, Mayi-tsonga S, Meye JF19 - 25

Facteurs épidémiologiques de la mortinatalité au service de gynécologie Obstétrique de l'hôpital national Donka du CHU de Conakry (Guinée)

Camara MK, Toure S, Leno DWA, Hyjazi Y, Keita N.....26 - 30

Anémie et transfusion chez la parturiente au service de maternité du centre médical communal de Matam (Conakry)

Kante AS, Diakite M, Haba NY, Camara KM, Sy T31 - 34

La contraception d'urgence : clientes et pratique de la méthode à l'unité de planification familiale du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen

Conté I, Diallo BS, Diallo A, Bah EM, Bah IK, Sylla I, Lenaud NM, Diallo AB.35 - 42

Les fistules vésico vaginales obstétricales en Guinée : analyse des données de deux sites de prise en charge

Bah I, Kante D, Bah MD, Barry M II, Conde Hf, Diallo TMO, Guirassy S, Bah OR, Diallo AB, Diallo MB43 - 47

CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

La grossesse cervicale : notre attitude pratique et revue de la littérature

Dembélé A, Ouédraogo I, Kiemtoré S, Savadogo M, Ouattara S, Somé Der A, Bambara M, Thieba/Bonané B.....48 - 51

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX (ORIGINAL PAPERS)

<i>Treatment of gestant hiv at the hospital and university center of the mother and child of lagoon (Benin)</i> Lokossou MSHS, Tshabu Aguemou C, Ogoudjobi OM, Tognifode Mewanou V, Adisso S, Tossou EA, Lokossou A, Perrin RX.	1 - 5
<i>Knowledge, attitudes and practices regarding sexuality in two public schools at Porto-Novo in Benin</i> Tshabu Aguemou C, Ogoudjobi OM, Lokossou MSHS, Adisso S, Gnonlonfin N, Perrin RX.....	6 - 11
<i>Problematic in the cervical cancer screening in Thies (Senegal)</i> TL Bentefouet, Robert Diatta, M Sow, A Keita, Assane Sow, I Thiam, CMM Dial, M Thiam Coulibaly.....	12 - 18
<i>Emergency caesarean section at libreville's teaching hospital: indications and Time limit according to Lucas ' classification</i> Minkobame U, Assoumou P, Bang JA, Sima Ole B, Makoyo O, Mayi-tsonga S, Meye JF	19 - 25
<i>Epidemiologic factor of natal mortality in the gynecology of obstetrical service in national hospital donka of university teaching hospital of Conakry (Guinea).</i> Camara MK, Toure S, Leno DWA, Hyjazi Y, Keita N.....	26 - 30
<i>Aneia and transfusion at the parturian for maternity of the communal medical center of Matam (Conakry)</i> Kante AS, Diakite M, Haba NY, Camara KM, Sy T	31 - 34
<i>Emergency contraception: clients and practice of the method at the family planning unit Of the obstetrics and gynecology department of the ignace deen national hospital</i> Conté I, Diallo BS, Diallo A, Bah EM, Bah IK, Sylla I, Lénau NM, Diallo AB.	35 - 42
<i>Obstetric vesico-vaginal fistula in Guinea: analysis of data from two site of care</i> Bah I, Kante D, Bah MD, Barry M II, Conde Hf, Diallo TMO, Guirassy S, Bah OR, Diallo AB, Diallo MB	43 - 47

CAS CLINIQUE (CASE REPORT)

<i>Cervical pregnancy: our practical attitude and review of the literature</i> Dembélé A, Ouédraogo I, Kiemtoré S, Savadogo M, Ouattara S, Somé Der A, Bambara M, Thieba/Bonané B.....	48 - 51
---	---------

**PRISE EN CHARGE DES GESTANTES VIH AU CENTRE HOSPITALIER ET
UNIVERSITAIRE DE LA MERE ET DE L'ENFANT DE LA LAGUNE (BENIN)**

**TREATMENT OF GESTANT HIV AT THE HOSPITAL AND UNIVERSITY CENTER OF THE MOTHER
AND CHILD OF LAGOON (BENIN)**

LOKOSSOU MSHS¹, TSHABU AGUEMON C², OGOUDJOBI OM¹, TOGNIFODE MEWANOU V³, ADISSO S²,
TOSSOU EA³, LOKOSSOU A³, PERRIN RX³.

