

Ministère de l'Enseignement Supérieur

REPUBLIQUE DU MALI

Et de la Recherche Scientifique

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE
N°.....

UNIVERSITAIRE

2022-2023

TITRE

**Etude de l'Antigène HBS chez les Femmes
enceintes suivies dans le CSCOM de Kati
Sananfara**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 18/12/2024 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : **Mme Maria DEMBELE**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M. Soukalo DAO, Professeur

Membres : M. Mamadou Sima, Maître de conférences

M. Mamadou Sanogo, Médecin

Directeur : M. Yacouba CISSOKO, Maître de Conférences

LISTE ACTUALISÉE DES ENSEIGNANTS :

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023 – 2024

I. ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **Mr Mamadou Lamine DIAKITÉ** - PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

II. LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

1	Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
2	Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
3	Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
4	Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie
5	Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
6	Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
7	Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
8	Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
9	Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
10	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
11	Mr Issa TRAORE	Radiologie
12	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
13	Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
14	Mr Salif DIAKITÉ	Gynéco-Obstétrique
15	Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
16	Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
17	Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
18	Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
19	Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
20	Mr Amadou DOLO	Gynéco- Obstétrique
21	Mr Baba ROUMARE	Psychiatrie
22	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
23	Mr Bréhima ROUMARE	Bactériologie – Virologie
24	Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
25	Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
26	Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
27	Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
28	Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
29	Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
30	Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
31	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
32	Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
33	Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
34	Mr Aihousseini Ag MOHAMED	ORL

Etude de la Séroprévalence de l'Antigène HBS chez les Femmes enceintes suivies dans le CSCOM de Kati Sananfara

35	Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
36	Mr Issa DIARRA	Gynéco- obstétrique
37	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
38	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entérologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
39	Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
40	Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
41	Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
42	Mme SIDIBÉ Assa TRAORÉ	Endocrinologie Diabétologie
43	Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
44	Mme Fatimata Sambou DIABATÉ	Gynéco- obstétrique
45	Mr Bakary Y SACKO	Biochimie
46	Mr Moustapha TOURE	Gynéco- obstétrique
47	Mr Bakary DIALLO	Cardiologie
48	Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
49	Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
50	Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
51	Mr Mamadou TRAORE	Gynéco – Obstétrique
52	Mr Mamadou Sounalo TRAORE	Santé Publique
53	Mr Mamadou DEMBÉLÉ	Médecine Interne
54	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
55	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
56	Mr Aronna TOGORA	Psychiatrie
57	Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
58	Mr Oumar W ANE	Chirurgie Dentaire
59	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
60	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
61	Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
62	Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
63	Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
64	Mr Aly TEMBELY	Urologie
65	Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
66	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
67	Mr Bah KEITA	Pneumo – Phtisiologie
68	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
69	Mr Samba Karim TIMBO	ORL et Chirurgie cervico – faciale
70	Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
71	Mr Samba DIOP	Anthropologie médicale et éthique en Santé
72	Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
73	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
74	Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
75	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
76	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

III. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PARR GRADE

A. D.E.R. CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

a. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHES

1	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
2	Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
3	Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
4	Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
5	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale Chef de DER
6	Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
7	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
8	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
9	Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
10	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
11	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
12	Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
13	Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
14	Mr Broulaye Massaoulé SA MAKE	Anesthésie Réanimation
15	Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
16	Mme Kadiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
17	Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie – Obstétrique
18	Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
19	Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
20	Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
21	Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
22	Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
23	Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
24	Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale

b. MAITRES DE CONFÉRENCES / MAITRES DE RECHERCHES

1	Mr Nouhoum DI ANI	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
3	Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
4	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
5	Mr Thierno Madan DIOP	Anesthésie Réanimation
6	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
7	Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
8	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
9	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
10	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
11	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
12	Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
13	Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie

Etude de la Séroprévalence de l'Antigène HBS chez les Femmes enceintes suivies dans le CSCOM de Kati Sananfara

14	Mr Adama I GUINDO	Ophtalmologie
15	Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
16	Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
17	Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
18	Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie – Obstétrique
19	Mr Tioukany THERA	Gynécologie – Obstétrique
20	Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie – Obstétrique
21	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie – Obstétrique
22	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie – Obstétrique
23	Mr Seydou FANE	Gynécologie – Obstétrique
24	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie – Obstétrique
25	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie – Obstétrique
26	Mr Soumana Oumou TRAORE	Gynécologie – Obstétrique
27	Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie – Obstétrique
28	Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
29	Mr Mamadou Tidiani COULI	Urologie
30	Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
31	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
32	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
33	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
34	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
35	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
36	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
37	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
38	Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
39	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
40	Mr Sékou Brehima KOUMARE	Chirurgie Générale
41	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
42	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
43	Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
44	Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
45	Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
46	Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
47	Mr Siaka SOUMAORO	ORL
48	Mr Boubacar GUINDO	ORL – CCF
49	Mr Youssouf SIDIBE	ORL
50	Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
51	Mr Bougadari COULIBALY	Prothèse Scellée
52	Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
53	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo – Faciale
54	Mr Alhouseïny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo – Faciale
55	Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
56	Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
57	Mr Mahamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
58	Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
59	Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie

60	Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
61	Mr Layes TOURE	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
62	Mr Mahamadou DIALLO	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

c. MAÎTRE ASSISTANTS / MAÎTRES DE RECHERCHES :

1	Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
2	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
3	Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4	Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
5	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
6	Mme Fadima Koreissy TALL	Anesthésie Réanimation
7	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
8	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
9	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
10	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
11	Mme KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo - Faciale

d. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE :

