

Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales des patientes suivies dans un protocole de prévention de la transmission mère-enfant du VIH1 au CHU Sylvanus Olympio.

Sociodemographic and obstetric features of the patients followed in a protocol of prevention of the mother-child-transmission of the HIV-1 in the Sylvanus Olympio Teaching Hospital.

Takassi Ounoo Elom, Salou Mounérou, Fiawoo Mawouto, Guédénon Koffi, Akpadja Koffi, Atakouma Yawo

CHU Sylvanus Olympio / Université de Lomé, Faculté des Sciences de la Santé, Togo

RÉSUMÉ

Introduction: La prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) permet une diminution des nouvelles infections à VIH chez les enfants.

Les objectifs de notre étude étaient de décrire les caractéristiques sociodémographiques et obstétricales des patientes d'un protocole de PTME du VIH1 au CHU Sylvanus Olympio.

Méthodes: Nous avons réalisé une étude prospective transversale à visée descriptive de type suivi de cohorte dans le site PTME du CHU Sylvanus Olympio. Elle s'était étendue du 27 juin 2011 au 27 mai 2015.

Résultats: Au total 255 femmes ont été incluses. L'âge moyen de nos patientes était de 30 ans avec des extrêmes de 18 et 45 ans. Les revendeuses étaient de 38,8% et les femmes au foyer représentaient 17,6%. 48,2% de nos patients avaient fait le secondaire. Les célibataires ont représentées 36,1% et 54,5% étaient mariées monogames. Soixante-quatre pourcent des patientes ont été dépistées positives au VIH au cours de leur grossesse et 80,7% étaient au stade clinique I de l'OMS. Seul 17,3% des patientes avaient consultées la première fois au 1er trimestre de grossesse.

Conclusion : Les résultats de cette étude révèlent que la majorité de nos patientes étaient jeunes, asymptomatiques et ont majoritairement été dépistées dans notre maternité.

Mots-clés

VIH, PTME, Togo.

SUMMARY

Introduction: Preventing mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV decreases new HIV infections in children. The objectives of our study were to describe the sociodemographic and obstetric characteristics of the patients of a protocol for the PMTCT of HIV-1 in Sylvanus Olympio Teaching Hospital.

Methods: We conducted a prospective cross-sectional descriptive study of the follow-up cohort type in the PMTCT site of Sylvanus Olympio Teaching Hospital. It extended from 27 June 2011 to 27 May 2015.

Results: A total of 255 women were included. The average age of our patients was 30 years old with extremes of 18 and 45 years old. Resellers were 38.8% and housewives accounted for 17.6%. 48.2% of our patients had completed high school. Single persons accounted for 36.1% and 54.5% were married monogamous. Sixty-four percent of the patients were HIV-positive during pregnancy and 80.7% were in WHO clinical stage I. Only 17.3% of the patients had consulted the first time in the first trimester of pregnancy.

Conclusion: The results of this study reveal that the majority of our patients were young, asymptomatic and were mostly screened in our maternity ward.

Key- words

HIV, PMTCT, Togo.

Les femmes représentent plus de la moitié des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans le monde et environ 60% des personnes vivant avec ce virus en Afrique sub-saharienne. La femme enceinte, peut transmettre le VIH à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. En l'absence de toute intervention limitant la transmission du VIH de la mère à l'enfant, le risque de transmission de ce virus varie de 25% à 50% dans les pays à ressources limitées [2]. En Europe, grâce à des stratégies associant une combinaison de deux ou trois molécules antirétrovirales (ARV) chez la mère et le nouveau-né, la césarienne prophylactique et l'alimentation à base de substitut de lait maternel, des taux de transmission mère-enfant du VIH inférieurs à 2% sont observés depuis près de dix ans dans la population [3,4].

En Afrique sub-saharienne où la césarienne programmée est rarement pratiquée et où l'alimentation de substitution du lait maternel n'est pas faisable et acceptable, la PTME repose essentiellement sur l'administration des antirétroviraux selon des modalités spécifiques. De remarquables progrès ont ainsi été faits au cours de ces dernières années pour le passage à l'échelle des programmes de PTME, même si les taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant demeurent élevés. En 2012, 62 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont bénéficié d'une chimio-prophylaxie antirétrovirale et le nombre d'enfants nouvellement infectés a baissé de 35 % par rapport à 2009[1].

