

Ministère de l'Enseignement Supérieur

Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE



Année universitaire 2022-2023

N°.....

Thèse :

**Aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la
grossesse au Centre de Santé de Référence de la
Commune V de Bamako en 2022.**

Présentée et soutenue publiquement le 30/10/2023 devant le Jury de la Faculté
de Médecine et d'odontostomatologie par :

M. KEITA Timothée

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Jury

Président : M. Niani MOUNKORO (*Professeur*)

Membre : Mme. DOUMBIA Kadiatou (*Maître de conférences Agrégé*)

Co-directeur: M. Ousmane DIARRA (*Chargé de recherche*)

Directeur : M. Anselme KONATE (*Maître de conférences Agrégé*)

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

Les mots ne sauront exprimer le respect et la reconnaissance que j'éprouve pour ce travail tout en remerciant le tout puissant de m'avoir accompagné tout au long de ce cycle. Dans les moments de faiblesse tu m'as relevé, dans les moments de tristesse tu as été présent, dans mes moments de joie tu m'as accompagné, Merci, pour la sagesse, l'intelligence, le courage, la force que tu m'as donné tout au long de mon cursus. Merci pour ton amour infini et ta présence à mon égard Que toute la gloire te soit rendue. Que que tous genoux fléchissent que toutes langues confessent que tu es Seigneur.

*Je dédie ce travail à ma famille dont l'aide fut précieuse pour la réalisation de ce rêve. **Mention spéciale à mon père Etienne KEITA***

*Ma source d'inspiration qui, toujours au parfum de mes faits et gestes, n'a jamais cessé de m'encourager pour me tenir loin de la mauvaise fréquentation, homme intègre tu nous as appris le sens de la responsabilité, du devoir, du bien fait et de la culture de l'excellence qui pour toi sont les meilleures manières pour une personne de s'affirmer. Connu pour ton grand amour pour le travail, que tu as su inculquer en moi, m'a beaucoup aidé dans la réalisation de ce document. Tes innombrables prières ont été une véritable preuve d'amour pour tes enfants et il va de soi que tu sois fier de tes enfants. C'est particulièrement grâce à toi que je suis à ce stade de ma vie. Tu as été un modèle pour moi et te faire plaisir a toujours été mon objectif principal pour que tu sois fier de moi. Ce travail est le fruit de ton dévouement pour la réussite de tes enfants. Je te remercie de m'avoir inscrit à l'école, tu m'as appris à pouvoir compter sur le travail, tu m'as appris à aider les autres et à n'envier personne. Trouve ici cher père, à travers ce présent travail ma reconnaissance. Puisse le SEIGNEUR JESUS-CHRIST t'accorde la santé, longévité, succès. **Amen !!!***

A notre infatigable mère Niagali DIARRA

*Source de notre vie qui, nuit et jour a été à la forge pour que nous ses enfants
soient responsables. Et sans jamais se plaindre, même d'une once de fatigue.
Mère irréprochable, ton grand courage, ta sagesse, ton souci pour le bien être de
tout le monde font de toi une femme admirée et respectée de tous. Que ce travail
réjouisse ton cœur. Puisse notre Seigneur t'accorder meilleure santé et longue vie
à côté de ton mari et de tes enfants. **Amen !!!***

REMERCIEMENTS

A DIEU

Gloire à DIEU le Miséricordieux, l'omnipotent et l'omniscient de nous avoir accordé le courage, la chance, la santé et la détermination d'accomplir ce travail. Que ta gloire se manifeste aux siècles des siècles

Alléluia Amen !!!

A mes frères :

Philippe, Per Finset, Jean, Joseph

En reconnaissance du soutien, de la complicité, de l'admiration en souvenir des moments agréables malgré mes absences et mes changements d'humeurs.

Soyez béni au nom de JESUS-CHRIST Amen !!!

A mes sœurs :

Rode, Hawa Etienne, Pauline et Mme KEITA Madeleine Dembélé

Les mots me manquent pour vous qualifier, vous êtes pour moi comme des mères, votre considération et votre respect m'ont toujours guidé

Merci pour vos disponibilités et vos soutiens financier tout au long de mes études.

Que le Seigneur vous accorde une longue vie auprès de vos maris et de vos enfants.

Au Groupe Biblique Local de la FMPOS:

A vos côtés j'ai grandi dans la foi, dans la connaissance de la parole de Dieu et sur le plan social. Je ne peux que rendre grâce à Dieu pour votre présence dans ma vie, soyons ferme et avançons dans la moisson !!

A LA PUISSANTE FAMILLE ALLURE (Alliance Universitaire pour le Renouveau) : la première, la plus grande, la vitrine, la doctrine, la référence et le summum des Etats-majors au sein de nos deux facultés, merci pour la formation, la fraternité. Nous continuerons toujours de faire honneur à ce slogan qui te définit "ALLURE POUR TOUS , TOUS POUR ALLURE"

A mes aînés :

Dr SAMATE Souleymane, Dr KEITA Mohamed Fako, Dr Falaye Fassiriman KEITA, Dr Nouhoum DJIGANDE, Dr Adama CAMARA, Dr Djibril SISSOKO, Dr Jean KEITA, Dr KEITA Victor, Dr Sékou DOUCOURE, Dr Pierre DIARRA
Merci pour vos conseils lumineux. Que DIEU vous le rende au centuple.

A mes amis d'OG Familly :

Vraiment merci pour tout, cela n'a pas été facile mais grâce à DIEU nous pouvons dire que nous avons atteint ensemble notre objectif. Les mots ne suffiront jamais pour vous dire merci. Merci de m'avoir accepté avec mes défauts, de m'avoir aimé comme je suis.

Aux Associations (CRESSBAF, JTP, AEMAS,...):

Pour l'éducation, la confiance, le soutien et l'affection que vous m'avez témoignés. Vous êtes pour moi une figure de la réussite basée sur le travail bien fait. Je n'ai pas de mot pour qualifier avec exactitude ce que vous avez fait pour moi. J'ose juste espérer que vous trouverez votre satisfaction en ce travail. Que DIEU accorde une longue et pieuse vie au CRESSBAF Amen !!!

A mes très chers amis : Naoué DEMBELE, Joël DEMBELE, David DEMBELE, Ruth MOUNKORO, Lydie DIAKITE, Karina DEMELE, Dr Hamadou DIARRA

Pour m'avoir inculqué la tolérance, la tendresse envers autrui. Vous êtes pour moi la personnification de l'amour et de la patience. Merci d'avoir été une source d'affection ayant toujours su m'écouter, me conseiller, m'épauler, et me soutenir dans les moments les plus difficiles, je vous dis merci au nom JESUS-CHRIST Amen !!!

A notre groupe d'exposé interne club spécial :

Mohamed Lamine Doumbia, Mohamed A CISSE, Bourama SACKO, Binta DIAKITE, Amadou DIAKITE, Sidy SANGARE, Ibrahim NIMAGA, Bakary NIMAGA, Alpha O DIALLO, Aly TIMBINE, Salif COULIBALY, Ibrahim DIARRA, Sidi OUADIDIE

Au fil des années vous êtes devenus des frères, tous les jours n'ont pas été roses mais nous sommes arrivés à bout de tous les obstacles.

A mes encadreurs :

Dr Ousmane Diarra, Dr Oumar Mariko, Dr Mamadou Mounkoro, Dr Djénèbou Koné

*Merci pour l'enseignement fourni et la qualité de rigueur au cours de la formation
Au corps professoral, au personnel du décanat de la Faculté de Médecine
Et d'Odontostomatologie de Bamako;*

A nos chers maîtres: Pr Moussa Y DICKO, Pr TOUNKARA Makansire, Pr Kadiatou DOUMBIA, Pr Anselme KONATE, Pr Hourouma SOW, Pr Moussa T DIARRA, Pr Niani MOUNKORO

Vous ne serez jamais remerciés assez pour la formation et la disponibilité dont nous avons bénéficié à vos côtés. Vos qualités et dévouements ont été d'une aide inestimable pour la réalisation de ce travail.

Recevez ici toute ma gratitude, que Dieu vous donne une longue vie.

A tout le personnel du centre de santé de référence de la commune V:

Je ne vous remercierai jamais assez pour toute l'expérience acquise à vos côtés et le soutien quasi constant dont j'ai fait l'objet. Puisse Dieu nous appuyer dans notre vie de tous les jours dans le cadre du bien-être de nos patients

Aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2022.

Aux D.E.S du service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU GT :

SIMPARA Aboubacar, KODIO Seydou, DABALE Aboubacar, SAVANE Boubacar, CAMARA Amadou, KOUMARE Mariam, KONATE Adama, DIARRA Sara, TRAORE Alimatou, TRAORE Aichatou. Merci pour l'enseignement reçu

A mes collègues internes du CSREF CV :

Lamine NDIAYE, Abou Adama DIARRA, Oumar SOW, Abdoulaye TOUNKARA, Lasseny KONATE, Yacouba TOGOLA, Boh SACKO, Soumaila DJIMBDE, Adama YANOGUE, Souleymane ZIKOUME, Yah SAMAKE

A ma femme AWA NIARE

Tes qualités de simplicité, la disponibilité, humilité, l'engagement et le dévouement font que vous inspirez le respect. Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par votre rigueur, scientifique et votre amour du travail bien fait que par vos qualités humaines.

Veillez croire VIDA en l'expression de notre sincère et profonde gratitude.

JE T'AIME

A tous les éléments de la 13^e promotion du numerus clausus :

Merci pour la bonne collaboration

**HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Pr Niani MOUNKORO

- ❖ **Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la FMOS ;**
- ❖ **Chef de département de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré ;**
- ❖ **Coordinateur du diplôme d'études spécialisées en gynécologie obstétrique du Mali à la FMOS ;**
- ❖ **Point focal national de l'initiative francophone de réduction de la mortalité maternelle par avortement à risque ;**
- ❖ **Chevalier de l'ordre du mérite de la Santé du Mali ;**
- ❖ **Officier du mérite de la santé au Mali.**

Honorable maître,

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre humilité malgré, votre amour pour le travail bien fait, votre abord facile font de vous un maître exemplaire. La simplicité, la disponibilité et l'extrême courtoisie sont autant de qualités que vous incarnez. La clarté de vos explications, la qualité de votre raisonnement ainsi que votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance. Puisse Dieu vous bénir dans tout ce que vous ferez !!!

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DE JURY

Pr DOUMBIA Kadiatou épouse SAMAKE

- ❖ **Maître de conférences agrégé à la FMOS ;**
- ❖ **Praticienne hospitalière au CHU Gabriel TOURE ;**
- ❖ **Trésorière de la société malienne des maladies de l'appareil digestif(SAMMAD) ;**
- ❖ **Membre de la Société Africaine d'Hépatogastro-Entérologie ;**
- ❖ **Membre de la Société Française d'endoscopie Digestive (SFED) ;**
- ❖ **Membre de la Société Nationale Française de Gastroentérologie(SNFGE).**

Cher Maître, Nous avons beaucoup apprécié la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Cela démontre l'intérêt que vous portez non seulement à ce travail mais aussi votre souci constant dans l'encadrement des étudiants. Votre simplicité et votre générosité nous ont beaucoup marquées tout au long de ce travail.

En espérant que par ce travail nous allons combler vos attentes, veuillez recevoir cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE

Dr Ousmane DIARRA

- ❖ **Doctorat de Médecine ELAM (La Havane –Cuba) ;**
- ❖ **Diplôme d'études spécialisées en Hépatogastro-Entérologie ELAM ;**
- ❖ **Chargé de recherche en hépatogastro-Entérologie ;**
- ❖ **Chef d'Unité d'Hépatogastro-Entérologie du Csref CV ;**
- ❖ **Titulaire d'un Master en médecine communautaire ;**
- ❖ **Titulaire d'un Diplôme de santé publique et soins de santé primaire. (Montpellier France) ;**
- ❖ **Secrétaire aux conflits de la SOMMAD.**

Cher maître, Vous êtes un maître admiré et respecté pour votre envergure, votre culture de l'excellence, votre simplicité et votre facilité à transmettre vos connaissances. Vous nous avez non seulement formé sur le plan professionnel, mais vous nous avez beaucoup appris sur la qualité humaine et sur la vie sociale. Nous sommes fiers d'en avoir été un bénéficiaire parmi tant d'autres. Malgré votre emploi du temps très chargé, vous avez accepté juger ce travail. Soyez-en remercié. Que Dieu vous bénisse et conforte votre avancé.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Pr Anselme KONATE

- ❖ **Maître de conférences agrégé d'Hépatogastro-Entérologie;**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Toure;**
- ❖ **Membre de l'association de lutte contre les hépatites;**
- ❖ **Secrétaire à l'organisation de la SOMMAD;**
- ❖ **Enseignant chercheur à la F.M.O.S.**

Cher Maître, C'est un plaisir et un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations. Votre humilité, vos grandes qualités humaines, votre ardeur et amour du travail bien fait font de vous à l'égard de tous vos étudiants en général et nous en particulier un exemple. Veuillez accepter, cher maître l'expression de notre admiration.

