

Research Article

Prévalence du VIH chez la Femme Enceinte et Transmission Mère-Enfant du VIH à la Maternité de l'Hôpital Général de Douala, Cameroun

K. J. Tsingaing,¹ O. T. Egbe,¹ G. Halle Ekane,¹ C. Tchente Nguetack,¹ T. Nana Njamen,¹ G. Imandy,² Mahamat Fanne,¹ M. E. Barla,³ E. D. Mvele,³ et E. Belley Priso¹

¹Département de Gynécologie et d'Obstétrique, Hôpital Général de Douala, Cameroun

²Département des laboratoires, Unité de Sérologie, Hôpital Général de Douala, Cameroun

³Département de Pédiatrie et de Néonatalogie, Hôpital Général de Douala, Cameroun

Address correspondence to K. J. Tsingaing, tkjack@lycos.com

Received 29 August 2010 ; Accepted 19 January 2011

Résumé Nous rapportons ici une évaluation sommaire de nos activités de prévention transmission mère-enfant du VIH sur 6 ans (2002 à 2007). Il s'agissait d'une étude descriptive et rétrospective effectuée à l'Hôpital Général de Douala. Les enfants inclus étaient âgés d'au moins 18 mois. La technique d'ELISA GENSCREEN 3^{ème} génération pour le VIH a été utilisée. Sur 5261 accouchements effectués pendant cette période, 138 étaient de mères VIH positifs (prévalence : 2,62%). Quatre de nos patientes étaient testées négatives au premier trimestre de gestation. Des 138 bébés, 87 seulement ont pu être testés (63%), dont 4 contaminés (prévalence de transmission : 4,6%). Des 4 enfants contaminés, un seul a reçu la prévention adéquate en grossesse, soit un taux de transmission sous prévention de 1,19%. Une meilleure organisation des stratégies de réduction de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA, même dans un environnement à ressources limitées, peut conduire à des résultats similaires à ceux des pays du Nord. A la lumière de cette étude, nous recommandons fortement un deuxième test du VIH au 3^{ème} trimestre de la grossesse afin de réduire davantage le risque de sa transmission périnatale.

Mots Clés prévalence du VIH ; femme enceinte ; transmission mère-enfant du VIH

1 Introduction

La prévention de la transmission mère-enfant (PTME), volet important de la prise en charge globale de l'infection VIH/SIDA, demeure un « challenge » dans la majorité des pays à ressources limitées, particulièrement en Afrique [3]. Les étapes de cette PTME, qui sont le counselling, le dépistage volontaire, la prise des antirétroviraux lors de la grossesse ou pendant l'accouchement, les attitudes pratiques en salle d'accouchement, l'allaitement ou l'alimentation artificielle, la prise d'ARV (antirétroviral) par les nouveau-nés

de mères porteuses du virus VIH/SIDA ont été largement décrites dans la littérature [3,4,5,9,10,12,13,18,19]. Le risque de transmission varie d'une région à une autre.

Au plan national, le Ministère de la santé publique recommande un test du VIH dès le premier contact avec la femme enceinte ; Si cette dernière est testée positive, elle devrait prendre de l'AZT (Zidovudine) dès la 28^{ème} semaine d'aménorrhée et une « single dose » (SD) de Névirapine (NVP) en début de travail. Cependant, elle devra continuer sa trithérapie si celle-ci est en cours, ou bien en bénéficier dès la fin du premier trimestre de grossesse si les CD4 sont bas.

Notre institution, l'Hôpital Général de Douala, Cameroun, qui occupe le niveau tertiaire sur l'échiquier national comporte quelques particularités par rapport aux autres niveaux des soins eu égard au programme national de lutte contre le VIH/SIDA : ici deux tests du VIH sont proposés en grossesse notamment dès la première visite prénatale et le deuxième vers 30–32 semaines de grossesse, aussi la trithérapie prophylactique comme PTME (prévention transmission mère-enfant) dès la 28^{ème} semaine de grossesse y a été instituée depuis 2002 par le comité thérapeutique (sur la base des recommandations standard de l'OMS), et enfin l'alimentation artificielle est l'option choisie par nos parturientes après le counselling en alimentation.