Au Togo la prévalence du VIH dans la population générale est estimée à 2,3 % en 2013 [5]. L'épidémie est de type généralisé avec des disparités entre les groupes de population, entre les différentes régions du pays et entre les sexes. Le contexte épidémiologique du Togo est marqué par une féminisation de l'épidémie, sur 100 adultes vivant avec le VIH, un peu plus de 60 sont de sexe féminin [5]. Le nombre de personnes vivant avec le VIH est resté stable à 130000 cas en 2001 et 2012 ; tandis que le nombre de nouvelles infections est passé de 18000 cas en 2001 à 4800 cas en 2012, avec une diminution du nombre des nouvelles infections à VIH chez les enfants qui est passé de 3000 nouvelles infections en 2001, à moins de 1000 cas en 2012 [1]. Le Togo fait alors partie des pays où le taux d'incidence du VIH a diminué. Un tel constat suggère que les interventions efficaces dans les programmes de prévention du VIH dont la PTME ont donné des résultats significatifs.

Les objectifs de notre étude étaient de décrire les caractéristiques sociodémographiques et obstétricales des patientes d'un protocole de prévention de la transmission mère-enfant du VIH1 au Togo.

descriptive de type suivi de cohorte. Elle s'est étendue du 27 juin 2011 au 27 Juin 2015, soit une période de 48 mois, dans les services de gynécologie obstétrique et de pédiatrie du CHU Sylvanus OLYMPIO.

La population d'étude était constituée des femmes enceintes séropositives au VIH 1 ou VIH 1+2 ayant accepté de faire partie du protocole de recherche et leurs enfants.

Les sources utilisées ont été les cahiers d'observation et de suivi des femmes séropositives, les cahiers d'observation et de suivi de leurs enfants.

Les équipes de collecte des données étaient constituées de sages-femmes de la consultation prénatale, des médecins de la consultation prénatale, des médecins du service de pédiatrie.

Pour cette étude, nous avons utilisé un identifiant unique pour chaque participant afin de garantir l'anonymat de chaque patient. Le nom et le prénom, le numéro de téléphone n'ont été rapportés sur aucun document de l'étude. Un consentement éclairé de chaque participante a été obtenu avant le début de l'entretien.

Les inclusions des femmes enceintes ont été réalisées à la maternité avec suivi jusqu'à l'accouchement. Le suivi post-natal du nourrisson a été fait en pédiatrie durant vingt quatre mois. Le bilan biologique est demandé le même jour à la gestante et seul le dosage des CD4, la charge virale VIH, les transaminases, la créatininémie, et la NFS sont pris en charge par le projet de recherche. Les rendez-vous sont donnés deux semaines après la mise sous ARV pour vérifier l'observance du traitement et les effets secondaires. Les rendez-vous sont ensuite donnés tous les mois. Les gestantes sont renseignées sur les signes d'alarme qui doivent les faire venir en urgence à l'Hôpital.

Un deuxième prélèvement pour la charge virale et le taux de CD4 est fait après 32 semaines d'aménorrhée ou au plus tard 7 jours après l'accouchement. Des séances d'éducation thérapeutique ont eu lieu une fois dans le mois sous la direction d'un psychologue, ainsi que des visites à domiciles pour les perdues de vue.

Les gestantes de la cohorte ont été accouchées dans la maternité de la clinique. Tous les moyens de prévention de la transmission du VIH / Sida sont utilisés au cours du travail d'accouchement ou au cours de la césarienne. Les nouveau-nés sont directement mis sous ARV en salle d'accouchement. Après accouchement, la mère et le nouveau-né ont été envoyés en pédiatrie avec le dossier de maternité et le dossier PTME.

Les données que nous avons recueillies ont été saisies et analysées par traitement informatique. Les logiciels Excel et Epi info 7 version 3.4.3 ont été utilisés à cet effet. Nous avons calculé les moyennes des variables numériques et les pourcentages des différentes modalités des variables qualitatives.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude prospective transversale à visée

RÉSULTATS

Caractéristiques socio-économiques

L'âge moyen des mères de notre série était de 30 ans avec des extrêmes de 18 et 45 ans. La médiane était de 30 ans. Près de sept mères sur dix étaient âgées de 25 ans à 35 ans comme indiqué dans le tableau 1. Les commerçantes ont représenté 38,8% de notre série, suivies des femmes au foyer (17,6 %) comme le montre le tableau 2. Parmi les 255 mères 224 étaient instruites. La majorité de nos gestantes avaient le niveau secondaire (48,2%) et primaire (40,2%). Seul 11,6% avaient fait des études supérieures. Nos gestantes étaient dans la grande majorité mariées et essentiellement mariées monogames dans 54,5% des cas, contre 9% de couples mariées polygames. Les célibataires ont représentées 36,1%, nous avons eu une veuve (0,4%).