Liste des abréviations :

Ac : Anticorps

ADV : Adéfovir Disoproxil

ADN : Acide désoxyribonucléique

Ag : Antigène

Ac anti HBc : Anticorps dirigé contre l'antigène c du virus de l'hépatite B

Ac anti HBe : Anticorps dirigé contre l'antigène e du virus de l'hépatite B

Ac anti HBs : Anticorps dirigé contre l'antigène s du virus de l'hépatite B

Ag HBc : Antigène du core (noyau) du virus de l'hépatite B

Ag HBe : Antigène e du virus de l'hépatite B

Ag HBs : Antigène de surface du virus de l'hépatite B

ALAT : Alanine amino-transférase

ASAT : Aspartate amino-transférase

CHC : Carcinome hépatocellulaire

CNTS : Centre national de transfusion sanguine

CHN-YO : Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPN : Consultation Prénatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRef : Centre de Santé de Référence

ETV : Entecavir

FC : Fréquence Cardiaque

FE : Femme enceinte

FR : Fréquence Respiratoire

GGT : Gamma Glutamyl Transpeptidase

GO : Gynéco-Obstétrique

HAS : Haute Autorité de Santé

Hb : Hémoglobine

**Aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Santé
de Référence de la Commune V de Bamako en 2022.**

HC : Hépatite Chronique

HGE : Hépatogastro-entérologie

IgG : Immunoglobuline G

IgM : Immunoglobuline M

IMC : Indice de Masse Corporelle

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LAM : Lamivudine

MI : Millilitre

PA : Phosphatase Alcaline

PTME : prévention de la transmission mère-enfant

T° : Température

TA : Pression Artérielle

TAF : Ténofovir Alafenamide

TDF : Ténofovir Disoproxil Fumarate

TEV : Telbuvudine

TP : Taux de Prothrombine

VHB : Virus de l'hépatite B

VGM : Volume Globulaire Moyen

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

UI : Unité Internationale

USAC : Unité de soin d'accueil

Liste des tableaux :

Tableau I: Evolution naturelle et classification de l'infection par le VHB..	12
Tableau II : Répartition des patientes à AgHBs positif selon la tranche âge....	37
Tableau III : Répartition des patientes selon la profession.	38
Tableau IV: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction	38
Tableau V : Répartition des patientes selon la parité	39
Tableau VI : Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse au moment du dépistage.....	40
Tableau VII: Répartition des patientes selon les signes généraux.	40
Tableau VIII : Répartition des patientes selon les signes cliniques.....	41
Tableau IX: Répartition des patientes selon le résultat des examens.....	42
Tableau X : Répartition des patientes selon le résultat de l'échographie abdominale	43
Tableau XI : Répartition des patientes selon le Score APRI.....	43

Liste des figures :

Figure 1: Structure du virus de l'hépatite B [20]......	9
--	----------

Aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2022.

Table des matières

Introduction :	2
I. Objectifs	5
II. Généralités :	7
2.1. Définition :	7
2.2. Epidémiologie:	7
2.4. Etude clinique :	14
2.5. Retentissement :	19
2.6. Hépatite B et Accouchement: [32].	20
2.7. Hépatite B et Allaitement : [32].	20
2.8. Diagnostic différentiel :	20
2.9. Le traitement :	22
III. Méthodologie :	32
3.1. Type d'étude :	32
3.2. Cadre et lieu d'étude :	32
3.3. Période d'étude :	33
3.4. Population d'étude	33
3.4.1. Critères d'inclusion	33
3.4.2. Critères de non-inclusion	33
3.5. Echantillonnage	33
3.6. Les méthodes :	34
3.9.5. Considération éthique :	34
3.10. Supports :	35
3.11. Variables :	35

**Aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Santé
de Référence de la Commune V de Bamako en 2022.**

4. Résultats :	37
4.1. Données sociodémographiques :	37
4.2. Données d'examen cliniques :	40
4.3. Examens paracliniques :	42
4.4. Impact hépatique :	43
5. Commentaires et discussion :	46
6. Conclusion et recommandations :	50
Références	53

INTRODUCTION

Introduction :

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est l'une des principales préoccupations de la santé publique à l'échelle mondiale et nationale. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 2 milliards d'individus dans le monde sont infectés par ce virus avec près de 10 à 30 millions de nouvelles contaminations par an, plus de 350 millions de porteurs chroniques et près d'un million de décès par an [1]. La gravité de l'hépatite B est liée au risque de passage à la chronicité et d'exposer les malades à la cirrhose et au carcinome hépatocellulaire, ce risque est d'autant plus important quand l'infection survient à un âge précoce, notamment en cas de contamination néonatale [2].

La transmission maternofoetale est l'un des principaux modes de contamination du virus de l'hépatite B. Elle préoccupe les autorités sanitaires à travers le monde du fait de son évolution vers la chronicité de l'impact sur les enfants ayant été contaminée. Le statut répliatif du virus chez la mère séropositive, évalué par la positivité de l'AgHbe et le taux de la charge virale, conditionne le risque de contamination qui est plus important en période périnatale. Les mères porteuses chroniques du VHB constituent un véritable réservoir de la transmission verticale de cette infection [3].

Selon l'OMS on distingue trois zones épidémiologiques pour le VHB évaluées par le taux de portage chronique de l'AgHBs : une zone de faible endémie : < 2 % (en Australie, Amérique du Nord, Europe de l'Ouest) ; une zone de moyenne endémie : 2 à 7 % (en Europe de l'Est, République de l'ex-Union Soviétique, Pays méditerranéens, Proche-Orient, Amérique du Sud) ; une zone de forte endémie : 8 à 20 % (en Afrique sub-saharienne et Asie de l'Est), dans cette zone la contamination est précoce, favorisant le passage à la chronicité [4]. En France le taux de portage chronique du VHB varie entre 0,2 et 5% [5]. En Afrique la prévalence de l'Ag HBs chez la femme enceinte était de 11,57% au Sénégal [6] et de 11,4% au Burkina Faso [7]. Le taux de prévalence de

Aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2022.

l'hépatite B au Mali est estimée entre 15% et 17% d'après plusieurs études qui ont concerné des populations restreintes à risque comme les donneurs de sang, le personnel de laboratoire d'analyses biomédicales, le couple mère-enfant [6;7;8]. L'immense majorité des personnes infectées n'ont pas connaissance de leur état de séropositivité, faute de dépistage. Le grave problème de santé publique que représentent les hépatites au Mali est ainsi très largement sous-estimé. Donc il nous a paru opportun de faire une étude sur la prévalence du portage de l'antigène HBs chez les femmes enceintes dépistées au laboratoire au csref commune V. Pour mener à bien cette étude, nous nous sommes fixés comme objectifs :

OBJECTIFS

I. Objectifs

Objectif général :

➤ Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au centre de santé de référence de commune V de Bamako

Objectifs spécifiques :

➤ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes porteuses du VHB.

➤ Déterminer les facteurs de risque de contamination de la femme enceinte.

➤ Évaluer la fibrose chez les femmes enceintes porteuses de l'AgHBs au centre de santé de référence de la Commune V.

GENERALITES

II. Généralités :

2.1. Définition :

L'hépatite B est définie comme une inflammation du parenchyme hépatique associée à une nécrose hépatocytaire parfois à une cholestase due à un virus hépatotrope alphabétique B. L'hépatite B et grossesse peut être définie par la survenue d'une grossesse chez une femme antérieurement connue hépatite B positif ou la découverte d'une hépatite B au cours de la grossesse [9 ;10 ;11] .

2.2. Epidémiologie:

2.2.1. Fréquence :

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) constitue un problème de santé majeur en pays tropical du fait de sa fréquence et de ses conséquences. Dans une population donnée, le taux de prévalence de l'antigène HBs (AgHBs) est un indicateur de base. En France, la prévalence de l'AgHBs chez la femme enceinte varie de 0,54 à 1,56 % [12]. Dans cette étude, l'AgHBs était mis en évidence quelle que soit l'origine ethnique, mais la prévalence de l'infection par le VHB était significativement plus élevée chez les femmes immigrées (venant de pays de forte prévalence) que chez les femmes Française.

Une étude a été effectuée chez 2303 femmes enceintes tunisiennes qui ont consulté à la maternité du centre hospitalier universitaire Farhat-Hached de Sousse (centre tunisien) et aux dispensaires régionaux de la ville de Sousse durant la période allant de janvier à août 2007, retrouve une prévalence de l'AgHBs de 4 % [13]. Cette prévalence chez les femmes enceintes au Bénin était de 14,02% [14], en Côte-d'Ivoire de 18,2% [15], de 15% au CHN-YO du Burkina-Faso [16] et de 2,35% au Centre du Maroc [17]. Une ancienne étude chez les femmes enceintes dans le district de Bamako au Mali avait retrouvé une prévalence de 15,5% [18].

3.2.2. Facteurs de risque :

L'infection par le virus de l'hépatite B touche surtout les groupes à risque comme : les homosexuels, les toxicomanes intraveineux, les hémodialysés, les hémophiles, le personnel de santé. Les principaux modes de transmission du virus de l'hépatite B sont: la voie parentérale, la voie sexuelle, la transmission mère-enfant, la transmission communautaire. La transmission du virus de l'hépatite B est essentiellement parentérale. Une contamination familiale non sexuelle par contact intime ou parentéral a été également observée [19].

Il existe trois zones d'endémicité :

- Des zones de forte endémicité où le portage d'antigène HBs (Ag HBs) est supérieur à 8% de la population générale tels que l'Afrique intertropicale, la Chine et l'Asie du sud-est [20 ; 21].
- Des zones d'endémicité intermédiaire où le portage d'antigène HBs est compris entre 2 à 8% de la population générale tels que les pays du bassin de la Méditerranée.
- Des zones de faible endémicité où le portage d'antigène HBs est inférieur à 2% de la population générale tels que l'Amérique du nord. Dans ces zones, la transmission se fait généralement à l'âge adulte par voie sexuelle ou par le sang. Dans la région hyper-endémique comme l'Asie ou l'Afrique noire, la transmission du virus a lieu à la naissance ou pendant l'enfance. Lorsque la mère est atteinte d'une infection chronique avec multiplication virale, le risque de transmission au nouveau-né est important (90%). Lorsque le nouveau-né est infecté, il devient le plus souvent porteur chronique (90%).

Dans les régions de faible endémicité comme l'Europe ou l'Amérique du Nord, l'infection par le virus de l'hépatite B touche moins de 1% de la population.

Au Mali les enquêtes faites chez les donneurs de sang au Centre National de Transfusion Sanguine, indiquent que les porteurs chroniques de l'Antigène HBs représentent environ 5 à 20% de la population générale [11].