¹Centre Hospitalier Universitaire Départemental Ouémé /Plateau (CHUD-O/P) Porto Novo

²Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique / Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM)

³Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL), 01 BP 107 Cotonou Université d'Abomey-Calavi

Correspondances: Dr. M.S.H.S LOKOSSOU, email : slokossou@yahoo.fr

RESUME

Objectif : Décrire la prise en charge médicale et obstétricale des gestantes infectées par le VIH au CHU-MEL.

Patientes et méthode : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive menée à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune au Bénin du 1er Janvier 2015 au 30 Juin 2017. L'échantillonnage était exhaustif. Etaient incluses dans l'étude, toutes gestantes et parturientes séropositives ayant suivi la grossesse et accouché pendant la période de collecte des données. L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel Epi Info en calculant les moyennes et les écarts.

Résultats et conclusion: La prévalence du VIH était de 1,9% des accouchées. L'âge moyen des patientes était de 30ans±5ans ; 77,8% étaient mariées ; 67,7% étaient artisanes et 60,3% vivaient dans un régime monogamique. L'âge gestationnel moyen à la 1^{ère} consultation prénatale était de 37 SA+ 4jours avec un écart moyen de 10SA+1jour. La majorité était vue au stade 1 de l'OMS (79,9%). Le dosage des CD4 n'était pas réalisé dans 44,3% des cas. Le traitement antirétroviral était une trithérapie dans 99,3% et débutait au cours de la grossesse dans 88,6% des cas. Le nouveau-né était à terme dans 61,5% des cas et la voie basse était le mode d'accouchement fréquent (62,2%). La prise en charge tardive et la faible réalisation des examens paracliniques altèrent la qualité de la prévention de la transmission mère-enfant.

Mots clés : VIH, parturientes, traitement, CHU-MEL.

SUMMARY

Objectives: To describe the medical and obstetrical management of HIV-infected gestants at CHU-MEL.

Patients and Method: It was a descriptive cross-sectional study conducted at the Mother and Child Lagoon Hospital in Benin from 1st January 2015 to 30th June 2017. Included in the study were all pregnant and parturient HIV-positive women who attended pregnancy and gave birth during the data collection period. The data analysis was done with the Epi Info software by calculating averages and deviations.

Results and conclusion: The prevalence of HIV was 1.9% (188/9554) of the women who gave birth. The mean age of the patients was 30 ± 5 years; 77.8% were married; 67.7% were craftswomen and 60.3% lived in a monogamous diet. The mean gestational age at the 1st prenatal consultation was 37 weeks + 4 days with an average difference of 10 + 1 day. The majority was seen in WHO stage 1 (79,9%). The CD4 assay was not performed in 44.3% of cases. Antiretroviral therapy was triple therapy in 99.3% and started in pregnancy in 88.6% of cases. The newborn was 61.5% complete in the long term and vaginal delivery was the common mode of delivery (62.2%). Late management and poor paraclinical examinations impair the quality of prevention of mother-to-child transmission.

Keywords: HIV, parturients, treatment, CHU-MEL.

INTRODUCTION

Le VIH est l'une des causes indirectes de la mortalité maternelle. Les femmes vivant en Afrique subsaharienne sont les plus touchées [1]. Selon l'Enquête Démographique de santé (EDSB) [2] de 2011-2012 la prévalence du VIH est de 1,4% chez les femmes contre 1,0% chez les hommes, avec comme stéréotype le VIH1 à plus de 98%. Chez la femme enceinte, elle est de 1,86%.

L'accès à la prévention de la transmission mère-enfant constitue un enjeu important de santé publique, d'autant plus qu'avec l'efficacité des multi thérapies se profile désormais l'espoir d'une possible éradication de la Transmission Mère-Enfant (TME). Les rares cas résiduels de transmission mère-enfant du VIH-1 survenant en France sont liés à des carences dans le suivi des femmes enceintes (dépistage du VIH non réalisé, non dépistage du père, suivi médical spécialisé instauré tardivement, survenue d'une primo-infection non diagnostiquée pendant la grossesse ou l'allaitement etc.) [3]

Le Bénin dispose d'un plan stratégique national d'élimination de la transmission mère-enfant. Il dispose, en 2016, de 946 sites de prise en charge pour la PTME sur tout le territoire. Nous avons voulu dans cette étude, faire le point sur les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des gestantes VIH dans l'un des sites localisé dans un hôpital de référence.