Au vu de ces particularités, nous avons pensé évaluer la prévalence des accouchements de mères VIH+ à l'Hôpital Général de Douala, et aussi de déterminer le taux de transmission global mère-enfant VIH/SIDA dans notre institution.

2 Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective à 2 volets effectuée dans les services de Maternité, de

	2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No. d'accouchements de mères HIV+	17	2,12	28	3,37	25	2,54	23	2,5	22	2,67	23	2,56	138	2,62
Total des accouchements	803	100	832	100	984	100	920	100	825	100	897	100	5261	100

Tableau 1: Prévalence des accouchements au fil des ans.

	Nombre d'enfants testés	Prévalence (%)
Séronégatifs	83	95,4
Séropositifs	4	4,60
Total	87	100

Tableau 2: Prévalence de la TME VIH-SIDA.

néonatalogie et de laboratoire sérologique de l'Hôpital Général de Douala.

La première phase, allant de Janvier à Mars 2009, a consisté à recenser les registres des accouchées de la maternité afin d'identifier les dossiers des mères VIH+ de la période allant de Janvier 2002 à Décembre 2007. Ensuite les données de leurs prises en charge et leurs contacts téléphoniques ont été relevées.

La deuxième phase, allant de Mars à Juin 2009, a permis de joindre par téléphone ces mères VIH+ afin de leur demander d'emmener leur progéniture pour évaluation de leurs états sérologiques (à au moins 18 mois d'âge en date du 30 Juin 2009). Ces enfants ont été systématiquement testés par la technique d'ELISA GENSCREEN 3^{ème} génération pour le VIH.

3 Resultats

Nous avons recensé 138 accouchements de mères VIH+ pour un total de 5261 accouchements sur la période, soit une prévalence moyenne d'accouchements de mères VIH+ de 2,62% sur 6 ans. Quatre de nos patientes avaient des tests négatifs en début de leur grossesse. Six nouveau-nés n'ont pas bénéficiés de prise en charge parce que nous avons enregistré 4 décès périnataux (2,89%), une des mères ayant refusé catégoriquement son statut et l'autre patiente dépistée en salle d'accouchement avait préféré changer d'hôpital. Nous avons aussi noté que 87 enfants seulement sur 138 ont été testés, dont 4 positifs et 83 négatifs ; soit une prévalence de TME de 4,6%. Deux enfants n'ont pu être testés en raison du refus de leurs parents qui n'étaient pas psychologiquement prêts. Parmi les 4 enfants infectés, 2 des mamans avaient été diagnostiquées à l'accouchement et n'ont pas eu le temps de bénéficier des ARV prophylactiques ; 1 dont la mère a reçu une bithérapie à partir de 36 semaines de grossesse, et le dernier dont la mère séropositive connue a refusé de recevoir les ARV (Tableaux 1 et 2).

4 Discussion

La séroprévalence du VIH chez la femme enceinte varie d'un continent à l'autre et même d'une région à l'autre dans un même pays. En Afrique du Sud (2002–2007), ce taux varie de 8,7 à 38,7% [11]. Kasenga et al. [8] dans une population rurale du Malawi trouvent une séroprévalence de 15,6%. Ce taux est de 5,5% dans une population de femmes enceintes du Nord Ouganda [1]; Ce même taux est publié en 2004 par l'enquête démographique de santé (EDS) au Cameroun [17]. Le faible taux de séroprévalence (2,62%) obtenu dans notre centre peut être attribué à son standing qui reçoit très souvent des patientes d'un niveau socio-économique moyen à élevé. Par ailleurs, l'un des plus faibles taux de séroprévalence (0,7%) est rapporté à Ecuador par Dearborn et al. [7]. Rappelons que 4 de nos patientes étaient testées séronégatives au premier test en grossesse. Criniti et al. [6] en Philadelphie au USA rapportent un intérêt certain d'un deuxième test au troisième trimestre de la grossesse en dépit de l'absence de séroconversion dans sa série.