3.2.3. Caractéristiques du Virus de l'hépatite B:

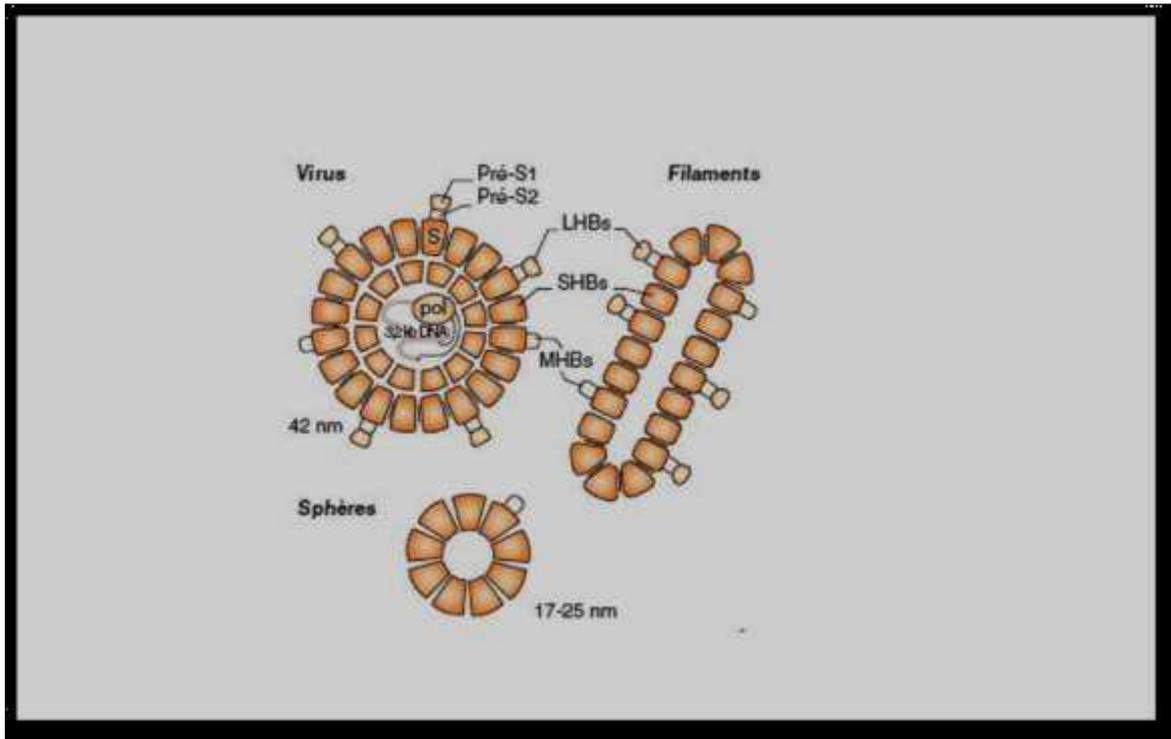


Figure 1: Structure du virus de l'hépatite B [22].

Le virus de l'hépatite B est un virus à ADN, de la famille des hépadnavirus. La forme complète circulante infectieuse du virus de l'hépatite B s'appelle particule de DANE. C'est une particule sphérique de 42 à 47 nanomètres de diamètre.

Elle comporte les éléments suivants :

- Une enveloppe lipoprotéique qui comporte l'antigène de surface (Ag HBs) du virus de l'hépatite B. Celui-ci est composé des protéines pré S1 et pré S2.
- Une nucléocapside centrale (core) qui porte les antigènes HBc et HBe. Cette nucléocapside protège le génome d'ADN double brin et d'ADN polymérase, enzyme qui permet la réplication virale.

En plus de la particule de DANE, il y a dans le sérum d'autres types de particules qui sont des formes incomplètes de l'enveloppe. Ce sont des particules qui portent seulement sur l'antigène HBs. Ce sont:

- De petites particules sphériques qui ont environ 16 à 25 nanomètres.

De formes filamenteuses ou tubules qui ont environ 22 nanomètres de diamètre.

Le génome comporte quatre (4) régions codant pour les protéines qui constituent le virus de l'hépatite B :

- La région S précédée de régions pré S1 et pré S2 : codant pour l'enveloppe antigène HBs de surface (Ag HBs).
- La région C codant pour la capside antigène HBc et Antigène HBe.
- La région P codant pour l'ADN polymérase qui assure la réplication virale.
- La région X qui a probablement une action dans la transaction de la réplication du virus de l'hépatite B.
- L'enveloppe extérieure du virus contient des protéines qui protègent la structure virale, et lui permettent de pénétrer dans les cellules cibles. Ces particules ne sont pas infectieuses et sont composées de lipides et de protéines qui font partie de la surface du virion qu'on appelle l'antigène de surface (AgHBs) et qui est produit en excès pendant la durée de vie du virus. La longueur du génome varie selon le sous type du virus de l'hépatite B.

Il existe quatre (4) sous types dont la prévalence varie en fonction des régions.

Un déterminant antigénique est commun aux différents sous types. Deux paires de déterminants exclusifs sont associés au déterminant « a » définissant les sous types suivants : adw, adr, ayw, ayr. Les déterminants sont liés à des mutations nucléotidiques d'une région immunologiquement compétente de l'antigène HBs[19].

3.2.4. Évolution naturelle et classification de l'infection par le VHB : [23]

Le VHB est un virus hépatotrope à ADN appartenant à la famille des Hepadnaviridae. Il présente une variabilité génétique importante avec dix génotypes identifiés (AJ) et de nombreux sous-types, offrant au VHB une capacité d'échappement au traitement antiviral ou à la réponse immunologique de l'hôte. L'infection chronique par le VHB ne se traduit pas par une hépatite B

Aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2022.

chronique chez tous les patients. Elle est caractérisée par des différentes phases de progression distinctes qui sont le produit d'un processus d'interaction dynamique entre la réplication du virus et la réponse immunitaire du patient. A noter qu'une infection aiguë par l'hépatite B devient chronique dans 90 % des cas chez les nouveau-nés mais se résout spontanément chez 95 % des adultes immunocompétents. Pour simplifier la compréhension de l'évolution naturelle de l'infection VHB et par conséquent de la prise en charge clinique des individus infectés, l'EASL (European Association for the Study of the Liver) propose une nouvelle classification des états chroniques de la maladie en cirrhose ou de CHC (sauf dans le cas où la disparition de l'AgHBs est survenue après le développement d'une cirrhose).

Tableau I: Evolution naturelle et classification de l'infection par le VHB.

Phase	1. Infection chronique AgHBe(+)	2. Hépatite chronique AgHBe(+)	3. Infection chronique AgHBe(-)	4. Hépatite chronique AgHBe(-)	5. Phase latente AgHBs
Ancienne nomenclature	Phase de tolérance immunitaire	Phase immunoactive	Portage inactif	Hépatite chronique AgHBe(-)	
AgHBe	+	+	-	-	-
ADN du VHB	>10E7 UI/ml	10E4-10E7 UI/ml	<2000 UI/ml	>2000 UI/ml	<2000 UI/ml
ALAT	Dans la norme	Elevée	Dans la norme	Elevée	Dans la norme
Histologie hépatique	Nécro inflammation ou fibrose minime ou absente	Nécro inflammation modérée ou sévère et fibrose rapidement évolutive	Nécro inflammation ou fibrose minime ou absente	Nécro inflammation et fibrose installées	Faible risque de cirrhose et CHC

2.2.5 Modes de transmission :

La contamination se fait surtout de la mère à l'enfant lors de l'accouchement ; ou par voie sexuelle, mais également par voie sanguine (Aiguilles contaminées notamment chez les toxicomanes ; lors des tatouages ou de piercing...). Le virus est fortement contagieux, 100 fois plus que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

2.2.5. a La transmission verticale et materno-foetale:

La transmission périnatale est le mode de contamination le plus fréquent. La contamination périnatale est fréquente notamment dans les pays de forte endémicité comme l'Asie du Sud-est et l'Afrique.

La transmission verticale du virus de l'hépatite B de la mère à l'enfant est due à l'exposition du nouveau-né aux sécrétions maternelles lors du passage dans la

filière génitale ou pendant la période néonatale [24]. Il semble exister un passage transplacentaire du virus de l'hépatite B qui entraîne une immunotolérance chez le nouveau-né. Celui-ci devient porteur chronique du virus de l'hépatite B. En France, le dépistage du virus de l'hépatite B est obligatoire chez la femme enceinte. Si ce dépistage est positif, une sérovaccination de l'enfant sera réalisée à la naissance [3; 11 ; 25].

2.2.5. b. La transmission sanguine :

La transmission sanguine est un mode de transmission de l'infection par le virus de l'hépatite B par manque de technique adéquate de dépistage du virus de l'hépatite B chez les donneurs de sang. La transmission est aussi parentérale par exposition percutanée ; par toxicomanie intraveineuse ; par accident d'exposition au sang (piqûre par un matériel mal stérilisé). D'autres modes de contamination parentérale existent comme la contamination accidentelle du personnel de santé, l'excision, les scarifications et les tatouages [24].

2.2.5.c. La transmission sexuelle :

Le virus de l'hépatite B se transmet facilement par des rapports sexuels non protégés avec une personne porteuse de l'antigène du virus de l'hépatite B. Le risque de contamination par voie sexuelle peut varier de 30 à 80% et augmente avec le nombre de partenaires sexuels, les années d'activité sexuelle, les autres infections sexuellement transmissibles (IST) et le type de rapports notamment les rapports anaux réceptifs [20,21]. La transmission sexuelle explique la prévalence élevée des marqueurs du virus de l'hépatite B dans le sérum des sujets ayant des partenaires sexuels multiples comme chez les homosexuels mâles (prévalence cependant moindre depuis les années 1980 en raison de l'usage plus important des préservatifs, à cause de la pandémie VIH sida [23,16, 19]).

2.2.5.d. La transmission horizontale :

L'infection par le virus de l'hépatite B chez les enfants de mères séronégatives pour le virus de l'hépatite B, est courante dans de nombreuses régions du monde. Chez l'adulte comme chez l'enfant, bien qu'une transmission parentérale par objets usuels (rasoirs, brosses à dents, couteau etc.) soit possible, le contact étroit par échange de liquides organiques comme la salive peut jouer un rôle important. La transmission nosocomiale est également possible par des pratiques non hygiéniques et des gestes invasifs [20].

2.3. Physiopathologie:[11 ; 25 ; 26 ; 27]

L'effet cytopathogène du virus de l'hépatite B est faible. Les lésions sont secondaires à des réactions immunologiques à médiation cellulaire. Ces réactions sont dirigées contre les hépatocytes qui expriment sur leur membrane les antigènes de la nucléocapside du virus de l'hépatite B, en cas de répllication virale complète. Les interférons jouent un rôle important dans le contrôle de ces réactions. L'hépatite aiguë est le rejet immunologique des hépatocytes infectées. La virémie et la présence dans le foie des antigènes viraux sont brèves. Les cellules impliquées sont les lymphocytes T et les non T (cellules Natural killer Ou cellules tueuses). La cytotoxicité va de pair avec l'expression à la surface de l'hépatocyte des antigènes de classe I du complexe majeur d'histocompatibilité qui sont fortement exprimés. L'hépatite chronique virale B expose à la survenue d'une cirrhose et d'un carcinome hépato cellulaire (CHC).

2.4. Etude clinique :

2.4.1. Circonstance de découverte : Elle peut être découverte de façon fortuite au cours d'un examen biologique de routine, d'une CPN ou en présence des signes cliniques tels que : ictère, arthralgie, prurits.

2.4.2. Type de description : hépatite ictérique aiguë commune de la femme Enceinte.

L'hépatite aiguë B est semblable aux autres hépatites virales sur le plan clinique et biochimique. L'hépatite aiguë se divise en deux phases : la phase pré ictérique et la phase d'état.

2.4.2.a. Le début ou phase pré-ictérique :

Dans la forme typique après une incubation qui dure environ dix semaines, survient une phase pré-ictérique de 3 à 7 jours environ. Elle est caractérisée par :

- Un syndrome pseudo-grippal avec : une asthénie souvent intense, une fièvre en règle modérée à 38°-38°5 avec parfois des frissons, des myalgies, des arthralgies et des céphalées.
- Des signes digestifs inconstants qui peuvent être des nausées, des douleurs abdominales, des vomissements. Rarement une urticaire évocateur du diagnostic surtout lorsqu'elle est associée à des céphalées et à des arthralgies (classique triade de Caroli). Les manifestations notées lors de cette phase disparaissent lorsque l'ictère s'installe.

2.4.2.b. La phase ictérique ou phase d'état :

Les signes généraux:

La phase ictérique dure habituellement deux à trois semaines, rarement plusieurs mois par la persistance de l'asthénie, d'un amaigrissement de deux à trois kilogrammes (Kg).

Les signes fonctionnels: sont généralement absents à ce stade.

Les signes physiques:

L'ictère est le plus souvent le motif de consultation accompagné de selles décolorées et d'urines foncées. L'ictère est d'installation progressive et d'intensité modérée. L'examen physique est en général normal en dehors de la possibilité d'une hépatomégalie parfois sensible ; il existe aussi une splénomégalie et des adénopathies dans 25% des cas.