Objectifs : déterminer le profil épidémiologique et clinique des patientes et décrire la prise en charge des gestantes VIH+ reçues en salle d'accouchement.

PATIENTES ET METHODE :

Il s'est agi d'une étude descriptive à collecte rétrospective des données, menée sur une période de 18 mois allant du 1^{er} Janvier 2015 au 30 Juin 2017 à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU MEL), un des hôpitaux de référence. Une fiche de collecte des données a permis de recueillir les données dans les dossiers médicaux des patientes ainsi que dans les registres d'accouchement. Critères d'inclusion : les dossiers médicaux de toutes gestantes séropositives au VIH, reçues pour travail d'accouchement et ayant accouchées au cours de la période d'étude au CHU MEL. L'échantillonnage était exhaustif. Les variables étudiées étaient sociodémographique (prévalence, âge, situation matrimoniale, type de foyer, profession), clinique (antécédents obstétricaux, médicaux et chirurgicaux, suivi de la grossesse, terme à la première consultation prénatale, examens complémentaires) et thérapeutiques

(traitement antirétroviral, terme de la grossesse à l'accouchement, voie d'accouchement, état du nouveau-né à la naissance). Les dossiers incomplets ou non retrouvés des patientes étaient exclus. L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel Epi Info en comparant les moyennes et les écarts. Pour les considérations éthiques la confidentialité et l'anonymat étaient respectés.

Les auteurs déclarent qu'il n'existe pas de conflit d'intérêt.

RÉSULTATS

Au cours de la période d'étude, 9554 femmes avaient accouché dont 188 étaient séropositives au VIH soit une prévalence de 1,9%. Parmi ces 188 gestantes, 17 étaient dépistées pendant le travail d'accouchement. Notre étude a concerné 149 gestantes qui répondaient à nos critères d'inclusion.

Profil épidémiologique

L'âge moyen des femmes était de 30 ans $\pm$ 5 ans avec des extrêmes allant de 15 ans à 43 ans. La tranche d'âge des 30-34 ans étaient la plus représentée (34,8%). Les gestantes étaient mariées dans 77,8% des cas et vivaient dans un régime monogamique dans 60,3%. Le niveau scolaire était le primaire dans la moitié des cas (50,3%) et la profession la plus représentée était les artisanes (67,7%). (Tableau n°1)

Tableau I : Répartition des gestantes VIH en fonction de l'âge et de la profession

	N (%)
ÂGE	
15-19 ans	01 (0,7)
20-24 ans	20 (13,4)
25-29 ans	43 (28,8)
30-34 ans	52 (34,8)
35-39 ans	25 (16,8)
40 ans et plus	08 (5,4)
Profession	
Etudiantes	7 (4,7)
Commerçantes	8 (5,4)
Ménagères	10 (6,7)
Fonctionnaires	23 (15,4)
Artisanes	101 (67,7)

PROFIL CLINIQUE

La séropositivité au VIH était découverte en préconception, au cours de la grossesse et au moment du travail d'accouchement dans respectivement 26,2%, 62,4%, 11,4% des cas. Il s'agissait du sérotype VIH-1. Cinquante et un (51) conjoints étaient informés du statut sérologique de leurs épouses ; 45 étaient dépistés et 26 (57,8%) couples étaient séro-discordants.

Les gestantes réalisaient au moins 4 consultations prénatales dans 55% des cas comme indiqué dans le tableau 2. La gestité moyenne était de 3,2 avec des extrêmes allant de 1 à 9 ; les paucigestes étaient les plus représentées (45,6%). La parité moyenne était de 1,75 avec des extrêmes allant de 0 à 6 ; les paucipares représentaient 38,3% de la population. Des antécédents de diabète, d'hypertension artérielle et de d'utérus cicatriciel étaient présents dans respectivement 1.3%, 13.4% et 21.5% des cas. Nous avons enregistré 142 grossesses uniques, 4 gémellaires et 3 trimellaires. Le terme moyen à la première consultation était de 37SA+1jour avec 42,9% des femmes qui consultaient au 3^{ème} trimestre de la grossesse (Tableau n°2). Les gestantes étaient aux stades 1 et 2 de la classification de l'OMS dans respectivement 79,9% et 20,1% des cas.