La probabilité de transmission mère-enfant du VIH sans intervention varie de 10% à 60% selon la charge virale circulante [4]; la prévention de la transmission mère-enfant du VIH repose essentiellement sur l'administration périnatale des antirétroviraux tant chez la mère que chez le nouveau-né [3,4,5,9,10,12,13,18,19]. La femme enceinte VIH+ qui reçoit une combinaison appropriée d'antirétroviraux voit le risque de transmission au nouveau-né chuter à moins de 2% [14,18,19]. Le taux de transmission global mère-enfant de 4,6% retrouvé dans notre travail est proche de 6,5% rapporté par Read et al. [16] dans une population rurale du Sud de l'Inde. Par contre, ce taux est presque doublé (8,3%) au Nord de l'Ouganda [1].

Si nous stratifions le nombre de nos enfants infectés en deux groupes, à savoir ceux dont les mères avaient reçu les ARV en grossesse et ceux dont les mères ne l'avaient pas reçu, nous obtenons 1 enfant infecté sur 84 dans le groupe où les mères avaient reçu les ARV en grossesse, soit un taux de transmission de 1,19% superposable à celui des pays développés [14,19]. Tout compte fait, la prise tardive d'ARV prophylactique semble moins protectrice telle qu'il est décrit dans la littérature. Par ailleurs, il est bien décrit que les taux de TME sont bien plus élevés dans des conditions socio-économiques marquées par la pauvreté [2].

L'alimentation artificielle qui est systématique dans notre formation sanitaire aura certainement contribué significativement à la réduction de la TME dans notre centre. Mais nous sommes tout aussi conscients des difficultés socioéconomiques, voire familiales auxquelles ces mamans font face ; aussi l'alternative future pourrait se reposer sur la stratégie en cours d'étude [3,9,15] portant sur l'allaitement maternel des mères VIH+ sous couverture antirétrovirale.

Notre limite principale dans cette étude est liée aux patientes et enfants perdus de vue : 43 au total ; soit parce que parents non joignables, ou parce qu'elles ont refusé pour une raison ou une autre de faire tester leur enfant.

5 Conclusion

Une meilleure organisation des stratégies de réduction de la TME du VIH/SIDA, même dans un environnement à ressources limitées, peut conduire à des résultats similaires ou proches de ceux des pays du Nord. A la lumière de cette étude, nous recommandons fortement un deuxième test du VIH au 3^{ème} trimestre de la grossesse afin de réduire davantage le risque de transmission périnatale de ce dernier.