1	Mme Lydia B. SITA	Stomatologie
---	-------------------	--------------

B. D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES :

a. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE :

1	Mr Cheick Bougadary TRAORE	Anatomie - Pathologie Chef de DER
2	Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
3	Mr Mahamadou A.	Parasitologie – Mycologie
4	Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
5	Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
6	Mr Bakary MAIGA	Immunologie
7	Safiatou N'ARE	Parasitologie – Mycologie

b. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1	Mr Karim TRAORE	Parasitologie – Mycologie
2	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie – Mycologie
3	Mr Moussa FANE	Biologie, Santé publique, Santé – Environnement
4	Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie-Virologie
5	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
6	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
7	Mme Djénèba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
8	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie

9	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
10	Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
11	Mr Oumar SA MASSEKOU	Génétique/Génomique
12	Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
13	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie pathologie
14	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
15	Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/ Biochimie Clinique
16	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et Cytogénétique
17	Mr Drissa COULIBALY	Entomologie Médicale
18	Mr Adama DAO	Entomologie Médicale
19	Mr Ousmane MAIGA	Biologie. Entomologie. Parasitologie

c. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHES

1	Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
2	Mme Mariam TRAORE	Pharmacologie
3	Mr Saidou BALAM	Immunologie
4	Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie
5	Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en anglais adapté à la recherche Biomédicale
6	Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
7	Mr Sidy BANE	Immunologie
8	Mr Moussa KEITA	Entomologie. Parasitologie

d. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1	Mr Harouna BAMBBA	Anatomie Pathologie
2	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3	Mr Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
4	Mr Tata TOURE	Anatomie
5	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie, Parasitologie médicale
6	Mme Nadié COULIBALY	Microbiologie, Contrôle Qualité

C. D.E.R. DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

a. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHES

1	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
2	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
3	Mr Daouda K, MINT A	Maladies Infectieuses et Tropicales
4	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
5	Mr Moussa T, DIARRA	Hépto Gastro-Entérologie
6	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
7	Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
8	Mr Yacouba TOI.OBA	Pneumo-Phtisiologie Chef de DER
9	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
10	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie

11	Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
12	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale
13	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
14	Mr Abdoul Aziz DIAKITÉ	Pédiatrie
15	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie

b. MAÎTRES DE CONFÉRENCES / MAÎTRES DE RECHERCHES

1	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
2	Mme Djénèbou TRAORE	Médecine Interne
3	Mr Djibril SY	Médecine Interne
4	Mr Idrissa Ah CISSE	Rhumatologie
5	Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
6	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
7	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
8	Mr Mamadou DIAKITÉ	Cardiologie
9	Mr Massama KONATE	Cardiologie
10	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
12	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
13	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
14	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
15	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
16	Mariam SAKO	Hépto – Gastro – Entérologie
17	Anselme KONATÉ	Hépto – Gastro – Entérologie
18	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépto – Gastro – Entérologie
19	Mme Hourouma SOW	Hépto – Gastro – Entérologie
20	Mme Saran Deborah SANOGO	Hépto – Gastro – Entérologie
21	Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
22	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
23	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
24	Mme N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
25	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
26	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
27	Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
28	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
29	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
30	Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
31	Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
32	Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
33	Mr Ouncoumba DI ARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
34	Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
35	Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
36	Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
37	Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
38	Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
39	Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
40	Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
41	Mr Souleymane dit Papa	Psychiatrie

	COULIBALY	
42	Mr Seybou HASSANE	Neurologie
43	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
44	Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
45	Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
46	Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
47	Mme Djénèba KONATE	Pédiatrie
48	Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
49	Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
50	Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
51	Mme SOW Djénèba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
52	Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
53	Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
54	Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
55	Mr Seydou SY	Néphrologie
56	Mr Mamadou AC. CISSE	Médecine d'Urgence

c. MAÎTRES ASSISTANS / CHARGÉS DE RECHERCHES

1	Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
2	Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
3	Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
4	Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
5	Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
6	Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
7	Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
8	Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie – Neurophysiologie
9	Mme Siritio BERTHE	Dermatologie
10	Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
11	Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/ Communautaire
12	Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/ Communautaire
13	Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/ Communautaire
14	Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
15	Mr Yacouba FOFANA	Hématologie

d. ASSISTANTS / ATTACHÉS DE RECHERCHES

1	Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
---	------------------------	----------------------

D. D.E.R. DE SANTÉ PUBLIQUE

a. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHES

1	Mr Seydou DOUMBIA	Épidémiologie
2	Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique. Chef de D.E.R.
3	Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale.

b. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHES

1	Mr Sory Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
2	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
3	Mr Oumar SA NGHO	Epidémiologie
4	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
5	Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
6	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
7	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
8	Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
9	Mr Oumar THIERO	Biostatistique/ Bioinformatique
10	Mr Birama Apho LY	Santé Publique

c. MAÎTRES ASSISTANTS / CHARGÉS DE RECHERCHES

1	Mr Ousmane LY	Santé publique
2	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
3	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
4	Mr Mahamoudou TOURE	Santé
5	Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
6	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/ Communautaire
7	Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
8	Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie

d. ASSISTANTS / ATTACHÉS DE RECHERCHES

1	Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie Bibliographie
3	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
4	Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
5	Mr Bakary DIARRA	Santé Publique
6	Mr Ilo DICKO	Santé Publique
7	Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé publique
8	Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
9	Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
10	Mme Djénèba DIARRA	Santé de la reproduction