Tableau 1 : Répartition des gestantes séropositives selon l'âge

	Effectif	%
[18 ans- 20 ans [	5	2,0
[20 ans- 25 ans [	29	11,4
[25 ans- 30 ans [	82	32,1
[30 ans- 35ans [	91	35,7
[35 ans- 40 ans [	41	16,1
[40 ans- 45ans [	7	2,7
Total	255	100,0

Tableau 2 : Répartition des gestantes séropositives selon la profession

	Effectif	%
Femmes au foyer	45	17,6
Commerçantes	99	38,8
Artisanes	25	9,8
Fonctionnaires	31	12,2
Elèves & Etudiantes	6	2,4
Femmes de ménage	49	19,2
Total	255	100,0

Tableau 3 : Répartition des gestantes séropositives selon la parité

	Effectif	%
Nullipares (0)	71	27,8
Primipares (1)	97	38,1
Paucipares (2-3)	75	29,4
Multipares (4-5)	9	3,5
Grandes multipares (>5)	3	1,2
Total	255	100,0

Antécédents gynéco-obstétricaux

La parité moyenne était de 1 avec des extrêmes de 0 et 7. Les primipares ont constitué la majorité de notre série (38,1 %) suivi des paucipares (2-3 enfants) dans 29,4% des cas. La grande multiparité (>5 enfants) n'a été retrouvé que dans 1,2% des cas comme indiqué dans le tableau 3. La plupart des gestantes séropositives de notre série (64 %) ont été mises au courant de leur statut sérologique pendant la grossesse contre 36,1% qui se connaissaient séropositives au VIH. Les principales circonstances de découverte de la séropositivité étaient la maternité (63,9%), une maladie infectieuse (14,5%) et le dépistage volontaire (13,7%). Le tableau 4 illustre cette répartition. La plupart des gestantes étaient au stade clinique I de l'OMS dans une proportion de 80,7%. Les stades II et III de l'OMS étaient respectivement de 15,0% et 4,3%. Aucune gestante n'a été vu au stade IV de l'OMS.

Tableau 4 : Répartition des gestantes séropositives selon les circonstances de découverte de la séropositivité

	Effectif	%
Maternité	163	63,9
Pathologie infectieuse	37	14,5
Dépistage volontaire	35	13,7
Enfant VIH	16	6,3
Partenaire VIH	4	1,6
Total	255	100,0

Terme de la grossesse à l'inclusion

Dix-huit gestantes ignoraient le terme de leur grossesse à l'inclusion et douze inclusions ont été faites à l'accouchement. La plupart des gestantes ont été incluses au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de grossesse respectivement dans 44,5% et 38,2% des cas. Seul 17,3% des gestantes ont été vues au 1^{er} trimestre de grossesse. Le statut sérologique du conjoint était inconnu dans un grand nombre de cas. Nous avons pu faire le dépistage de 135 conjoints dont 61,5% étaient séronégatifs.

Terme de la grossesse à l'accouchement

L'âge gestationnel moyen à l'accouchement a été de 37 semaines d'aménorrhée. Le taux de prématurité (<37 semaines d'aménorrhée) a été de 9,5 % et celui du post-terme (>42 semaines d'aménorrhée) de 3,9 %.

Mode d'accouchement

La plupart des femmes de notre série (62,1 %) ont accouché par voie basse. Sept pour cent (7,3%) des gestantes ont été césariées avant le début du travail d'accouchement en prophylaxie et 30,6% des césariennes ont été faites en urgence.

Les indications de césarienne en urgence chez les gestantes séropositives de notre série ont été

représentées essentiellement par les dystocies mécaniques dans 38,6 % et les souffrances fœtales aiguës dans 17,1 %. La répartition des césariennes séropositives selon l'indication de la césarienne est présentée dans le tableau 5.