Bibliographie

- [1] L. Ahoua, H. Ayikoru, K. Gnauck, G. Odaru, E. Odar, C. Ondo-Onama, et al., *Evaluation of a 5-year programme to prevent mother-to-child transmission of HIV infection in Northern Uganda*, *J Trop Pediatr*, 56 (2010), 43–52.
- [2] C. Barcellos, L. M. Acosta, E. Lisboa, and F. I. Bastos, *Surveillance of mother-to-child HIV transmission: socioeconomic and health care coverage indicators*, *Rev Saude Publica*, 43 (2009), 1006–1013.
- [3] R. Becquet, D. K. Ekouevi, E. Arrive, J. S. Stringer, N. Meda, M. L. Chaix, et al., *Universal antiretroviral therapy for pregnant and breast-feeding HIV-1-infected women: towards the elimination of mother-to-child transmission of HIV-1 in resource-limited settings*, *Clin Infect Dis*, 49 (2009), 1936–1945.
- [4] K. Boer, J. F. Nellen, M. E. Kreyenbroek, and M. H. Godfried, *[Treatment of HIV-infected pregnant women: prevention of virus transmission and adverse effects in mother and child]*, *Ned Tijdschr Geneesk*, 153 (2009), B410.
- [5] J. Y. Chen, A. C. Ogwu, P. Svab, S. Lockman, H. J. Moffat, T. Gaolathe, et al., *Antiretroviral treatment initiation among HIV-infected pregnant women with low CD4+ cell counts in Gaborone, Botswana*, *J Acquir Immune Defic Syndr*, 54 (2010), 102–106.
- [6] S. M. Criniti, E. Aaron, and A. B. Levine, *Using the rapid HIV test to rescreen women in the third trimester of pregnancy*, *J Midwifery Womens Health*, 54 (2009), 492–496.
- [7] J. L. Dearborn, J. Lewis, and G. P. Mino, *Preventing mother-to-child transmission in Guayaquil, Ecuador: HIV knowledge and risk perception*, *Glob Public Health*, 5 (2010), 649–662.
- [8] F. Kasenga, P. Byass, M. Emmelin, and A. K. Hurtig, *The implications of policy changes on the uptake of a PMTCT programme in rural Malawi: first three years of experience*, *Glob Health Action*, 2 (2009), 1–7.
- [9] C. Kilewo, K. Karlsson, M. Ngarina, A. Massawe, E. Lyamuya, A. Swai, et al., *Prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 through breastfeeding by treating mothers with triple antiretroviral therapy in Dar es Salaam, Tanzania: the Mitra Plus study*, *J Acquir Immune Defic Syndr*, 52 (2009), 406–416.
- [10] L. Kuhn, M. Sinkala, D. M. Thea, C. Kankasa, and G. M. Aldrovandi, *HIV prevention is not enough: child survival in the context of prevention of mother to child HIV transmission*, *Int AIDS Soc*, 12 (2009), 36.
- [11] J. Leigh, *HIV prevalence in pregnant women*, Children's Institute, University of Capetown, South Africa, July 2009.
- [12] J. A. McIntyre, M. Hopley, D. Moodley, M. Eklund, G. E. Gray, D. B. Hall, et al., *Efficacy of short-course AZT plus 3TC to reduce nevirapine resistance in the prevention of mother-to-child HIV transmission: a randomized clinical trial*, *PLoS Med*, 6 (2009), e1000169.
- [13] C. N. Mnyani and J. A. McIntyre, *Preventing mother-to-child transmission of HIV*, *BJOG*, 116 (2009), 71–76.
- [14] National Institute of Allergy and Infectious Disease, *Fact sheet: HIV infection in women*, National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA, November 2000, available at: <http://www.niaid.nih.gov/topics/hiv/aids/understanding/population%20specific%20information/pages/womenhiv.aspx>, accessed August 2006.
- [15] C. A. Peltier, G. F. Ndayisaba, P. Lepage, J. van Griensven, V. Leroy, C. O. Pharm, et al., *Breastfeeding with maternal antiretroviral therapy or formula feeding to prevent HIV post-natal mother-to-child transmission in Rwanda*, *AIDS*, 23 (2009), 2415–2423.
- [16] J. S. Read, N. M. Samuel, P. Sriyayanth, S. Dharmarajan, H. M. Van Hook, M. Jacob, et al., *Infants of human immunodeficiency virus type 1-infected women in rural South India: feeding patterns and risk of mother-to-child transmission*, *Pediatr Infect Dis J*, 29 (2010), 14–17.
- [17] République du Cameroun, *Enquête Démographiques et de Santé réalisé au Cameroun en 2004*, Institut National de la Statistique and ORC Macro, Calverton, MD, USA, 2005.
- [18] P. Reshi and I. M. Lone, *Human immunodeficiency virus and pregnancy*, *Arch Gynecol Obstet*, 281 (2010), 781–792.
- [19] E. P. Simpkins, G. K. Siberry, and N. Hutton, *Thinking about HIV infection*, *Pediatr Rev*, 30 (2009), 337–349.