IV. CHARGÉS DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

1	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie Maitre de Recherches
2	Mr Amsalla NIANG	Odonto Préventive et Sociale Chargé de Recherche
3	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie
4	Mr Issa COULIBALY	Gestion Maitre de Conférences
5	Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
6	Mr Brahima DICKO	Médecine Légale Chargé de Recherche
7	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
8	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
9	Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
10	Mr Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
11	Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie Attaché de Recherches
12	Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle Professeur
13	Mr Benoit Y ROUMARE	Chimie Générale Professeur
14	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
15	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale Maître de Recherche
16	Mr Baba DIALLO	Épidémiologie Maître de Recherche
17	Mr Mamadou WELE	Biochimie Professeur
18	Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie Maître de Conférences
19	Mr Tietie BISSAN	Biochimie
20	Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche Directeur de Recherche
21	Mr Babou BAH	Anatomie
22	Mr Zana Lamissa SANOGO	Éthique – Déontologie
23	Mr Lamine DIAKITÉ	Médecine de travail
24	Mme Mariame ROUMARE	Médecine de travail
25	Mr Yaya TOGO	Économie de la santé
26	Mr Madani LY	Oncologie
27	Mt Abdoulaye K ANTE	Anatomie
28	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
29	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
30	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
31	Mr Blaise DACKOOU	Chimie organique
32	Mr Madani MARICO	Chimie générale
33	Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
34	Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
35	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
36	Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
37	Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/ Implantologie
38	Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
39	Mr Morodian DIALLO	Physique

40	Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie
41	Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
42	Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
43	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
44	Mr Ibrahima FALL	OCE
45	Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
46	Mr Abdoul Karim TOGO	OCE

V. ENSEIGNANTS EN MISSION

DEDICACES

ET

REMERCIEMENTS

DEDICACE

Gloire à Allah le Miséricordieux, l'omnipotent et l'omniscient de nous avoir accordé le courage, la chance, la santé et la détermination d'accomplir ce travail. Seigneur continuez de guider toujours nos pas vers le bonheur In cha Allah. Paix et salut sur son bien aimé Muhammad rassoullah. Amen !!!

Je dédie ce travail :

A mon père Feu Modibo Dembélé :

Très cher papa j'espère que de là où vous êtes, vous éprouviez cette même fierté du devoir accompli que votre fille. Seigneur veuillez accorder votre clémence à cet homme dont j'aurai beaucoup plus aimé découvrir et chérir pendant longtemps.

A ma première mère feu Kadidiatou Sangaré :

Maman, aucune dédicace, aucun mot ne saurait exprimer tout le respect, toute l'affection et tout l'amour que je vous porte. Tu as toujours su guider nos pas avec amour et rigueur. Sans tes efforts nous ne serions pas devenus ce que nous sommes aujourd'hui. Source intarissable de motivation, de bonté, d'humilité, d'humanisme un modèle, une idole. Tu as su garder tes qualités mêmes sous les ferveurs d'un mal qui te rongait à petit feu. Ta ténacité et ton courage devant cette épreuve continueront de renforcer mon amour pour la science de la santé. Tu as toujours donné le meilleur de toi dans toutes les circonstances et à tout lieu, nous prions pour qu'Allah te fasse grâce dans le firdaws.

A ma seconde mère Astan Sacko :

Maman, Brave femme, animée d'un esprit de loyauté départage et d'honnêteté incomparable, tu es pour moi un modèle de courage et de bonté. Vous avez consenti d'énormes sacrifices pour le succès de mes études. Grâce à vos prières, à vos bénédictions, à votre patience, à vos encouragements, votre fille voit aujourd'hui le couronnement de ses efforts. Puisse ce travail être pour toi un motif de satisfaction. Soit assuré de mon affection et de ma sincère reconnaissance. Je prie Dieu, la miséricorde, de vous protéger et de vous garder le plus longtemps possible auprès de nous.... Amen !

A ma grand-mère Fanta Niaré :

Qui de plus mérite ce terme mieux que toi. Ainsi pour toi nous l'avons fait et nous serons capables de plus encore. Vous m'aviez été d'une aide incommensurable temps sur le plan matériel, financier, qu'éducationnel. Merci pour ton accompagnement chère grand- mère ; qu'Allah t'accorde beaucoup d'années et la santé pour assister à nos jours meilleurs.

A mes tonton Daouda Coumaré ; Tonton Abdou Karim Keita et tonton Abou Diakité :

Cher tonton, aucun mot ne pourra exprimer mes sentiments envers vous. Ce travail est surtout le vôtre. Sans vos conseils, vos encouragements, vos prières et vos bénédictions, ce travail n'aurait jamais être réalisé. Soyez rassuré de toute ma reconnaissance, puisse ALLAH vous accordez longévité et bonheur. Amen.

Mon époux Malick Coulibaly :

Aucun mot ne saurait t'exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour l'amour, la tendresse et la gentillesse dont tu m'as toujours entouré.

Tu es exceptionnel et je reste sans voix devant la grandeur de ton âme, ta disponibilité et ton soutien sans faille. Cher mari j'aimerais bien que tu trouves dans ce travail l'expression de mes sentiments de reconnaissance les plus sincères, car grâce à ton aide et ta patience avec moi que ce travail à puis voir le jour Toute ma vie ne suffirait pas pour te remercier, alors je laisse le soin au Tout Puissant de te combler de sa grâce et de t'assister dans toutes tes entreprises comme tu l'as fait pour moi. Je t'aime bien telle que tu es, ne laisse rien te changer

A tous mes frères et mes sœurs de la famille :

Aucun mot ne peut traduire ce que vous avez fait pour moi. Votre humanisme fait de vous une famille admirée de tous. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, recevez à travers ce modeste travail qui est du resté le vôtre tous mes sentiments de reconnaissance.