Deux accouchées (0,78%) ont eu des suites opératoires compliquées. Un cas d'endométrite survenue après césarienne faite pour défaut d'engagement. L'évolution a été favorable après triple antibiothérapie. Et un cas d'insuffisance cardiaque survenue au 21^{ème} jour post-partum d'évolution fatale.

Tableau 5 : Répartition des césariennes séropositives selon l'indication de la césarienne

	Effectif	%
Dystocie mécanique *	34	38,6
Souffrance fœtale aiguë	15	17,1
Pathologies des annexes**	12	13,6
Pré-éclampsie/ Eclampsie	6	6,8
Autres	21	23,9
Total	88	100,0

* Bassins rétrécis ; macrosomie fœtale ; présentation dystocique ; obstacle prævia

** Placenta prævia ; Hématome retroplacentaire ; procdence du coron battant ; Rupture prématurée des membranes

Décès maternel

Une mère séropositive était décédée ; le décès est survenu dans le post-partum après avoir séjourné trois jours à la réanimation médicale suite à une insuffisance cardiaque.

DISCUSSION

L'âge moyen des mères de notre série était de 30 ans avec une prédominance dans la tranche d'âge de 30 ans à 35 ans. La médiane a été de 30 ans. Chama et al [6] ont rapporté une tranche d'âge de 25 ans à 29 ans dans leur étude. Thomas T.K. [7] a retrouvé une tranche d'âge plus basse avec une médiane de 23 ans. Ngemu et al [8] au Kenya dans sa cohorte de femmes enceintes sous option B a retrouvé en majorité un âge compris entre 23 et 32 ans. Ces chiffres traduisent le fait que ce sont les femmes jeunes en pleine activité sexuelle qui sont les plus touchées par l'infection au VIH.

Dans notre série, 42,4 % des femmes séropositives étaient du niveau secondaire et 35,3 % de niveau primaire. Dans la série d'Onah [9], 50 % étaient du niveau secondaire et 56 % dans la cohorte de Ngemu et al [8]. Toutes les femmes de sa série étaient scolarisées. Près de la moitié des femmes séropositives de notre étude avait accouché au moins une fois. Alvarez-Uria et al [10] en Inde ont retrouvé également que la moitié des gestantes séropositives de sa série était primipare. Quatre-vingt-sept pour cent des gestantes de notre série ont accouché à terme, 9,5 % ont accouché avant terme.

Onah H.E. et al [9] dans leur étude n'ont pas trouvé de différence significative concernant le terme de la grossesse à l'accouchement.

Notre étude a montré que la majorité des grossesses (86,6 %) avaient été menées à terme. Toumala et al. [11] en 2002 aux Etats Unis avaient montré que l'incidence des accouchements prématurés chez des gestantes séropositives n'était pas associée à leur statut sérologique. Dans notre étude 37,9 % des femmes de notre étude ont accouché par césarienne dont 6,7 % de césarienne prophylactique. Onah H.E. et al [9] dans leur série ont trouvé 8,3 % de césarienne chez les femmes enceintes infectées par le VIH dont 3,3 % de césarienne prophylactique.

Dans l'étude DITRAME Plus, les césariennes pratiquées chez les femmes, avec traitement préalable de la mère, ont donné des taux de transmission de 2,1 %, proches de ceux retrouvés en Europe [12]. La césarienne a été toujours considérée comme faisant partie intégrante des mesures de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Cependant la césarienne chez les gestantes séropositives doit être réalisée avec beaucoup de précautions puisqu'elle n'est pas dénuée de risque chez l'opérée et qu'elle fait courir également un risque de contamination à l'opérateur. Rodriguez E.J. et al [13] à Atlanta ont démontré dans une étude cas témoins que les gestantes séropositives, bien que présentant les mêmes complications graves que les femmes séronégatives étaient plus à risque de faire des complications post opératoires mineures.

Nous avons enregistré moins de complications post-partum dans notre étude. Sebitloane H.M. et al [14] ont constaté que les complications post opératoires ne différaient pas selon que la femme soit séropositive ou séronégative. Selon ces auteurs un taux de CD4 <200 cellules/mm³ était associé fortement à l'apparition de complications postopératoires. En effet, la plupart de nos gestantes avaient un taux de CD4 au-delà de 350 cellules/mm³.