Les signes para cliniques:

A cette phase, les transaminases (ALAT surtout et ASAT) sont élevées (entre 10 et 100 fois la normale). La bilirubinémie est élevée, et est prédominante sur la fraction conjuguée. Les phosphatases alcalines et le gamma Glutamyl Transpeptidase (GGT) peuvent être élevés en cas de cholestase. Le taux de prothrombine (TP) et le facteur V peuvent être normaux ou modérément abaissés; l'AgHBs et l'anticorps anti HBc de type IgM sont présents.

3.4.3. L'évolution:

Le plus souvent, l'évolution est spontanément favorable avec une disparition de l'ictère en 2 à 4 semaines, une normalisation des transaminases. La disparition de l'AgHBs et l'apparition de l'anticorps anti-HBs signent la guérison. La persistance d'une asthénie peut se prolonger plusieurs mois. La persistance du virus au-delà de six (6) mois, définit le passage à la chronicité qui expose au risque de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire.

2.4.4. Les formes cliniques: [23 ; 25 ; 26]

2.4.4.a. Les formes chroniques:

L'hépatite virale chronique est définie biologiquement par la persistance d'une élévation des transaminases à plus de six (6) mois après une hépatite aiguë virale. L'hépatite chronique est définie histologiquement par l'existence de lésions hépatiques associant à un degré variable en fonction du stade et de l'activité de la maladie, une nécrose hépatocytaire, un infiltrat inflammatoire constitué de cellules mononuclées et de la fibrose. La chronicité de l'hépatite B se définit classiquement par la persistance de l'AgHBs, la persistance des transaminases élevées et la persistance de la virémie pendant plus de six (6) mois. Cependant, si dans le cas d'une hépatite aiguë, l'antigène HBs n'a pas disparu au bout de deux (2) mois, il est recommandé de rechercher l'ADN viral et l'antigène HBe. Leur persistance en ce moment, serait un facteur prédictif d'une évolution

chronique. Globalement, on estime que 5 à 10 % des personnes infectées par le virus de l'hépatite B, développent une hépatite chronique.

2.4.4.b. Les formes asymptomatiques :

Les formes asymptomatiques de l'hépatite virale B sont les plus fréquentes. Environ 90% des hépatites aiguës B sont asymptomatiques. Le diagnostic est souvent porté à posteriori devant un profil sérologique témoignant d'un contage viral passé inaperçu.

2.4.4.c. Les formes anictériques :

Les formes anictériques sont peu ou même pas symptomatiques. Tous les signes peuvent être présents sauf l'ictère. Elles sont très fréquentes dans 90% des cas environ. Il faut savoir demander un dosage des transaminases devant les symptômes suivants : le syndrome grippal, l'asthénie, l'anorexie, la douleur abdominale, les arthralgies, les céphalées, les prurits, et l'urticaire.

2.4.4.d. Les formes cholestatiques :

Elles surviennent par occlusion intra hépatique et par trouble de l'écoulement de la bile dans les canalicules biliaires.

L'excrétion de la bilirubine par l'hépatocyte est alors dérangée (stase intracellulaire) ; les cholangiocytes sont frappés ; leur perméabilité est accrue, la bile s'épaissit et des thrombus biliaires se forment. La maladie prend une évolution prolongée et l'ictère persiste des mois : il y a des démangeaisons. Etant donné que les hépatocytes sont peu atteints, les symptômes d'intoxication sont faiblement prononcés. En cas de cholestase intense, l'ictère et le prurit sont les signes majeurs. L'ictère est bien foncé, les selles sont complètement décolorées et les urines sont foncées. Les phosphatases alcalines et le Gamma Glutamyl Transpeptidase sont franchement élevées.

2.4.4.e. Les formes avec manifestations extra hépatiques:

Ce sont des formes rares et trompeuses. Les manifestations articulaires surviennent surtout lors de la phase pré-ictérique. On peut voir aussi des arthralgies, parfois des polyarthrites vraies avec des signes objectifs. Il faut insister sur le risque d'aplasie médullaire, une complication rare mais grave qui survient habituellement 2 à 3 mois après le début de l'ictère. Il peut s'agir aussi de polyradiculonévrite, de pancréatite aiguë, de glomérulonéphrite, de péricardite, de thyroïdite.

3.4.4. f. Les formes fulminantes :

Au cours d'une hépatite fulminante, la surveillance du taux de prothrombine (TP) ou temps de quick doit être systématique ; le taux de prothrombine (TP), le facteur V sont généralement bas et la cytololyse est majeure. Un taux de prothrombine (TP) inférieur à 50 %, définit une hépatite sévère et le malade doit être hospitalisé.

L'hépatite grave (ou hépatite fulminante) est définie par la survenue d'un astérixis, des troubles du comportement, d'une somnolence associée à un taux de prothrombine (TP) bas.

Dans ce cas, le malade doit être hospitalisé en milieu spécialisé en vue d'une éventuelle transplantation hépatique. L'incidence des formes fulminantes est inférieure à 1%.

2.4.4.g. Les formes de l'immunodéprimé:

Le risque de passage à la chronicité en cas d'hépatite aiguë B chez la parturiente Co-infectée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est beaucoup plus élevé. Cette probabilité d'évolution vers la chronicité est inversement corrélée au taux de CD4.

2.5. Retentissement :

2.5.1 Influence de l'infection par le VHB sur le déroulement de la grossesse

Dans une étude cas-témoins de 253 femmes Chinoises enceintes et porteuses de l'AgHBs, appariées à 253 femmes non porteuses de l'AgHBs, l'infection par le VHB augmentait la fréquence du diabète gestationnel et la menace d'accouchement prématuré [27]. Le risque de l'amniocentèse a été étudié dans une étude prospective incluant 28 femmes porteuses de l'AgHBs [28]. Parmi ces 28 femmes, 21 couples mère-enfant ont été étudiés (AgHBe chez une seule mère), et aucun des 21 enfants n'était porteur de l'AgHBs sur le test effectué entre 9 et 15 mois. Tous les enfants avaient bénéficié d'une sérovaccination dès la naissance [29].

3-5-2. Influence de la grossesse sur l'histoire naturelle de l'infection par le VHB

Peu d'études ont été consacrées au rôle de la grossesse sur l'infection par le VHB. Des phénomènes de réactivation ont été rarement rapportés durant la grossesse [12]. Des séroconversions AgHBe / anticorps anti-HBe, mais également des séroconversions AgHBs/anticorps anti-HBs ont été observées durant le postpartum [12]. Dans une étude rétrospective, il a été montré que la charge virale augmentait en fin de grossesse ou lors du post-partum, quelque soit le statut Hbe [12]. En pratique, une réactivation du VHB doit être évoquée en cas de signes cliniques évocateurs d'hépatopathie, et le diagnostic différentiel doit être fait avec une hépatopathie intercurrente ou une hépatopathie gravidique [30]. Dans tous les cas, le niveau de réplication du VHB doit être évalué à nouveau à distance de l'accouchement.

2.6. Hépatite B et Accouchement: [32].

Voie basse autorisée dans tous les cas

• cas particulier : dans les infections avec forte réplication virale et qui nécessitent un traitement les semaines avant la naissance (risque de contamination foetal important), prendre les précautions suivantes :

- Respect de la poche des eaux le plus longtemps possible.
- Eviter les prélèvements au scalp foetal (pH ou lactates).
- Information du pédiatre à la naissance.
- Sérovaccination du nouveau-né.
- Cas particulier d'une mère non suivie et n'ayant pas été dépistée : faire en urgence à l'admission en salle d'accouchement le dépistage de l'hépatite B et le récupérer le plus rapidement possible afin que l'enfant puisse bénéficier d'une sérovaccination au plus tard dans les 12 heures qui suivent sa naissance.

2.7. Hépatite B et Allaitement : [32].

Chez les mamans non traitées, l'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué tant que le nouveau-né est protégé et qu'il n'y a pas de crevasses du mamelon.

La très faible excrétion dans le lait et la faible absorption par le nouveau-né font que le TDF pris par la mère ne contre-indique pas l'allaitement maternel.

2.8. Diagnostic différentiel :

2.8.1. Hyperemesis gravidarum :

C'est une pathologie du premier trimestre de la grossesse et qui se manifeste par des vomissements incoercibles, une asthénie physique. La prévalence est de 0,3 à 2% des grossesses [32].

2.8.2. Cholestase intra- hépatique de la grossesse ou cholestase gravidique :

La cholestase intra hépatique de la grossesse (CIG) survient généralement au cours du deuxième ou troisième trimestre. Sa fréquence, plus élevée dans les pays scandinaves et au Chili ou en Bolivie [33]. Elle fait évoquer une origine génétique, ainsi que les variations saisonnières de la fréquence de cette pathologie suggèrent

que des facteurs environnementaux sont impliqués [34]. Le meilleur marqueur de CIG est l'augmentation constante de la concentration sérique des acides biliaires avec des concentrations pouvant dépasser 100 μ mol/l

[35]. Le traitement par AUDC (L'acide Ursodésoxycholique) permettrait de diminuer le risque de prématurité [36].

2.8.3 Pré-éclampsie /HELLP syndrome :

La pré-éclampsie ou toxémie gravidique est définie par une pression artérielle systolique supérieure à 140mmHg et/ou une pression artérielle diastolique supérieure à 90mmHg associée à une protéinurie supérieure à 0,3 g toutes les 24 heures. Deux à 5% des femmes enceintes ayant une pré-éclampsie auraient une atteinte hépatique [33]. Dans 4 à 12% des cas, la pré-éclampsie se complique d'un syndrome de HELLP (Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelet count). Le HELLP syndrome survient généralement au cours du troisième, voire du deuxième trimestre de la grossesse mais il peut s'aggraver, voire être diagnostiqué seulement dans le postpartum. Le HELLP syndrome peut être un des modes de révélation du syndrome des anti-phospholipides (SAPL). Dans ce contexte, il est souvent plus précoce et sévère [33].

2.8.4. Stéatose hépatique aiguë gravidique (SHAG)

La SHAG survient principalement au cours du troisième trimestre de la grossesse. Une pré-éclampsie et/ou un HELLP s'associent dans 50% des cas [36]. La physiopathologie de la SHAG est imparfaitement connue. Elle pourrait être liée à un déficit de la longue chaîne «3-hydroxyacyl CoA déshydrogénase », enzyme mitochondriale ayant un rôle dans la bêta oxydation des acides gras.

Certains cas de SHAG ont été rapportés chez des femmes ayant un déficit hétérozygote de cette enzyme, leurs foetus étant porteurs d'un déficit homozygote [36].

2.9. Le traitement :

2.9.1. Le traitement curatif

2.9.1.a. Buts

- Obtenir une suppression de la réplication du VHB
- Obtenir une amélioration des lésions histologiques
- Prévenir et/ou ralentir la progression de la maladie vers la cirrhose et/ouCHC
- Guérir le malade
- Eviter des gestes agressifs

2.9.1.b. Les moyens :

- **Mesures hygiéno-diététiques** : le régime alimentaire est libre, guidé par les désirs du malade, il faut faire un sevrage alcoolique et éviter tout médicament non indispensable, le repos est non strict.

- Les médicaments :

On dispose aujourd'hui des analogues à faible barrière de résistance (**La Lamivudine ou LAM, la Telbuvudine ou TBV et l'Adéfovir Disoproxil ou ADV**) qui ne sont plus utilisés en monothérapie et des analogues à haute barrière de résistance (**l'Entécavir ou ETV, Tenofovir Disoproxil Fumarate ou TDF et le Tenofovir Alafenamide ou TAF**).

Les analogues sont des inhibiteurs de la polymérase du VHB. Ce sont :

- L'ETV est administré par voie orale (comprimé de 0,5 et de 1 mg), en une seule prise quotidienne sur un estomac vide. La posologie de 0,5 mg/j est utilisée chez les patients naïfs et ayant une hépatite chronique ou une cirrhose compensée.

La posologie de 1mg/j est utilisée chez les patients résistants à la Lamivudine et/ou ayant une cirrhose décompensée.

La posologie est à adapter à la fonction rénale si la Clairance (Cl) de la créatinine est <50ml/mn.

- Le TDF est administré par voie orale (comprimé de 300 mg), en une seule prise quotidienne.

La posologie de 300 mg/j est utilisée aussi bien chez les patients naïfs que chez les patients résistants.

La posologie est à adapter à la fonction rénale si la Clairance de la créatinine est < 50 mL /mn

- Le TAF est administré par voie orale (comprimé de 25 mg), en une seule prise quotidienne. La posologie de 25 mg/j est utilisée aussi bien chez les patients naïfs que chez les patients résistants. La posologie de 25 mg/j est également préconisée en cas d'insuffisance rénale avec une clairance de la créatinine > 15 ou < 15 sous hémodialyse.