A mes tantes :

Ada Bathily, Aminata, Rokia, pour toute une vie d'attention et d'écoute à mon éducation et à ma formation. Les mots seront insuffisants pour vous traduire mon éternel amour et ma reconnaissance.

A ma fille :

Fatoumata Coulibaly, que ce travail t'inspire un jour et t'incite à plus de courage et d'abnégation. Tu es appelée à vivre dans un monde mouvementé ou tu dois affronter des problèmes nouveaux et toujours croissants auxquels tu seras tenue de trouver des solutions.

A ma belle-famille : Merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté tout au long de ce cycle.

REMERCIEMENT :

Je le fais avec humilité et ferveur :

- Pour ceux qui m'ont donné le meilleur d'eux-mêmes et qui m'ont éveillée aux valeurs sociales ;
- Pour ceux qui, patiemment ont guidé mes pas balbutiants dans la quête du savoir et dans l'appropriation des connaissances qui enrichissent ce travail ;
- Pour ceux qui m'ont acceptée avec mes insuffisances ou qui se sont accommodés à mes exigences ;
- Enfin, pour ceux qui par leurs conseils avisés, leur soutien tant moral que matériel, ont permis que ce travail voit le jour et s'élabore.

Mes remerciements vont particulièrement à:

-Au corps professoral, au personnel du décanat de la Faculté de Médecine Et d'Odontostomatologie de Bamako

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

-Aux autres Thésards du service de maladies infectieuses et tropicales : Nicolas Mawuko AKOUETE, Badara Sadia TRAORE, Trésor FOTOULO METOUDOU, Yaya COULIBALY, Salifou RABO, Cybelle ELEL, Kané ABDRAHAMANE : merci pour votre franche collaboration. Que Dieu nous aide tout au long de nos carrières professionnelles.

A tous mes camarades de la 14^{ème} promotion du numerus clausus de la FMOS. Merci pour le soutien.

A mes amis : Fatim BERTHE, Fatoumata HAIDARA, Mohamed KEITA, Tidiane SAMAKE, vous êtes les frères et sœurs d'une autre mère dont Dieu m'a fait grâce, ce travail est aussi le vôtre.

A mon pays le Mali Chère patrie, que la paix et la prospérité puissent te recouvrir. Amina !

A tout le personnel du service : C'est un grand plaisir et un grand honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés. Merci pour la formation de qualité dont nous avons bénéficié

A tout le personnel du CSCOM de Kati Sananfara : Vous avez rendu mon séjour au centre de santé très agréable et enrichissant, merci pour tous ces moments passés ensemble et de votre soutien. Je n'oublierai jamais les moments passés avec vous.

HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Sounkalo DAO

- ✓ **Professeur des Maladies Infectieuses et tropicales (MIT)**
- ✓ **Chef de service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du point G**
- ✓ **Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la faculté de médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)**
- ✓ **Investigateur clinique au centre universitaire de recherche clinique (UCRC)**
- ✓ **Coordinateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de MIT**
- ✓ **Coordinateur du Diplôme Universitaire (DU) de VIH/SIDA**
- ✓ **Président de la Société Malienne de Pathologie Infectieuse et Tropicale (SOMAPIT)**
- ✓ **Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI)**
- ✓ **Membre du Collège Ouest Africaine des Médecins**
- ✓ **Directeur de publication de la Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie**

Honorable Maître,

- Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous faites en acceptant de présider ce jury de thèse.
- Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre souci constant de la bonne formation de vos étudiants et du travail bien fait de vous un maitre admirable.
- Véritable bibliothèque vivante, nous avons beaucoup apprécié votre sens élevé de l'écoute, votre simplicité et votre détermination pour un travail scientifique bien fait.
- Nous prions Allah de vous donner une longue et heureuse vie pour que nous continuions d'apprendre auprès de vous.
- Veuillez accepter de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge

Pr Mamadou Sima

- ✓ **Praticien hospitalier au service de Gynécologie-obstétrique au CHU du Point G ;**
- ✓ **Maitre de conférences en Gynécologie-obstétrique à la faculté de médecine et d'odontostomatologie.**

Cher Maitre,

- Cher maître nous vous sommes infiniment reconnaissant d'avoir accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.
- Homme de principe votre rigueur scientifique fait de vous un maître exemplaire et reconnu de tous Veuillez agréer cher maître l'expression de notre grande admiration et de notre profonde reconnaissance

A notre Maitre et Juge

Docteur Mamadou Sanogo

- ✓ **Médecin Généraliste**
- ✓ **Ancien Médecin d'apui à IntraHealth International**
- ✓ **Ancien Coordinateur régional du projet HRH (Leadership et autonomisation des jeunes filles à travers l'éducation)**
- ✓ **Ancien Assistant SR (Santé de la Reproduction) du projet GLEE(Girls Leadership and Empowerment throught Education)**
- ✓ **Ancien Médecin permanant du CSCom de Nampala**
- ✓ **Directeur Technique du CSCom de kati Sananfara**