Tableau II : Répartition des gestantes du CHU MEL selon les modalités de suivi de la grossesse

	N (%)
Terme de la grossesse à la 1^{ère} CPN	
≤15SA	12(8,1)
[16-28[SA	44(29,5)
[28-36SA+6jours]SA	23(15,4)
[37SA-41]SA	34(22,8)
>41SA	07(4,7)
Imprécis	29(19,5)
Nombre de CPN	
0	18(12,1)
1-3	49(32,9)
≥4	82(55,0)

SA : Semaine d'aménorrhée

Le bilan prénatal et pré thérapeutique étaient réalisés partiellement. La recherche du virus de l'hépatite B était réalisée chez 110 gestantes (78,6%) et on notait une co-infection VIH-hépatite B chez une femme. Le taux de CD4 était supérieur à 350 dans 38,9% des cas. Aucune gestante n'a bénéficié d'une charge virale. (Tableau n°3)

Tableau III: Répartition des gestantes du CHU-MEL selon le taux de lymphocytes T4

	N (%)
Lymphocytes T4	
<200	16 (10,7)
[200-350[	09 (06)
≥350	58 (38,9)
Non fait	66 (44,3)

Aspects thérapeutiques

Le traitement antirétroviral était une trithérapie à base de Zidovudine-Lamivudine- Efavirenz (AZT/3TC/EFV) dans 99,3%. Une monothérapie à base d'Efavirenz était utilisée chez une gestante dépistée au cours du travail d'accouchement.

Le terme moyen à l'accouchement était de 38 SA+1 jour avec un écart moyen de 16 jours. L'accouchement était survenu à terme dans 62,9% des cas. On observait une rupture prématurée des membranes dans 21,2% des cas et elle excédait 12 heures dans 4 cas sur 10 des cas. La poche des eaux était respectée jusqu'à la dilatation complète dans 64,1% des cas.

Concernant la voie basse d'accouchement, 62,2% des mères ont accouché par voie basse et 34,6% ont subi une césarienne d'urgence. Les indications opératoires sont dominées par la souffrance fœtale aiguë (46,3%) et l'échec de l'épreuve de travail (24,1%). (Tableau n°4)

Tableau IV : Répartition des gestantes VIH du CHU-MEL selon les modalités de l'accouchement

	N(%)
Terme à l'accouchement	
28-36 SA+6 jrs	58 (37,2)
37-41 SA	91 (58,3)
>41 SA	7 (4,5)
Mode d'accouchement	
Voie basse	97 (62,2)
Césarienne	59 (37,8)
Indication de la césarienne (n=59)	
Prophylactique	5 (8,5)
Echec de l'épreuve du travail	13 (22,0)
SFA	25 (42,4)
Pré-éclampsie	4 (6,8)
RPM	7 (11,8)
Présentation du siège	5 (8,5)

Sur 156 naissances, nous avons enregistré 7 morts nés, 53 prématurés et 96 nouveaux nés à terme. Le score d'APGAR à la 1^{ère} minute était bon dans 8 cas sur 10. Le poids moyen de naissance était de 2693,7

± 629,4 grammes avec les extrêmes de 700 à 4000 grammes. (Tableau n°4).

L'allaitement maternel protégé était le mode d'alimentation choisi dans 89,3% des cas.

Tableau N°V : Répartition des nouveau-nés en fonction de l'état à la naissance et du poids de naissance

	N (%)
Apgar à la 1^{ère} minute	
≤3	13 (8,3)
4-7	18 (11,5)
≥8	125 (80,1)
Poids de naissance	
<2500g	41 (26,3)
2500-3999g	112 (71,8)
≥4000g	03 (1,9)