Les analogues sont globalement bien tolérés. La majorité des effets indésirables sont minimes à modérés et ne nécessitent pas l'arrêt du traitement. Les effets sévères surviennent dans 7- 10 % des cas et sont responsables d'un arrêt du traitement chez 1 à 2 % des patients [37].

Les toxicités rénale et osseuse des analogues sont à considérer.

- **La néphrotoxicité :**

Tous les analogues nucléos(t)idiques sont éliminés par voie rénale sous forme active avec une filtration glomérulaire et une sécrétion tubulaire active.

La dysfonction rénale peut se traduire par une insuffisance rénale, par une tubulopathie proximale ou par un syndrome de Fanconi.

Cette dysfonction s'observe surtout avec les analogues nucléotidiques (TDF) et plus rarement avec les analogues nucléosidiques (ETV). Par rapport au TDF, le TAF est moins néphrotoxique [38-39].

- **La toxicité osseuse :**

Le risque de déminéralisation osseuse est décrit au cours des hépatites chroniques B indépendamment des analogues. La toxicité osseuse serait plus importante sous TDF.

Par rapport au TDF, le risque osseux est moindre avec le TAF [37 ; 38].

▪ **L'acidose lactique :**

Malgré le bon profil de tolérance de l'ETV, la survenue d'une acidose lactique reste une complication redoutable. Cet effet indésirable sévère est secondaire à une toxicité mitochondriale de l'ETV et se voit chez les patients ayant une insuffisance hépatique avancée avec un score MELD>22. Il n'existe pas de véritables contre-indications aux analogues. Néanmoins, une adaptation des posologies s'impose en cas d'insuffisance rénale

En tenant compte du niveau de résistance, on distingue Le TAF a été récemment approuvé au cours de l'hépatite B [22; 41 ; 43]. Comme le TDF, le TAF se métabolise en Tenofovir puis en Tenofovir diphosphate qui est le métabolite actif.

- **Les moyens endoscopiques :**

***Ligature des Varices**

* **Sclérose des Varices**

- **Les moyens chirurgicaux :**

***La transplantation hépatique**

* **Hépatectomie**

6.1.3. Indications de la transplantation hépatique :

Elle est indiquée en cas de cirrhose sévère, elle est parfois le dernier recours dans le traitement de l'hépatite B; elle peut être proposée dans des circonstances bien différentes: hépatite fulminante, ou la cirrhose décompensée voire le carcinome hépatocellulaire.

+ Cirrhose compensée : Analogues à haute barrière génétique.

+Cirrhose décompensée : Analogues à haute barrière génétique ou transplantation.

- Hépatite B aiguë durant la grossesse

D'une façon générale, les recommandations actuelles ne sont pas en faveur du traitement de la phase aiguë de l'infection en dehors des formes fulminantes.

- Hépatite chronique B chez les jeunes femmes en âge de procréer et durant la grossesse :

Le principe de l'efficacité de l'administration d'un analogue au 3^{ème} trimestre de la grossesse, cependant les parturientes déjà sous traitement continue durant toute la grossesse. Le TDF est la molécule recommandée et le Mali ne fait pas exception à cette recommandation.

Dans un essai réalisé en Chine [43] où les auteurs ont inclus 200 femmes enceintes Ag HBe(+) avec un ADN VHB >200.000 UI/mL, les participantes ont été tirées au sort pour avoir soit une prise en charge habituelle soit recevoir du Tenofovir à la dose de 300 mg/j par voie orale à partir de 30-32 semaines de gestation et jusqu'à la 4^{ème} semaine du postpartum. Les 34 femmes ont été suivies jusqu'à la 28^{ème} semaine du post-partum. Tous les nourrissons ont reçu une immunoprophylaxie et une vaccination dans les 12h suivant l'accouchement.

À la 28^{ème} semaine post-partum, le taux de TME était significativement plus faible dans le groupe Tenofovir que dans le groupe contrôle. Ceci était vrai aussi bien dans l'analyse en intention de traiter (5% vs 18%) que dans l'analyse per protocole (0% et 7%). Dans ce même essai, le profil de sécurité infantile était similaire dans le groupe TDF et le groupe contrôle, y compris les taux d'anomalies congénitales. Le profil de sécurité maternelle était aussi rassurant. Les auteurs ont constaté tout de même plus d'élévation de la créatinine (1,3 à 3N) dans le groupe TDF (7 vs 0). Après arrêt du TDF, une élévation des ALAT au-dessus de la normale a été plus fréquemment observée chez les mères du groupe TDF que chez celles du groupe témoin (45% vs 30%) [43].

2.9.2. Le traitement préventif :

Le traitement préventif est primordial et repose sur la vaccination qui doit être faite tôt dès la naissance. Chez le nouveau-né de mère porteuse de l'antigène HBs, il faut en plus faire une injection d'immunoglobulines spécifiques (Sérovaccination). La prévention de l'infection virale B peut être passive, active, ou mixte. La prévention passive repose sur l'administration d'immunoglobulines anti HBs la prévention active repose sur la production chez le malade d'anticorps anti- HBs grâce à la vaccination.

La prévention mixte est à la fois passive et active on la réalise en particulier à la naissance chez le nouveau-né d'une mère porteuse de l'antigène HBs.

*Un traitement par immunoglobulines spécifiques anti-HBs doit être envisagé dans les circonstances suivantes :

- Piqure avec du matériel contaminé
- nouveau-né d'une mère porteuse de l'antigène HBs positif
- Sujets contacts d'un malade atteint d'hépatite B.

La vaccination contre le virus de l'hépatite B est efficace à plus de 90% [48].

Les effets indésirables sont exceptionnels, il convient de vacciner :

Les nourrissons à la naissance, pour les nouveau-nés de mères porteuses de l'antigène HBs en association avec l'injection d'immunoglobulines anti HBs. La vaccination est principalement indiquée (ou obligatoire) dans ces groupes à risque :

- Le personnel de santé
 - Les toxicomanes intraveineux
 - Les sujets à partenaires sexuels multiples
 - Les malades polytransfusés
 - Les personnes exposées aux dérivés du sang
 - Les immunodéprimés
 - L'entourage de porteurs chroniques du VHB
-

- Les nouveaux nés de mère porteuse chronique de l'antigène HBs.

Le protocole de vaccination comporte quatre injections en sous cutané (s/c) ou en Intramusculaire (IM) de 1 ml pour l'adulte (s'étendant sur 12 mois : 0-1-6 et 12) avec un rappel tous les 15 ans. Des vaccins recombinants préparés grâce aux techniques de biologie moléculaire et de recombinaison en génétique sont actuellement disponibles: Engerix B et Genhevac B.

En cas de positivité l'AgHBs lors de dépistage au cours de la grossesse

La mise en évidence de la positivité de l'AgHBs chez la future mère doit conduire à une démarche systématique qui comporte 3 volets :

- En premier lieu, il faut clairement informer la future mère de cette infection par le VHB et de la nécessité d'une sérovaccination de son enfant dès la naissance. Afin que la sérovaccination ne soit pas retardée à la naissance, la séropositivité pour l'AgHBs doit être clairement mentionnée dans le dossier de la maternité. Les sérologies des hépatites C, Delta et du VIH doivent aussi être demandées.

- En second lieu, une enquête sérologique pour le VHB (AgHBs, anticorps anti-HBc et anticorps anti-HBs) doit être systématiquement proposée dans l'entourage familial et chez les partenaires.

- Enfin, un bilan complémentaire doit être effectué à la femme enceinte, numération formule plaquettes, taux de prothrombine et bilan hépatique. La connaissance du statut AgHBe/anticorps anti-HBe et du niveau de réplication virale (ADNVHB) sont également utiles.

Idéalement, la femme porteuse de l'AgHBs doit être vue en consultation d'hépatologie avant l'accouchement, ce qui permet d'établir un premier contact, de vérifier la conduite à tenir, et d'expliquer l'intérêt du suivi ultérieur. Si cette consultation n'est pas réalisable durant la grossesse, elle peut avoir lieu dans les semaines qui suivent l'accouchement mais il est préférable qu'il y ait eu un contact téléphonique entre l'équipe obstétricale (le plus souvent la sage-femme) et l'hépatologue [33].

2.9.3. Prévention de la transmission mère-enfant par la sérovaccination

2.9.3.a. Efficacité de la sérovaccination chez des nouveau-nés de mère antigènes HBs positif

Le risque de contamination des nouveau-nés de mères porteuses chroniques du VHB, en l'absence de sérovaccination préventive dès la naissance, est estimé à 20 % si la mère est AgHBs+ et à 80 à 90 % si celle-ci est AgHBs+ et antigène HBe+ (AgHBe+) tandis que l'efficacité de la vaccination des nouveau-nés des mère AgHBs positif est de 89 % [43] à 100% [44]. En effet, selon les auteurs, cette efficacité est de 85 à 92 % chez les femmes AgHBe positif et de 100 % chez les femmes AgHBe négatif [43].

La vaccination est donc recommandée dès la naissance pour tous les enfants particulièrement chez les enfants nés de mères porteuses chroniques du VHB. Il persiste cependant un taux d'échec vaccinal, de 4 à 15 % selon les publications, chez les enfants nés de mères AgHBs+ et AgHBe+ [43 ; 44; 45]

3.9.3.b. Les gammaglobulines anti-HBs

Il est recommandé de faire l'injection de gammaglobulines anti-HBs avant la douzième heure de vie [46], l'idéal étant probablement de la faire dès la naissance en salle d'accouchement. Chez le nouveau-né, l'injection est faite en intramusculaire dans la partie antéro-latérale de la cuisse, à un site différent de la première injection de vaccin.

Cette injection de gammaglobulines effectuée dès la naissance ne diminue pas la réponse à la vaccination. La dose de gammaglobulines varie selon les études (environ 30 UI/kg) [47]. Il a été préconisé de choisir la dose en fonction du risque de transmission selon que l'AgHBe chez la mère était positif (dose de 200 UI) ou négatif (dose de 100 UI) [48].

2.9.3.c. La vaccination du nouveau-né

Schéma de vaccination

La majorité des vaccins contre l'hépatite B autorisés actuellement sont obtenus par recombinaison génétique. C'est le schéma à 4 injections (0, 1, 6 et 12 mois) qui est actuellement recommandé. La première injection doit être faite dès la naissance, la deuxième injection doit être effectuée à l'âge de 1 mois, la troisième injection doit être effectuée à 6 mois et la quatrième à 12 mois. En cas de ressources financières suffisantes, comme à Taiwan, ces nouveaux nés reçoivent une dose d'immunoglobulines anti-VHB dans les 12 heures qui suivent la naissance. Ils recevront ensuite trois à quatre injections vaccinales dont la première quelques 12 heures après l'injection d'immunoglobulines anti-VHB, les deuxième et troisième doses interviennent à un et six mois respectivement [49].

Certains pays où la prévalence de l'infection par le VHB est plus faible ont également mis en place une vaccination de masse. Dans ces pays, on a montré que la vaccination des groupes à risque était insuffisante à contrôler la dissémination du virus [50]. Une étude sur la région picarde en Nord-Est de la France indique un respect insuffisant des recommandations pour les schémas de sérovaccination (non-conformité et non-pertinence), il convient donc de diffuser

Les références correctes à toute occasion pour favoriser leur application ; elles sont accessibles sur Internet [51].