Cher Maitre ;

- Nous avons été très honoré de vous compter parmi nos membres du jury.
- Votre qualité intellectuelle, votre ouverture d'esprit font de vous une personne appréciée de tous.
- Recevez nos remerciements et notre profonde admiration.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Maitre de conférences agrégé Yacouba CISSOKO

- ✓ **Maitre de conférences agrégé de Maladies infectieuses et tropicales à la FMOS de l'USTTB ;**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU du Point G**
- ✓ **Titulaire d'un Master en Immunologie ;**
- ✓ **Titulaire d'un DESS en Gestion des Programmes de Santé**
- ✓ **Secrétaire général de la Société Malienne de Pathologies Infectieuses et Tropicales (SOMAPIT) ;**

Cher Maître,

- Permettez-nous de vous remercier cher maitre de la confiance que vous nous avez faite en acceptant de diriger cette thèse.
- Nous avons apprécié dès le premier contact vos immenses qualités scientifiques et humaines.
- Nous garderons de vous l'image d'un homme de science et d'un enseignant soucieux de la formation de ses étudiants.
- Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité constante et surtout votre honnêteté font de vous un maître respecté et un exemple à suivre.
- Vous êtes une idole, une icône, une bibliothèque vivante pour l'ensemble des étudiants que vous aviez encadré.
- Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés.
- Recevez ici cher maître, notre profonde gratitude, Puisse ALLAH vous accorder santé et longévité afin que d'autres puissent bénéficier de vos enseignements. Amîna

SIGLES

ET

ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

- Ac : Anticorps
- 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
- ADN : Acide Désoxyribonucléique
- ADV : Adefovir Disoproxil
- Ag : Antigène
- AgHBe : Antigène e du virus de l'Hépatite B
- AgHBs : Antigène de surface du virus de l'Hépatite B
- ALAT : Alanine Aminotransférase
- ARN : Acide Ribonucléique
- ARV : Anti-Rétroviraux
- ASAT : Aspartate Aminotransférase
- CHC : Carcinome hépatocellulaire
- CCCDNA: Covalently Closed Circular Desoxy-Nuclease Acid
- CAP/CTM : CobasAmpliprepq-CobasTaqMan
- CHU : Centre Hospitalier- Universitaire
- Cm : Centimètre
- CPN : Consultation Périnatale
- CSCOM de Sananfara : Centre de santé Communautaire de Sananfara
- CSRéf : Centre de Santé de Référence
- CV : Charge Virale
- Ddl : Degré de liberté
- ELISA : Enzyme-LinkedImmunoSorbentAssay
- FDA : Food and Drug Administration
- HAART : Traitement de Haute Activité Antirétrovirale
- HBVAX -Pro : Hépatite B-vaccin
- HTA : HyperTension Artérielle
- IgM : Immunoglobine M
- IgG : Immunoglobine G
- INSP : Institut National de Santé Publique
- INVS : Institut de Veille Sanitaire
- LHBS : Large Surface de l'Hépatite B
- MHBS : Mutant de l'Hépatite B de Surface
- Nné : Nouveau-né
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PCR : Polymerase Chainé Reaction
- PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant
- SHBS : Protéine S de l'Hépatite B de Surface
- 3TC : Lamivudine
- TDF : Ténofovir
- TME : Transmission Mère-Enfant
- UI : Unité internationale
- USAC : Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils
- VHB : Virus de l'Hépatite B
- VHC : Virus de l'Hépatite C
- VHD : Virus de l'Hépatite D
- VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome Immuno Déficience Acquis

LISTE DES
TABLEAUX
ET
FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Sérologie de l'hépatite[35]	10
Tableau II : les variables et définitions	21
Tableau III : Répartition des patientes selon la tranche d'âge	23
Tableau IV : Repartition des occupations des patientes en fonction du résultat de l'AgHBs	24
Tableau V: Répartition du statut matrimonial patientes en fonction du résultat de l'AgHBs	24
Tableau VI: Répartition de la parité des patientes en fonction du résultat de l'AgHBs.....	24
Tableau VII : Répartition du niveau d'étude des patientes en fonction du résultat de l'AgHBs	25
Tableau VIII : Répartition des résidences des patientes en fonction du résultat de l'AgHBs.....	25
Tableau IX : Répartition des patientes en fonction de la Profession du mari:	26
Tableau X : Répartition des patientes AgHBs positif del'existence d'une Coépouse :	26
Tableau XI : Répartition de l'âge de la grossesse en trimestre au moment du dépistage des patientes	26
Tableau XII : Répartition des patientes en fonction du resultat de l'AgHBs du conjoint.....	27
Tableau XIII: Répartition des patientes en fonction de la Bandelette Urinaire	27
Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction de la la charge virale du VHB.....	27
Tableau XV : Répartition des patientes selon la prise d'ARV (Ténofovir)	28
Tableau XVI : Répartition des patientes selon la cause du non suivie de l'hépatite B.....	28
Tableau XVII : Répartition des patientes selon le lieu d'accouchement	28
Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction de la prise en charge du nouveau-né à la naissance	29
Tableau XIX : Répartition des patientes selon la relation entre l'AgHBs et la classe d'âge	29
Tableau XX : Tableau croisé entre le niveau d'étude et la réalisation des bilans complémentaires :	30