DISCUSSION

La prévalence du VIH au cours de la grossesse dans notre étude était de 1,9%. L'Enquête démographique de santé (EDSB-IV) de 2016 [2] rapportait un taux de 1,86%. L'épidémie reste stable depuis plusieurs années malgré les multiples politiques de prévention mises en place. Des taux plus élevés sont rapportés au Nigeria (6%) [4] ; au Cameroun en 2010 (7,6%) [5] avec des faibles niveaux de consommations des services de prévention de la transmission mère-enfant. L'âge moyen de nos gestantes était de 30ans±5ans avec une prédominance de l'infection dans la tranche d'âge des 30-34ans. Même constat fait dans l'enquête sentinelle de 2012 au Cameroun où près de la moitié des femmes enceintes enquêtées étaient jeunes (49,3% âgées entre 15-24 ans), avec 75,0% âgées de moins de 30 ans [5]. Thomas a retrouvé un âge moyen plus bas de 23 ans [6]. La précocité des rapports sexuels, la pratique des mariages précoces, le faible pouvoir d'achat des jeunes filles exposent au risque de contamination.

Aspects cliniques

Dans notre étude, le dépistage du VIH était réalisé au cours de la grossesse dans 6 cas sur 10. De plus seulement une gestante sur deux suivait régulièrement sa grossesse avec au moins 4CPN et le premier contact avec un agent de la santé était réalisé au 2^{ème}-3^{ème} trimestre dans 7 cas sur 10. L'association entre la qualité des soins et la réussite de la PTME est bien établie [7]. Les études de Maria et Momplaisir montrent que l'initiation des soins prénataux appropriés dès le premier trimestre sont essentiels pour réduire les risques de transmission [8,9]. La grande majorité des femmes de notre étude était au stade I de l'OMS (79,9%).

Takassi et coll font le même constat [10].

La prise en charge des gestantes VIH s'appuie sur un bilan qui comporte le bilan prénatal, la recherche des autres IST et le comptage de la charge virale. Dans notre série, elle était peu réalisée et limitée à l'hépatite B et à la syphilis. Plusieurs auteurs [11,12] signalent que la co-infection par des IST, y compris le Cytomégalo virus, double le risque de transmission mère-enfant.

La numération des lymphocytes TCD4 se substitue par défaut à la charge virale même si ce marqueur manque à la fois de sensibilité et de spécificité. Eshelman et al [13] en Ouganda, dans le cadre de l'étude HIVNET ont montré que la charge virale maternelle est un facteur prédictif de TME du VIH beaucoup plus important que le taux de CD4, avec une différence significative. Dans notre étude aucune charge virale n'est réalisée. La surveillance du taux de CD4 doit être effectuée tous les 06 mois après la confirmation de la séropositivité au VIH. Elle était irrégulière dans notre étude. Au Togo [14], une augmentation du taux de CD4 médian au cours du suivi des gestantes était notée sous trithérapie passant de 348cellules/mm3 à 381,5 cellules/mm3 à intervalle de 6mois.

Aspects thérapeutiques

Durant les 15 dernières années, la prescription de la trithérapies recommandées dans le cadre de la prévention de la transmission mère à l'enfant (PTME) du VIH, associée à une prise en charge pluridisciplinaire des futures mères séropositives, a eu des résultats remarquables avec moins de 1% de transmission du VIH dans les pays du Nord. Des échecs ont été rapportés du fait du non partage de l'information dans le couple et de la santé mentale des mères séropositives qui non seulement n'ont pas pu prendre leurs propres traitements, mais encore ne donnent pas non plus ceux de leurs enfants contaminés [1]. Sur 149 gestantes, le partage de l'information avec le conjoint n'était fait que chez 51 dans notre série.

La corrélation entre la charge virale plasmatique maternelle au moment de l'accouchement et la probabilité de transmission du VIH à l'enfant est établie. Ainsi une durée de la rupture de membrane de 4 heures ou plus n'est pas un facteur de risque pour la transmission du VIH lorsque la charge virale est inférieure à 1 000 copies/ml [15]. Les recommandations françaises de 2013 [16] stipulent que lorsque la charge virale plasmatique maternelle est contrôlée (<50 copies/ml), on peut désormais autoriser des attitudes obstétricales se rapprochant de plus en plus de celles appliquées chez les femmes

non infectées. La césarienne prophylactique reste recommandée lorsque la charge virale en fin de grossesse est supérieure à 400 copies/ml. Six femmes sur 10 ont accouché par voie basse dans notre série. Même constat que Takassi et al [14] où le taux de césarienne était de 37,9%.