2.9.3. d Effets indésirables du vaccin de l'hépatite B :

Toute vaccination peut s'accompagner d'effets secondaires. Nous n'évoquerons pas l'induction rare de mutants d'échappement à la vaccination. En dehors des effets locaux (douleurs au point d'injection) ou généraux (fièvre, céphalées), les accidents graves sont rares mais existent, allant des acrodermatites papuleuses aux encéphalites ou glomérulonéphrites. L'actualité a stigmatisé régulièrement depuis 1998 les risques d'atteintes neurologiques démyélinisantes centrales (sclérose en

plaques [SEP], myélite transverse), de myofasciites et de maladies générales auto-immunes attribuables à la vaccination contre le VHB [50]. Parmi les arguments épidémiologiques contre une relation causale entre la vaccination antivirale B et la sclérose en plaques (délais d'apparition aléatoires de 1 jour à plus d'1 an), le plus significatif est certainement que le nombre de scléroses en plaques dans la population vaccinée n'est pas supérieur (l'odd ratio est calculé à 1,5 mais avec un intervalle de confiance incluant l'unité, témoignant de l'absence de significativité) à celui de la population non vaccinée. La coïncidence entre l'apparition d'une sclérose en plaques ou d'une myélite transverse à la suite d'une vaccination contre l'hépatite B ne constitue donc pas en soi la preuve d'une relation causale entre la vaccination et les symptômes observés même si la relation chronologique est indiscutable [53]. C'est pourquoi, à ce jour, les autorités n'ont pas retenu de lien causal, d'autant plus que dans la plupart des pays européens (et aux États-Unis) où des programmes de vaccination des nourrissons ont été systématiquement proposés, aucun pays n'a signalé de recrudescence d'évènements indésirables de type neurologique associés à la vaccination. D'autres effets indésirables ont été décrits de manière exceptionnelle tels que l'apparition de cryoglobulinémie, de péri artérite noueuse, d'uvéite, de vascularite, d'acrodermatite. Le caractère immunomédié de ces réactions pourrait plaider en faveur de l'origine vaccinale de ces manifestations; cependant on ne peut exclure, de par leur caractère sporadique, de simples coïncidences.

METHODOLOGIE

III. Méthodologie :

3.1. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale

3.2. Cadre et lieu d'étude :

L'étude s'est déroulée dans l'unité d'hépatogastro-entérologie en collaboration avec le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V de Bamako. La ville est traversée par le fleuve Niger sur plusieurs kilomètres. Elle est divisée en six communes, dont quatre sur la rive gauche et deux sur la rive droite du fleuve.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est situé au quartier- Mali qui est parmi les huit quartiers de la Commune V du District de Bamako.

La Commune V du District de Bamako couvre une superficie de 41km², elle est limitée au Nord par le fleuve Niger, au Sud par la zone aéroportuaire et la Commune de Kalabancoro, à l'Est par la Commune VI et le fleuve Niger. Elle est composée de huit quartiers : Sema I, Badalabougou, Torokorobougou Quartier Mali, Bacodjicoroni, Sabalibougou, Kalabancoura et Daoudabougou.

En 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (avec appellation Service Socio Sanitaire de la Commune V ; En regroupement avec le service Social de la Commune V).

La création avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes. Ceci dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé dans chaque commune du district de Bamako. Actuellement le Centre compte à son sein 14 unités et 26 sections.

A ce jour, ce service de médecine dispose de 18 lits d'hospitalisation, 4 bureaux, 2 salles de gardes pour les internes et les infirmiers, 4 box de consultation.

- Personnel

Le personnel est composé de :

- Cinq (6) médecins spécialistes

- Cinq (5) médecins généralistes
- Un (1) coordinateur et son assistant,
- Un pharmacien
- Des infirmiers

3.3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée sur une période de (12) mois allant du 1^{er} Janvier 2022 au 31 Décembre 2022.

3.4. Population d'étude

La population d'étude était constituée par les patientes vues en consultation prénatale durant la période d'étude.

3.4.1. Critères d'inclusion

- Toutes les femmes enceintes porteuses du virus de l'hépatite B au cours de la grossesse.
- Toutes les femmes enceintes chez qui le consentement éclairé était approuvé

3.4.2. Critères de non-inclusion

- Parturientes n'ayant pas réalisé les bilans biologiques de confirmation
- Absence de consentement.

3.5. Echantillonnage

Un recrutement de toutes les parturientes répondants aux critères d'inclusion et de non inclusion correspondants aux périodes d'étude a été effectué.

$n = z^2 \times P \times (1-P) / m^2$; $n=88$; pour $p=0,036$, $z=1,96$, $m=0,05$

n = taille de l'échantillon

z =niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite(pour un niveau de de 95%, $z=1,96$ pour un niveau de confiance de 99%, $z=2,575$)

P =proportion estimée de la population qui présente la caractéristique.

$1-p$ = proportion attendu dans la population

m =marge d'erreur toléré.

3.6. Les méthodes :

Toutes nos patientes ont bénéficiés d'un examen clinique et d'examen complémentaire.

3.9.1. Interrogatoire a recherché:

- les caractères sociodémographiques de la femme: âge, parité, occupation.
- les facteurs de risque de contamination : tatouages, transfusion, lieu d'accouchement antérieur, antécédents familiaux d'hépatopathie, niveau de l'accoucheur.

3.9.2. Examen physique a comporté:

- l'examen obstétrical
- l'examen physique général: à la recherche de pathologie hépatique ou générale.

3.9.3. Examens paracliniques :

Ils ont porté sur la recherche de l'Ag HBs.

- En présence d'Ag HBs la recherche de l'Ag HBe, la quantification de la charge virale, le dosage des transaminases sériques et l'hémogramme ont été effectués. Les différents tests de diagnostic n'étaient pas élucidés.

- l'impact hépatique a été calculé à partir des transaminases sériques et des plaquettes par le score d'APRI

SCORE DE APRI= (ASATx100/ASATREF)/PLAQUETTES

- la fibrose était significative à partir de 0,66.

3.9.4. Examen morphologique:

- une échographie abdominale pour apprécier l'écho structure du foie.

3.9.5. Considération éthique :

Les règles et les principes éthiques ont été respectés par :

- la garantie de l'anonymat de l'étude.
- leurs consentements verbaux ont été indispensables pour l'inclusion.
- la validation de la demande d'autorisation auprès du médecin chef du centre.
- la validation du protocole de thèse par les encadreurs.

3.10. Supports :

Le traitement de texte et les graphiques sont faits sur le logiciel Word 2013 et Excel 2013. Les données sont saisies et analysées à partir du logiciel SPSS version 25.0.

3.11. Variables :

Pour atteindre les objectifs nous avons utilisé les variables sociodémographiques comme l'âge, la profession, la gestité, la parité, l'âge gestationnel, le niveau d'instruction, l'état matrimonial, les signes cliniques, les résultats biologiques et le score APRI.

RESULTATS

4. Résultats :

De Janvier à Décembre 2022, nous avons vu en consultation 1120 parturientes dont, 143 parturientes ont pu bénéficier de la recherche de l'AgHBs soit un taux de dépistage de 12,76%. Sur ces 143 femmes enceintes ayant effectuées la recherche de ce marqueur, 88 parturientes ont été dépisté positif soit un taux de 61,53%.

4.1. Données sociodémographiques :

4.1.1. Age :

Tableau II : Répartition des patientes à AgHBs positif selon la tranche âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
≤19	7	8,0
[20-29]	49	55,7
[30-35]	25	28,4
≥36	7	8,0
Total	88	100,0

La tranche d'âge de 20 à 29 ans a été la plus représentée soit 55,7%.

Aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2022.

4.1.2. Profession

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Fréquence	Pourcentage
Femme au foyer	42	47,7
Commerçante	15	17,1
Etudiante	10	11,3
Enseignante	8	9,1
Agent de santé	13	14,8
Total	88	100,0

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 42 patientes soit 47,7 % des cas et 14,8% des patientes étaient des agents de santé

4.1.3. Niveau d'instruction :

Tableau IV: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Primaire	30	34,1
Secondaire	18	20,5
Supérieur	12	13,6
Non scolarisée	28	31,8
Total	88	100,0

Dans 34,1 % de cas, nos parturientes avaient un niveau d'instruction primaire.

Aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2022.

4.1.4. Gestité :

Tableau V : Répartition des patientes selon la Gestité

Gestité	Fréquence	Pourcentage
Nullipares	10	11,4
Primipares	24	27,3
Paucipares	32	36,4
Multipares	16	18,2
Grandes Multipares	6	6,8
Total	88	100,0

Les paucipares étaient les plus majoritaires avec 36,4% des cas.

Tableau VI: Répartition des patientes selon les facteurs de risques.

Facteurs de risques	Fréquence	Pourcentage
Tatouage/scarification	8	9,1
Transfusion sanguine	10	11,1
Foyer polygamique	30	34,1
Partenaire sexuel multiple	40	45,7
Total	88	100,0

Nos parturientes avaient des partenaires sexuels multiples à 45,7%.

Aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2022.

4.2. Données d'examen cliniques :

4.2.1. Age de la grossesse :

Tableau VII : Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse au moment du dépistage.

Age de la grossesse	Fréquence	Pourcentage
1 ^{er} trimestre	8	9,1
2 ^{eme} trimestre	32	36,4
3^{eme} trimestre	48	54,5
Total	88	100,0

L'âge de la grossesse était supérieur à 6 mois dans 54,5 % des cas.

4.2.2. Examen physique :

Tableau VIII: Répartition des patientes selon les signes généraux et fonctionnels.

Signes généraux/fonctionnels	Fréquence	Pourcentage
Asthénie	20	22,7
Amaigrissement	6	6,8
Anorexie	7	7,9
Vomissement	10	11,5
Pyrosis	45	51,1
Total	88	100,0

Plus de la moitié de nos parturientes présentaient des pyrosis, soit 51,1%.

Dans 73,9 % des cas nos parturientes n'avaient aucun signe.

Aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2022.

Tableau IX : Répartition des patientes selon les signes cliniques.

Signes cliniques	Fréquence	Pourcentage
Hépatomégalie	2	2,3
Présence de pâleur	21	23,9
Aucun Signe	65	73,9
Total	88	100,0

Dans 73,9 % des cas nos parturientes n'avaient aucun signe.

4.3. Examens paracliniques :

4.3.1. Biologie :

Tableau X: Répartition des patientes selon le résultat des examens

Examens Biologiques	Fréquence	Pourcentage
AgHbe	Positif	5,7
	Négatif	94,3
Charge virale	<2000 UI/ml	68,2
	>=2000 UI/ml	31,8
Le taux d'hémoglobine	<11	35,2
	>=11	64,8
Plaquettes	<150.000	6,8
	>=150.000	93,2
ALAT	<40UI/l	59,1
	>=40UI/l	40,9
ASAT	<40UI/l	43,2
	>=40UI/l	56,8

L'antigène AgHbe était négatif dans 94,3% des cas.

La charge virale a été inférieure à 2000 UI/ml soit 68,2%.

Le taux d'hémoglobine était normal dans 64,8% des cas.

Les plaquettes ont été supérieures à 150.000 dans 93,2% des cas.

Le taux d'ALAT inférieur à 40 UI/L à 59,1% des cas

ASAT était supérieure à 40 UI/L dans 56,8% des cas.

Nos patients avaient réalisés les bilans biologiques dans 100% des cas.

4.3.2. Imagerie Médicale :

Tableau XI : Répartition des patientes selon le résultat de l'échographie abdominale

Echographie abdominale	Fréquence	Pourcentage
Normale	46	86,8
Foie dysmorphique	1	1,8
Hépatomégalie homogène	3	5,8
Hépatomégalie hétérogène	1	1,8
Splénomégalie homogène	2	3,8
Total	53	100,0

Le foie était normal dans 86,8% des cas.

4.4. Impact hépatique :

Tableau XII : Répartition des patientes selon le Score APRI

Score APRI	Fréquence	Pourcentage
Fibrose non significative ($<0,66$)	86	97,73
Fibrose significative ($\geq 0,66$)	02	2,27
Total	88	100

La fibrose était non significative dans 97,73% des cas.

4.5. Statut sérologique :

Tableau XIII: Répartition des patientes selon le statut sérologique

Statut AgHBs/AgHBe	Fréquence	Pourcentage
Infection chronique AgHBe positif	3	3,4
Infection chronique AgHBe négatif	30	34,1
Hépatite chronique AgHBe positif	2	2,3
Hépatite chronique AgHBe négatif	53	60,2
Total	88	100,0

4.6 Traitement :

Toutes les parturientes dont la charge virale était supérieure à 2000UI/ml ont reçues un traitement (Ténofovir 300mg 1cp par jour)

4.7 Statut des conjoints :

Sur les 88 conjoints, seulement 3 ont accepté le dépistage et ont été vaccinés

4.8 Vaccination des nouveau-nés :

La sérovaccination a été effectuée chez 100% nouveau-nés.

**COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION**

5. Commentaires et discussion :

Cette étude descriptive transversale qui s'est déroulée dans l'unité d'hépatogastro-entérologie en collaboration avec le service de gynéco-obstétrique sur une période de (12) mois allant de Janvier 2022 à Décembre 2022. Elle a permis de dépister 143 femmes enceintes (FE) dont 88 ont été dépisté positif soit un taux de 61,53%. Néanmoins la limite de cette étude est certainement le taux de dépistage car très faible à 12,76% par rapport aux parturientes vues en consultation. Cet échantillon a permis une analyse des facteurs sociodémographique et les paramètres biologiques chez ses parturientes.