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Représentation schématique du génome du virus de l'hépatite B [18].....	4
Figure 2: Le cycle de réplication du virus de l'hépatite B [19].....	5
Figure 3 : Carte sanitaire de Kati Sananfara.....	17
Figure 4 : CSCOM de Kati Sananfara	18
Figure 5 : Diagramme de Flux de la positivité de l'antigène HBs chez les femmes enceintes suivies en consultation au Cscm de Kati Sananfara.....	23

TABLE
DES
MATIERES

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
1.1. Hypothèses :	2
1.2. Objectifs :	2
1.2.1. Objectif général :	2
1.2.2. Objectifs spécifiques :	2
2. GENERALITES	3
2.1. Définition :	3
2.2. Epidémiologie :	3
2.3. Agent pathogène : virus de l'hépatite B	3
2.4. Mode de transmission du virus de l'hépatite B :	5
2.6. Physiopathologie de l'hépatite B :	6
2.7. Histoire naturelle de l'hépatite B :	7
2.8. Evolution de la maladie :	8
2.9. Coïnfections avec le virus de l'hépatite B :	8
2.10. Diagnostic biologique de l'hépatite B :	9
2.11. Etude clinique : [29] [3]	10
2.12. Le traitement :	12
3. METHODOLOGIE :	17
3.1. Cadre et lieu d'étude	17
3.2. Période d'étude :	18
3.3. Population d'étude :	18
3.4. Critères d'inclusion :	19
3.5. Critères de non inclusion :	19
3.6. Échantillonnage :	19
3.7. Collecte des données :	19
3.8. Technique de collecte des données :	19
3.9. Déroulement de l'enquête :	19
3.10. Variables étudiées :	20
3.11. Saisi et analyse des données :	21
3.12. Considérations éthiques :	21
3.13. Définitions opérationnelles : Pour la clarté de l'étude nous avons adopté les définitions opératoires suivantes :	22
4. RESULTATS	23
4.1. Fréquence	23

4.2.	Caractéristiques sociodémographiques des patients :	23
4.3.	Données cliniques et para cliniques	26
4.4.	Prise en charge	28
5.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	31
5.1.	Limites et biais de l'étude	31
5.2.	Prévalence	31
5.3.	Caractéristiques sociodémographiques :	31
5.5	Description du Pronostic maternel et néonatal :	32
6.	CONCLUSION	34
7.	Recommandations	35

Etude de la Séroprévalence de l'Antigène HBS chez les Femmes enceintes suivies dans le CSCOM de Kati Sananfara

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est un des principaux problèmes de santé publique à l'échelle mondiale et plus particulièrement dans les zones endémiques (Afrique sub-saharienne). La gravité de l'hépatite B est liée à la fréquence des comorbidités élevées et au risque de passage à la chronicité et d'exposition des malades à la cirrhose et au cancer hépatique, ce risque est d'autant plus important que l'infection survient à un âge précoce, notamment en cas de contamination néonatale [1] [2].

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 [3] [4].

Ainsi, la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B reste une cause majeure du maintien de l'épidémie d'hépatite B dans le monde. En effet, le risque de transmission à l'enfant et le risque de passage à la chronicité du nouveau-né contaminé sont élevés lorsque l'antigène HBs (AgHBs) est présent chez la mère [5].

Ainsi en Europe, la prévalence de l'AgHBs était de 1,54% dans une enquête transversale à la maternité de Cayenne française en 2007 ; de 10,9% chez les femmes d'origine asiatique (Hmong et Chinoises) ; de 2,3 chez les noires Marrons ; de 2,5% chez les haïtiennes ; de 1,1% chez les créoles et de 0,8% chez les métropolitaines [6].

Au Maroc, la séroprévalence de l'AgHBs chez les femmes enceintes au niveau de l'hôpital militaire M. I. M du CHU Hassan II de Fès était de 2,35% en 2016 [7].

Au Burkina Faso, 11,5% des femmes enceintes étaient porteuses de marqueurs de VHB au CHU Yalgado-Ouédraogo en 2009 [8].

La prévalence de l'AgHBs chez les femmes enceintes au Mali est de 15,8%, supérieure à celle de la population générale 13,97%, ainsi que 43,2% des enfants nés de ces mères AgHBs positif [9].

La transmission maternofoetale du VHB représente un maillon essentiel d'entretien de l'infection, surtout dans les pays de forte endémicité. Ce risque est estimé à 90 à 100% si l'antigène HBe (AgHBe) est détecté dans le sérum maternel. La présence d'AgHBe a également été associée à un risque élevé d'échec de la prévention néonatale. Toutefois, même en l'absence d'AgHBe (mutants pré-core) le risque de transmission du VHB existe et l'interprétation doit tenir compte de la virémie. Il est établi qu'une contamination au moment de la naissance entraîne pour l'enfant un taux de portage chronique de 90% et que ce taux reste

élevé si l'infection survient dans la petite enfance jusqu'à l'âge de 4ans (supérieure à 30%) [10] [11] [12] .

A notre connaissance il n'y a pas eu d'étude sur la prévalence de l'hépatite B chez les femmes enceintes dans le CSCOM de Kati Sananfara. Nous avons entrepris cette étude dans le but d'évaluer les taux de portage du virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes dans le CSCOM de Kati Sananfara.

1.1. Hypothèses :

- Les femmes enceintes sont fréquemment porteuse de l'AgHBs;
- Le mode de contamination de l'hépatite B est multifactoriel ;
- La symptomatologie de l'hépatite B est pauvre ;
- Le traitement de l'hépatite B est efficace.