CONCLUSION

La PTME dans notre étude souffre de certaines insuffisances par le retard à la consultation et l'absence de réalisation et de surveillance de la charge virale. Un renforcement des campagnes de sensibilisation sur la PTME et la gratuité des soins dans cette tranche de la population permettraient une amélioration de la prise en charge de la PTME.

REFERENCES

1. Frange P, Blanche S. VIH et transmission mère-enfant. *Presse Med* 2014;43(6):691-697.
2. Ministère du Développement, de l'Analyse Économique et de la Prospective Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) (EDSB-IV) 2011-2012. [Www.insae-bj.org/enquete-demographique.html?file=files/enquetes.../eds/...date de consultation 20/3/18](http://www.insae-bj.org/enquete-demographique.html?file=files/enquetes.../eds/...date de consultation 20/3/18)
3. Trocmé N, Courcoux M, Tabone M et al. Échec virologique chez les nourrissons infectés par le VIH par transmission périnatale : une double peine. *Archives de Pédiatrie* 2017; 24(4):317-326.
4. Akinleye O, Dura G, de Wagt A et al. Integration of HIV Testing into Maternal, Newborn, and Child Health Weeks for Improved Case Finding and Linkage to Prevention of Mother-to-Child Transmission Services in Benue State, Nigeria. *Front Public Heal* 2017;5:1-8.
5. Billong SC, Fokam J, Billong EJ, et al. Distribution épidémiologique de l'infection à VIH chez les femmes enceintes dans les dix régions du Cameroun et implications stratégiques pour les programmes de prévention. *Pan Afr Med J* 2015;20:79.
6. Thomas T, Masaba R, Borkowf C et al. Triple-antiretroviral prophylaxis to prevent mother-to-child HIV transmission through breast feeding-The Kisumu breastfeeding study, Kenya?: A clinical trial. *PLoS med* 2011;8(3):e1001015.
7. Santos IS, Matijasevich A, Silveira MF et al. Associated factors and consequences of late preterm births: results from the 2004 Pelotas birth cohort. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2008;22(4):350-359.
8. Barral M, Oliveira G, Lobato R et al. Risk factors of HIV-1 vertical transmission and the influence of antiretroviral therapy (ART) in pregnancy outcome. *Rev Do Inst Med Trop São Paulo* 2014;56(2):133-138.
9. Momplaisir F, Brady K, Fekete T et al. Time of HIV diagnosis and engagement in prenatal care impact virologic outcomes of pregnant women with HIV. *PLoS One* 2015;10(7):1
10. Takassi O, Segbedji K, Agbeko F et al. Profil épidémiologique des patientes suivies dans un protocole de prévention de la transmission mère-enfant du VIH-1 au CHU Sylvanus Olympio. *Médecine d'Afrique Noire* 2016;63(8):465-70.
11. Adachi K, Xu J, Yeganeh N et al. Combined evaluation of sexually transmitted infections in HIV-infected pregnant women and infant HIV transmission. *PLoS One* 2018;13(1). doi.org/10.1371/journal.pone.0189851
12. Benhammou V, Tubiana R, Matheron S et al. Hbv or Hcv Coinfection in Hiv-1-Infected Pregnant Women in France. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2017;1.
13. Eshelman S, Guay LA, Mwatha A et al. Comparison of mother to child transmission rates in Uganda women with subtype A versus D who received single-dose nevirapine prophylaxis?: HIV Network for Prevention Trials 012. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;39:593-597.
14. Takassi O, Djadou E, Salou M et al. Prévention de la transmission mère - enfant du VIH-1 durant la grossesse et l'allaitement maternel?: expérience du CHU Sylvanus Olympio au Togo. *J Pediatr Pueric.* 2017;30(56):207-212
15. Cotter A, Brookfield K, Duthely L et al. Duration of membrane rupture and risk of perinatal transmission of HIV-1 in the era of combination antiretroviral therapy. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:482.e1-5.
16. Mandelbrot L, Berrébi A, Matheron S et al. Infection par le VIH et grossesse?: nouvelles recommandations 2013 du groupe d'experts français. *J Gynecol Obstet Biol la Reprod* 2014;43(7):534-548.