La fréquence de l'infection par le VHB au cours de la grossesse varie d'un pays à un autre et d'un centre à un autre dans le même pays. Notre taux est supérieurs de celle de **Doumbia A et al. [54]** au CHU-Gabriel Touré qui a trouvé 17% d'hépatite B chez les femmes enceintes, **Sidibé S et al [55]**, **Sbiti M et al [57]** au Maroc et **Sidibé M et al. [58]** au Mali sont respectivement 15,5%, 2,35% et 10,53% des cas de l'hépatite B au cours de la grossesse.

Cette fréquence nous interpelle pour une sensibilisation de toutes les personnes impliquées dans la prise en charge des parturientes pour atteindre les recommandations de l'OMS selon laquelle toutes les femmes enceintes doivent bénéficier de la recherche de l'Ag HBs.

Ceci pourrait s'expliqué par le fait que nous sommes dans une zone de forte endémicité pour le virus de l'hépatite B [16]

Dans notre série la tranche d'âge la plus touchée a été celle de 20-29 ans avec une fréquence de 55,70% des cas. Ces résultats concordent avec ceux de **Doumbia K et al. [54]** qui avait rapporté 58,9 % des cas, mais supérieur à **Sidibé M et al. [58]** avec une tranche d'âge de 19-34 soit 78,8% des cas. Il ressort de ces résultats que la tranche d'âge fréquemment touchée par l'atteinte du virus de l'hépatite B pourrait être en rapport avec la contamination précoce périnatale avec le virus. Il s'agit également d'une tranche d'âge jeune et sexuellement active s'exposant

donc à plus de risques. Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 42 patientes, soit 47,7% qui serait similaire à l'étude de **Sidibé M et al. [58]** avec 49,1% des cas. Les paucipares représentaient 36,4% des cas avec un retard de consultation prénatale dépassant le 2^{ème} trimestre de la grossesse dans plus de la moitié des cas (54,5%). Nos parturientes ne présentaient pas terrain d'infection au VIH et la sérologie BW.

La réalisation du taux de l'Ag Hbs au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse avec une positivité dans 54,5% des cas concorde avec celle de **Doumbia K et al. [54]** qui avait eu un âge de réalisation de plus de six (06) mois. Ce retard de dépistage pourrait s'expliquer par un niveau socio-économique bas.

L'Ag HBe était positif chez 5,7% de nos patientes tandis que chez les **Doumbia K et al. [54]** avaient rapporté 13,6% de parturiente et l'étude danoise avec 17,5% très différents du Mali **[59]** et à celle de **Ba A et al. [60]** avec 33,3% des cas.

La charge virale était élevée dans notre étude avec 31,8% des cas et les mères ont reçues traitement antiviral par Ténofovir. Cette étude serait comparable à celle de **Doumbia K et al. [54]** soit 32,7% mais largement supérieur à **Konaté M et al. [61]** qui avait rapporté un taux de 5,7%. Ces résultats démontrent la nécessité de dépistage précoce et déterminer la charge virale chez les parturientes à Ag HBs positif en vue d'une PTME et d'une prise en charge de la femme enceinte.

En effet plus la charge virale est élevée plus le risque de contamination de l'enfant est élevé et le passage à la chronicité est fréquente. Une cytololyse hépatique était observée chez 40,9% de nos parturientes alors que **Ba A et al. [60]** et **Konaté M et al. [61]** ont rapporté respectivement des taux de 10% et 7,41%, notre résultats serait supérieur à l'étude de **Doumbia K et al. [54]** avec 28,8% des cas. Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de notre échantillon plus élevée que celle des autres.

L'échographie abdominale était normale dans 86,8% des cas, ce résultats serait similaire à celle de **Doumbia K et al. [54]** qui avait rapporté 90,8% d'échographie

Aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2022.

normale. Ceci pourrait s'expliquer par la réalisation de l'échographie à chaque trimestre de la grossesse.

Dans le score d'APRI, la fibrose était non significative dans 97,73% des cas.

Le score d'APRI utilisé pour l'impact hépatique est universellement admis, plus accessible, simple et non vulnérable. Le statut du conjoint vis-à-vis du VHB était méconnu, 31,8% de nos parturientes ont été mis sous ténofovir 300.

Tous les nouveaux-nés sont sortis avec un état satisfaisant et ont reçu la sérovaccination dans les 12 à 24 heures après la naissance une injection des immunoglobulines spécifiques de l'hépatite B (HBIg) à 180 UI.

**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS**

6. Conclusion et recommandations :

6.1 Conclusion :

L'hépatite B est un problème majeur de santé publique. Sa prévalence chez les gestantes reste élevée. Cette infection atteint les plus jeunes et majoritairement les femmes au foyer. Le dépistage était tardif au 3^{ème} trimestre de la grossesse et la majorité des patientes n'avaient pas besoin d'être traitée.

La prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B initiée tôt contribue à l'amélioration du pronostic materno-fœtal.

6.2 Recommandations :

Aux autorités politiques :

- Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation sur le dépistage gratuit des hépatites virales,
- Réviser les programmes normes et procédures afin d'instaurer la vaccination contre l'hépatite B dans le programme élargie de vaccination dès la naissance chez tous les nouveau-nés quel que soit le statut sérologique de la mère.
- Rendre accessible les examens biologiques hépatiques et à moindre coût,
- Étendre le dépistage gratuit sur toute l'étendue du territoire.
- Assurer la vaccination gratuite de tous les nouveaux-nés contre le virus de l'hépatite B à la naissance.

Aux praticiens :

- Dépister systématiquement toutes les femmes enceintes à l'AgHbs dès le 1er trimestre de la grossesse,
- Orienter toute femme enceinte dépistée positive à l'AgHbs en consultation spécialisée pour une prise en charge effective,
- Veiller à la sérovaccination de tous les enfants nés de mère AgHBs positif.
- Faire des causeries éducatives sur les risques liés à l'hépatite B au cours des CPN.

A la population:

- Respecter les règles d'hygiène pendant les pratiques traditionnelles de scarifications,
- Effectuer le dépistage systématique de l'infection par le VHB.
- Accepter de faire la vaccination et la sérothérapie des nouveau-nés nés de mères antigène HBS positifs.

REFERENCES

Références

1. **Tiollais P, Chen Z.** The hepatitis B. *Pathol Biol (Paris)*. août 2010;58(4):243- 4.
2. **Ranger-Rogez S, Alain S, Denis F.** [Hépatites virales: transmission mère à enfant]. *Pathol Biol (Paris)*. nov 2002;50(9):568- 75.
3. **Coulibaly K.** **Contribution à la transmission verticale de l'hépatite B**
Prévalence de l'antigène HBs chez 206 couples mères enfants. USTTB. [Thèse pharam], Bamako 1983 ; N°06 : 101p
4. **OMS.** Hépatite B. Aide-mémoire, 2013, N°204 : 16p.
5. **Perlemuter L. Perlemuter G.** **Guide de thérapeutique,**[Livre] 3^{ème} édition. Masson, Paris 2003 : 942p.
6. **Diarra AB, Guitteye H, Fomba M, Cissé M, Traore D, Traore A, et al.** Les hépatites virales B et C chez les donneurs de sang du centre national de transfusion sanguine de Bamako, Mali. *Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie*. 4 déc 2019;14(2):58- 61.
7. **Tembely K.** Les transaminases chez les donneurs de sang au CNTS de Bamako. USTTB. [Thèse de pharm], Bamako 2002, N°21 : 95p.
8. **Guindo O.** Infection VIH et VHB chez les donneurs de sang au CNTS de Bamako. USTTB. [These Pharm]. Bamako 2003, N°46 : 75p.
9. **Bourel M.** **Hépatologie.** [Livre], Paris: Ellipses, 1991 : 384p
10. **Buffet Pelletier G.** **Abrégé d'hépatologie.** [Livre] Paris : Masson, 1994 : 408p.
11. **Eugène C.** **Les hépatites virales.** [Livre] Paris : Elsevier Masson, 2000 : 226p
12. **Bacq Y.** **Hépatite virale B et Grossesse.** *Gastroentérologie Clinique et Biologique Part 2*, January 2008, 32, (1) : 12-19
13. **Hannachi N, Bahri O, Mhalla S, Marzouk M, Sadraoui A, Belguith A, et al.** Hépatite virale B chez les femmes enceintes tunisiennes : facteurs de risque et intérêt de l'étude de la réplication virale en cas d'antigène HBe négatif. *Pathologie Biologie*. 1 mai 2009;57(3):e43- 7.
14. **Alassan KS, Imorou RS, Sonombiti H, Salifou K, Ouendo EM.** Séroprévalence et facteurs associés à l'hépatite virale B chez les gestantes à Parakou en République du Bénin. *Pan Afr Med J*. 18 juill 2019;33:226.
15. **Sidibé, S., Sacko, Y. et Traoré, I.** (2001) Prévalence des marqueurs sérologiques du virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes dans le district

- de Bamako, Mali. Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, 2(7) : 339-341.
16. **Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Dubois F, Antona D, Lemasson JM, et al.** Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important predictors after adjusting for known risk factors. *J Med Virol.* avr 2010;82(4):546- 55.
17. **Jardi R, Rodriguez F, Buti M, Costa X, Cotrina M, Valdes A, et al.** Quantitative detection of hepatitis B virus DNA in serum by a new rapid real-time fluorescence PCR assay. *J Viral Hepat.* nov 2001;8(6):465- 71.
18. **PatitiMohr R, Boesecke C, Wasmuth J C.** *Hes B In:Mauss S, Berg T,Rockstroh J, Sarrazin C, Wedemeker H.Hepatology 8è edition 2017.Hamb Mediz Fokus Verlag 2017; 8:39-53.*
19. **European Association for the Study of the Liver.** Electronic address: easloffice@easloffice.eu, European Association for the Study of the Liver. *EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. J Hepatol.* août 2017;67(2):370- 98.
20. **Hess J, Gonvers J, Moradpour D.** Quand et comment traiter les hépatites B et C. *Rev Med Suisse* 2005 ; 1 : 237-41
21. **Lavanchy D.** Hepatitis B virus epidemiology, disease burden, treatment, and current and emerging prevention and control measures. *J Viral Hepat.* mars 2004;11(2):97- 107.
22. **Canho R, Grosheide PM, Mazel JA, Heijntink RA, Hop WC, Gerards LJ, et al.** Ten-year neonatal hepatitis B vaccination program, The Netherlands, 1982-1992: protective efficacy and long-term immunogenicity. *Vaccine.* oct 1997;15(15):1624- 30.
23. **Katilé D , Konaté I, Goita D , Kaboré M , Dicko MY , Mallé O et al.** Rapport sur la prévalence des marqueurs de l'infection par le virus de l'hépatite B au Mali. *Health Sci. Dis: Vol 19 (4) : 35p.*
24. **Ngui SL, Andrews NJ, Underhill GS, Heptonstall J, Teo CG.** Failed postnatal immunoprophylaxis for hepatitis B: Characteristics of maternal hepatitis B virus as risk factors. *Clin Infect Dis* 1998; 27(1):106p.
25. **Tse KY, Ho LF, Lao T.** The impact of maternal HBsAg carrier status on pregnancy outcomes: a case-control study. *J Hepatol* 2005; 43:771-5.
-

26. **Alexander JM, Ramus R, Jackson G, Sercely B, Wendel GD.** Risk of hepatitis B transmission after amniocentesis in chronic hepatitis B carriers. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 1999;7(6):283- 6.
27. **Soderstrom A, Norkrans G, Lindh M.** Hepatitis B virus DNA during pregnancy and post-partum: aspects on vertical transmission. *Scand J Infect Dis* 2003; 35:814-9.
28. **Andrieu A, Boulot P, Criballet G, Chassagne P, Chanal C, Fournier FS. et al.** Référentiel grossesse et hépatites. Languedoc Roussillon Réseau hépatite 2013 : 24p.
29. **Ismail SK, Kenny L.** Review on hyperemesis gravidarum. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2007;21(5):755- 69.
30. **Riely CA.** Liver disease in the pregnant patient. *American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol.* juill 1999;94(7):1728- 32.
31. **Chazouillères O, Bacq Y.** [The liver and pregnancy]. *Gastroenterol Clin Biol.* mai 2004;28(5 Suppl):D84-91.
32. **Benjaminov FS, Heathcote J.** Liver disease in pregnancy. *Am J Gastroenterol.* déc 2004;99(12):2479- 88.
33. **Ambros-Rudolph CM, Glatz M, Trauner M, Kerl H, Müllegger RR.** The importance of serum bile acid level analysis and treatment with ursodeoxycholic acid in intrahepatic cholestasis of pregnancy: a case series from central Europe. *Arch Dermatol.* juin 2007;143(6):757- 62.
34. **Le Thi Thuong D, Tieulié N, Costedoat N, Andreu MR, Wechsler B, Vauthier-Brouzes D, et al.** The HELLP syndrome in the antiphospholipid syndrome: retrospective study of 16 cases in 15 women. *Ann Rheum Dis.* févr 2005;64(2):273- 8.
35. **Fesenmeier MF, Coppage KH, Lambers DS, Barton JR, Sibai BM.** Acute fatty liver of pregnancy in 3 tertiary care centers. *Am J Obstet Gynecol.* mai 2005;192(5):1416- 9.
36. **Ibdah JA.** Acute fatty liver of pregnancy: An update on pathogenesis and clinical implications. *World J Gastroenterol.* 14 déc 2006;12(46):7397- 404.
37. **Lampertico P, Chan HLY, Janssen HLA, Strasser SI, Schindler R, Berg T.** Review article: long-term safety of nucleoside and nucleotide analogues in

HBV-monoinfected patients. *Aliment Pharmacol Ther.* juill 2016;44(1):16- 34.