1.2. Objectifs :

1.2.1. Objectif général :

Etudier l'infection par le virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes au centre de santé communautaire de Kati-Sananfara.

1.2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la séroprévalence de l'AgHBs chez les femmes enceintes dans le CSCOM de Kati Sananfara,
- Comparer les caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes en fonction du résultat de l'AgHBs dans le CSCOM de Kati-Sananfara
- Décrire le résultat des bilans pré-thérapeutique des femmes enceintes avec AgHBs positif au CSCOM de Kati-Sananfara
- Décrire la prise en charge des femmes enceintes avec AgHBs positif et de leurs nouveau-nés
- Déterminer le devenu des enfants.

GENERALITES

2. GENERALITES

2.1. Définition :

L'hépatite virale B est définie comme une inflammation du parenchyme hépatique associée à une cytolysse hépatique et parfois une cholestase due à un virus alphabétique B ou virus hépatotrope B[13] [3].

2.2. Epidémiologie :

-Dans le monde, on estime à plus de 350 millions le nombre de porteurs chroniques du virus de l'hépatite B.[14] On distingue schématiquement trois zones d'endémicité :

- Des zones de forte endémicité où le portage d'antigène HBs est supérieur à 8% de la population générale telles que l'Afrique intertropicale, la Chine et l'Asie du Sud-est ;

- 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 telle que l'Amérique du Nord.[14] [15].

- En Afrique, on distingue deux zones de prévalence différentes :

- L'Afrique-subsaharienne qui fait partie des zones de forte endémicité où la prévalence de l'infection est de 8 à 23 % pour l'AgHBs de 70 à 95 % pour l'AC anti-HBc ;

- L'Afrique du Nord (Maghreb) qui fait partie des zones de moyenne endémicité où la prévalence de l'infection est de 2 à 7 % pour l'Ag HBs et 16 à 55 % pour l'AC anti-HBc. L'hépatite B est fortement endémique en Afrique de l'Ouest avec une prévalence de 8%, la plus élevée au monde. Le mode principal de transmission en Afrique est la transmission périnatale.

- Au Mali : La prévalence de l'hépatite B au Mali serait estimée entre 15 à 23 % [16].

2.3. Agent pathogène : virus de l'hépatite B

a) Caractéristiques

Taxonomie du virus de l'hépatite B

Le virus de l'hépatite B (VHB) fait partie de la famille des Hepadnaviridae. Cette dernière constitue avec celle des Caulimoviridae le groupe des « para- rétrovirus » dont le génome est constitué d'un ADN circulaire, partiellement double brin. Ils possèdent une polymérase qui est une ADN polymérase ARN dépendante et ADN dépendante (transcriptase inverse) associée à une ARNase[17].

b) Structure du virus de l'hépatite B

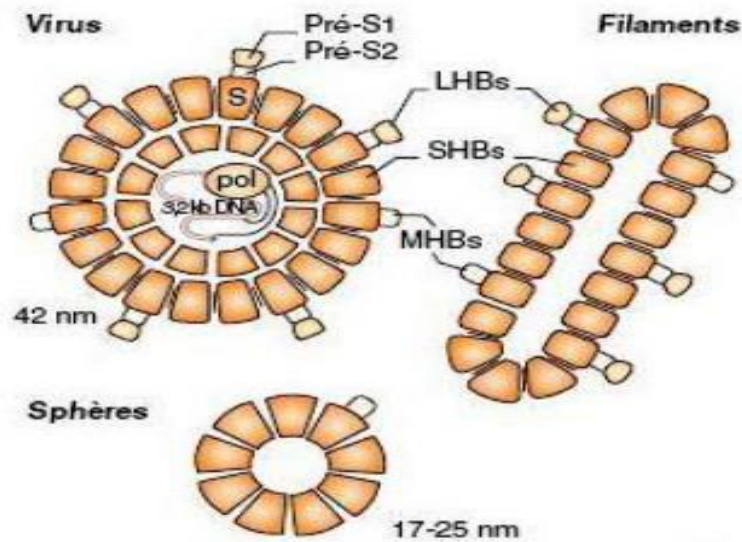


Figure 1: Représentation schématique du particule virale de l'hépatite B [18].

La particule virale mesure 42 nm de diamètre avec une capsid et une enveloppe entourant l'ADNm et des particules faites d'exsudat d'antigènes : filaments et sphères. L'antigène vaccinal se présente sous forme de sphères de 22 nm en moyenne. On voit la répartition des différentes formes d'Ag HBs : SHBs, MHBs et LHBs.

c) Organisation génomique :