Une mère était décédée dans notre étude d'une insuffisance cardiaque sévère. Ceci n'est pas similaire à une étude zimbabwéenne [15] qui a montré que le VIH augmentait plus de 22 fois le risque de décès maternel. Onah H.E. et al [9] n'a pas non plus rapporté de décès maternel chez les séropositives dans sa série ; Ce faible pourcentage de décès maternel chez les femmes séropositives pourrait s'expliquer d'une part par la prise des combinaisons d'antirétroviraux depuis le début de la grossesse qui réduit de manière significative la charge virale et par conséquence diminue les infections opportunistes et les complications du post-partum. D'autres part la régularité de ces femmes aux différentes consultations prénatales (Counseling, ETP) ont permis aux prestataires de soins de détecter précocement et de prendre en charge les complications de la grossesse.

L'infection à VIH ne constitue donc pas en soit un facteur de morbidité lorsque le traitement ARV est efficace.

CONCLUSION

Cette étude nous a montré que la majorité de nos patientes étaient jeunes, asymptomatiques et ont majoritairement été dépistés dans notre maternité. Elles avaient été scolarisées et la majorité avait un niveau

d'étude secondaire. L'infection au VIH a concerné essentiellement les couples monogames. Près de la moitié de nos patientes avaient accouchées au moins une fois. Nous avons eu beaucoup de césarienne d'urgence et les suites opératoires ont été simples. Il semble donc important de continuer le dépistage systématique dans nos maternités et d'insister sur un bon suivi des gestantes séropositives.

Références

1. The Working Group on Mother-To-Child Transmission of HIV. Rates of mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa, America, and Europe: results from 13 perinatal studies. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1995; 8(5):506-10.
2. European Collaborative Study. Mother-to-child transmission of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2005; 40(3):458-65.
3. European Collaborative Study. The mother-to-child HIV transmission epidemic in Europe: evolving in the East and established in the West. *AIDS* 2006; 20: 1419–27.
4. ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de sida en 2013, Genève, ONUSIDA/JC2502/1/F
5. CNLS IST Togo. Rapport d'activités de la réponse nationale contre le VIH et le Sida en 2013, Lomé CNLS IST. Togo 2013, p 62.
6. Chama CM, Morrumpa JY. The safety of elective caesarean section for the prevention of mother-to-child transmission of HIV-1. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2008; 28(2):194 -97.
7. Thomas TK, Masaba R, Borkowf CB, et al. Triple-Antiretroviral Prophylaxis to Prevent Mother-To-Child HIV Transmission through Breastfeeding—The Kisumu Breastfeeding Study, Kenya: A Clinical Trial. *PLoS med* 2011; 8 (3): e1001015.
8. Ngemu EK, Khayeka-Wandabwa C, Kweka EJ, et al. Effectiveness of option B highly active antiretroviral therapy (HAART) prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) in pregnant HIV women. *BMC Research Notes* 2014; 7:52. DOI:10.1186/1756-0500-7-52.
9. Onah HE, Obi SN, Agbata TA, et al. Pregnancy outcome in HIV-positive women in Enugu, Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, April 2007; 27(3): 271 – 74.
10. Alvarez-uria G, Midde M, Pakam R, et al. Effect of Formula Feeding and Breastfeeding on Child Growth, Infant Mortality, and HIV Transmission in Children Born to HIV-Infected Pregnant Women Who Received Triple Antiretroviral Therapy in a Resource-Limited Setting: Data from an HIV Cohort Study in India. *ISNR pediatrics* 2012; 20:1-9.
11. Toumala RE, Shapiro DE, Moffenson CM. Antiretroviral therapy during pregnancy and the risk of adverse outcome. *N Eng J Med* 2002; 346:1863-70.
12. Dabis F, Bequet, Ekouevi DK, et al. Study Group. Field efficacy of zidovudine, lamivudine, and single-dose nevirapine to prevent peripartum HIV transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 19(3): 309-18.
13. Rodriguez EJ, Spann C, Jamieson D, et al. Postoperative morbidity associated with cesarean delivery among human immunodeficiency virus-seropositive women. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184 (6):1108-11.
14. Sebitloane HM, Moodley J, Tonya M, et al. Determinants of postpartum infectious complications among HIV uninfected and antiretroviral naive-HIV infected women following vaginal delivery: A prospective cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2009; 145: 158-62.
15. Ticconi C, Mapfumo M, Dorrucchi M, et al. Effect of maternal HIV and malaria infection on pregnancy and perinatal outcome in Zimbabwe. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003 ; 34 : 289-94.