38. **Chan HL, Fung S, Seto WK, Chuang W-L, Chen C-Y, Kim HJ, et al.** Tenofovir alafenamide vs tenofovir disoproxil fumarate for the treatment of HBeAg positive chronic hepatitis B virus infection: a randomized, double-blind, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet Gastro Enterol Hepatol* 2016; 1:185-195.
39. **Brunetto M, Lim YS, Gane E, Seto WK, Osipenko M, Ahn SH et al.** A phase 3 study comparing tenofovir alafenamide (TAF) to tenofovir disoproxil fumarate (TDF) in patients with HBeAg negative, chronic hepatitis B (CHB): efficacy and safety results at week 96. *J Hepatol* 2017; 66: S25-S26.
40. **World Health Organization.** Guidelines on hepatitis B and C testing : 2017 : 204p
41. **Terrault N, Lok A, McMahon B, Chang K, Hwang J, Jonas M, et al.** Update on Prevention, Diagnosis, and Treatment and of Chronic Hepatitis B: AASLD 2018 Hepatitis B Guidance. *Hepatology.* avr 2018;67(4):1560- 99.
42. **Pan CQ, Duan Z, Dai E, Zhang S, Han G, Wang Y, et al.** Tenofovir to Prevent Hepatitis B Transmission in Mothers with High Viral Load. *N Engl J Med.* 16 juin 2016;374(24):2324- 34.
43. **Vranckx R, Alisjahbana A, Meheus A.** Hepatitis B virus vaccination and antenatal transmission of HBV markers to neonates. *J Viral Hepat.* mars 1999;6(2):135- 9.
44. **Hamdani-Belghiti S, Bouazzaou NL.** [Mother-child transmission of hepatitis B virus. State of the problem and prevention]. *Arch Pediatr.* août 2000;7(8):879- 82.
45. **Song YM, Sung J, Yang S, Choe YH, Chang YS, Park WS.** Factors associated with immunoprophylaxis failure against vertical transmission of hepatitis B virus. *Eur J Pediatr.* août 2007;166(8):813- 8.
46. **Selton D, André M, Hascoët J-M.** Efficacité de la sérovaccination chez des nouveau-nés de mères antigènes HBs positif : à propos de 60 observations. *J Gyn Obst et Biol* 2009 ; 38: 500-509.
47. **Denis F.** **Vaccination contre l'hépatite B.** EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). *Hépatologie* 2007; B32 :7-15.

48. **Zoulim F, Kay A, Merle P, Trepo C.** High incidence of hepatitis B infections among chronic hepatitis cases of unknown aetiology. *J Hepatol.* 2001 Mar;34(3):447-54. doi: 10.1016/s0168-8278(00)00100-8.
49. **Zuckerman JN.** Review: hepatitis B immune globulin for prevention of hepatitis B infection. *J Med Virol.* juill 2007;79(7):919- 21.
50. **Da Villa G.** Rationale for the infant and adolescent vaccination programmes in Italy. *Vaccine.* 18 févr 2000;18 Suppl 1:S31-34.
51. **Note d'information DGS/SD5C/DHOS/E2 No 2006-138 du 23 mars 2006.** Diffusant un avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section maladies transmissibles, relatif à la vaccination des nouveau-nés : 3p.
52. **Hernan MA, Jick SS, Oleck MJ, Jick H.** Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis: A prospective study. *Neurology* 2004; 63: 838.
53. **Zipp F, Weil JC, Einhaupl KM.** No increase in demyelinating diseases after hepatitis B vaccination. *Nat Med* 1999; 5: 964-5.
54. **Sow H, Dicko MY, Sanogo SD, Traore A, Tounkara MS, Bocoum A, Fane S et al.** L'infection par le virus de l'hépatite B chez la femme enceinte dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré ; *Mali médical* tome XXXVII N°2 ; 2022 ; 56-60.
55. **Sidibé S, Sacko Y, Traore Y.** Prévalence des marqueurs sérologiques du virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes dans le district de Bamako, Mali. *Bull Soc PatholExot.* 2001; 94(4): 339- 341
56. **Lohoues MJK, Touré M, Camara BM.** Transmission materno-foetale du virus de l'hépatite B en Côte-d'Ivoire. *Plaidoyer pour la vaccination de masse.* *Cahiers santé* : 1998; 8: 401-404
57. **Sbiti M, Khalki H, Benbella I, louzi L.** Séroprévalence de l'AgHBs chez la femme enceinte dans le centre du Maroc. *Pan Afr Med J.* 1 juill 2016;24:187.
58. **Sidibé M, Sacko M, Sangho HA.** Epidémiologie de la transmission de mère-enfant du virus de l'hépatite B dans le district de Bamako. *L'Eurobiologiste* 2000 ; 34(246) :93-96.
59. **Harder KM, Cowan S, Eriksen MB, Krarup HB, Christensen PB.** Universal screening for hepatitis B among pregnant women led to 96% vaccination coverage among newborns of HBsAg positive mothers in Denmark. *Vaccine* 2011; 29(50): 9303-7.
60. **Ba A.** Transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B au CHN-YO de Ouagadougou. [Thèse Med], Ouagadougou 2002; N°019 : 116p.

Aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2022.

61. **Konaté M.** Prévalence de l'AgHBs chez les femmes enceintes au CSRef Commune IV du district de Bamako. Thèse Med, Bamako, 2019; N°380 : 98p.

ANNEXES

Annexes

Fiche d'enquête :

Nous avons élaboré une anonyme de collecte des données comportant des paramètres relatifs aux données sociodémographique et aux différentes étapes de réalisations de l'examen.

Numéro du Dossier :

Identité de la patiente

Nom : _____ Prénom : _____
Age : _____ Ethnie : _____
Profession : _____ Adresse : _____
Numéro de Tel : _____ Date : _____

I. Antécédents de la Patiente :

Médicaux : hépatopathie connue OUI NON

Autres à préciser:-----

Chirurgicaux : OUI NON

Si OUI à préciser:-----

Gynéco-obstétriques :

-Parité:

- Mode d'accouchement antérieur: 1 : Voie basse 2 : césarienne

Lieux de la structure d'accouchement:

1 :domicile 2 : cscm 3 : CSRef 4 :hôpital

Médicamenteux : OUI NON

Si OUI à préciser:-----

Familiaux d'hépatopathie : OUI NON

Si OUI à préciser:-----

Aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2022.

II. Facteurs de risque :

Tatouage/scarification: OUI NON

Transfusion sanguine: OUI NON

Toxicomanie IVD: OUI NON

Partenaires sexuels multiples: OUI NON

Nombre de la fratrie:-----

Statut du conjoint vis à vis du VHB connu: oui non:

Si oui: positif négatif

Autres expositions : OUI NON

Si OUI à préciser-----

III. EXAMEN PHYSIQUE :

a-Obstétrical:

Age de la grossesse:-----

b-General:

Amaigrissement : OUI NON

Ictère : OUI NON

Pâleur : OUI NON

TA : FC : FR : T0 :

IMC : Poids : Taille :

Résultat de l'examen général:-----

IV. Examens paracliniques:

Ag HBs : Positif Négatif

Ag HBe : Positif Négatif

Charge virale de VHB UI/ml:-----

Transaminases :

ALAT : ASAT : CREATININEMIE :

Aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2022.

Hémogramme :

Hb : Leucocytes : plaquettes :

Echographie abdominale

Score d'APPRI

V. Traitement :

Tenofovir Entecavir

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KEITA

Prénom : Timothée

Année universitaire : 2022-2023

Date de naissance : 07/07/1995

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, d'odontostomatologie et de la faculté de pharmacie de Bamako

Titre : Aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2022.

Résumé :

Introduction :

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est l'un des principaux problèmes de santé publique à l'échelle mondiale. Cette étude a pour but d'étudier les aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako.

METHODOLOGIE: Il s'agissait d'une étude descriptive transversale allant de Janvier 2022 à Décembre 2022 incluant toutes les patientes porteuses du VHB au cours de la grossesse au centre de santé de référence de la commune v.

RESULTAT: Durant cette période, 1120 gestantes ont été vues en CPN nous avons enrôlé 143 femmes enceintes qui ont effectué la recherche de l'Ag HBs soit un taux de 12,76%. Parmi ces 143 gestantes 88 ont été dépistées positives au VHB soit un taux de 61,53%. La tranche d'âge de ces femmes était de 20 à 29 ans. Nos parturientes étaient des paucipares dans 36,4%. Environ 54,5% des gestantes avaient consulté pour la première fois au 3ème trimestre de la grossesse. Les signes cliniques alarmants étaient absents chez 73,9% des cas.

Aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2022.

Une cytolysé hépatique était retrouvée chez 40,9%; une répllication virale était observée chez 5,7% des gestantes et la charge virale était élevée chez 31,8% de nos cas. La fibrose était non significative selon un score APRI chez 97,73%.

CONCLUSION : L'infection par le VHB au cours de la grossesse atteint les plus jeunes et majoritairement les femmes au foyer

Mots clés : Grossesse, prévalence, virus hépatite B, CSRéf CV, Mali.

SAFETY DATA SHEET

Name: KEITA

First name: Timothy

Academic year: 2022-2023

Date of birth: 07/07/1995

City of residence: Bamako

Country of origin: Mali

Place of deposit: Library of the faculty of medicine, odontostomatology and the faculty of pharmacy of Bamako

Title: Epidemiological-clinical aspects of hepatitis B during pregnancy at the Reference Health Center of Commune V of Bamako in 2022.

Summary:

Introduction:

Hepatitis B virus (HBV) infection is one of the major public health problems worldwide. This study aims to study the epidemiological-clinical aspects of hepatitis B during pregnancy at the Reference Health Center of Commune V of Bamako.

METHODOLOGY: This was a cross-sectional descriptive study ranging from January 2022 to December 2022 including all patients carrying HBV during pregnancy at the municipality's reference health center v.

RESULT: During this period, 1120 pregnant women were seen in CPN.

We enrolled 143 pregnant women who tested for HbsAg ie. a rate of 12.76%. Among these 143 pregnant women, 88 were screened positive for HBV, representing a rate of 61.53%. The age range of these women was from 20 to 29 years old. Our parturients were pauciparous in 36.4%. Around 54.5% of pregnant women had consulted for the first time in the 3rd trimester of pregnancy. Alarming clinical signs were absent in 73.9% of cases. Hepatic cytolysis was found in 40.9%; viral replication was observed in 5.7% of pregnant women and

Aspects épidémiocliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2022.

the viral load was high in 37% of our cases. Fibrosis was not significant according to an APRI score in 3.4%.

CONCLUSION: HBV infection during pregnancy affects the youngest and mainly housewives

Key words: Pregnancy, prevalence, hepatitis B virus, CSRef CV, Mali.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je le Jure!!!