Le génome est un acide désoxyribonucléique (ADN), sphérique, partiellement double brin, non fermé de manière covalente. Quatre régions avec des phases de lecture sont bien connues : la région S, la région C + C, la région C correspond à la nucléocapside HBc du virus B et la région P de l'ADN polymérase

d) **Réplication virale et persistance du virus de l'hépatite B :**

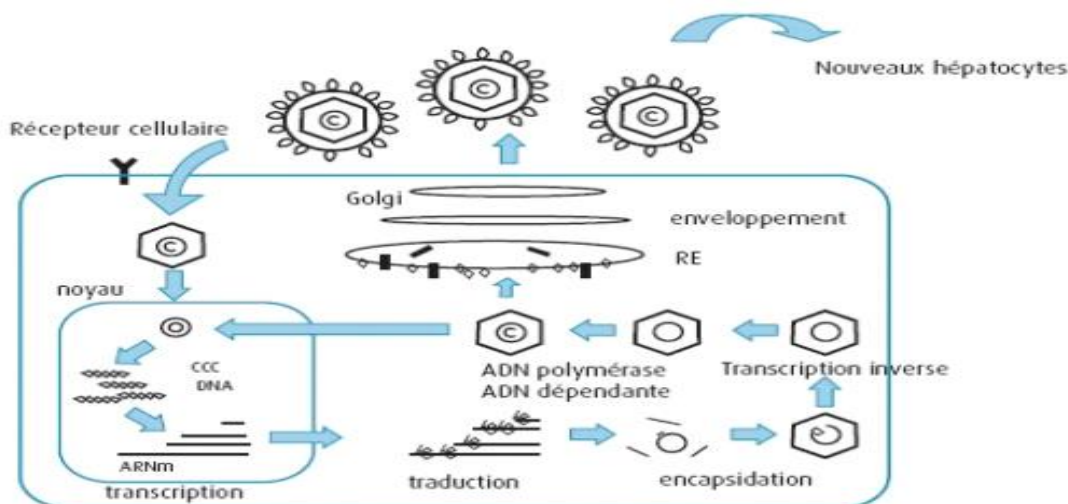


Figure 2: Le cycle de réplication du virus de l'hépatite B [19].

2.4. Mode de transmission du virus de l'hépatite B :

Le VHB est extrêmement contagieux en raison de sa concentration élevée dans la plupart des liquides biologiques, mais aussi par la résistance des particules infectieuses (une goutte de sang contaminée sur une surface à 20°C est encore infectieuse après 7 jours). Il existe quatre principaux modes de transmission [21] :

- La transmission percutanée, qui comprend la transfusion de sang ou de produits sanguins, l'utilisation de matériel médical contaminé lors de soins, l'usage de drogues par voie intraveineuse ou par sniff, le tatouage et le piercing.
- La transmission sexuelle qui est le principal mode de transmission dans les pays de faible endémie comme la France.
- La transmission horizontale non sexuée, par exposition directe ou par des objets (brosse à dents, rasoir, etc.) sur de lésions.
- Ce mode rend compte de la transmission intrafamiliale et chez les enfants en région de forte endémie.
- La transmission verticale de la mère à l'enfant : toutes les mères porteuses de l'Ag HBs peuvent transmettre le VHB à leur enfant. Ce risque est supérieur à 90% chez les femmes ayant un Ag HBe positif. La contamination se fait au moment de l'accouchement dans 90% des cas ; elle est rarement prénatale (< 5%) en cas de menaces de fausses couches ou de menaces d'accouchements prématurés.[22] [23].

2.5. Facteurs de risque de l'hépatite B

Les personnes considérées comme à risque de contracter le VHB sont les suivantes :

- Les personnes nées ou ayant résidées dans les régions de forte endémicité (Afrique Subsaharienne, Asie) et moyenne endémicité (Europe de l'Est et Sud, moyen Orient, sous-continent indien, Amérique du Sud, Afrique du Nord).[20] [16]
- L'entourage proche et les partenaires sexuels d'une personne porteuse du VHB.
- Les usagers de drogues par voie intraveineuse ou intra nasale.
- Les patients susceptibles de recevoir des transfusions massives ou itératives
- Les voyageurs et les personnes susceptibles de résider dans les régions de forte ou moyenne endémicité.
- Les adultes et les enfants accueillis dans les institutions psychiatriques.
- Les personnes séropositives pour le VIH, le VHC ou ayant une infection sexuellement transmissible en cours ou récente.
- Les personnes ayant un piercing ou un tatouage.
- Les personnes ayant des rapports sexuels avec partenaires multiples et les homosexuels.
- Les personnes ayant un risque d'exposition professionnelle.

2.6. Physiopathologie de l'hépatite B :

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 réplication 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. Cette expression est sous la dépendance des trois types d'interféron[24].

L'hépatite chronique virale B expose à la survenue d'une cirrhose et d'un carcinome hépatocellulaire (CHC).

2.7. Histoire naturelle de l'hépatite B :

a) Infection aiguë

Après une incubation de 1 à 3 mois, l'infection est le plus souvent asymptomatique (presque toujours dans la petite enfance), ou se manifeste par un ictère (50% des adultes).[25]

Les transaminases sont 10 fois supérieures à la valeur de la normale (10N) ; l'AgHBs et les IgM anti-HBc sont présents. La seule complication est l'hépatite fulminante qui est rare (< 1% des hépatites symptomatiques) et exceptionnelle chez les femmes enceintes. L'évolution se fait vers la guérison dans 90% des cas chez l'adulte immunocompétent, mais dans moins de 10% des cas chez le petit enfant et l'adulte immunodéprimé[26].

b) Infection chronique

Elle est définie par la persistance de l'Ag HBs plus de 6 mois. La complication est l'hépatite fulminante qui est rare (< 1% des hépatites symptomatiques) et exceptionnelle chez les femmes enceintes. L'évolution se fait vers la guérison dans 90% des cas chez l'adulte immunocompétent, mais dans moins de 10% des cas chez le petit enfant et l'adulte immunodéprimé. L'histoire naturelle de l'hépatite B peut être divisée en cinq phases qui ne surviennent pas nécessairement de manière séquentielle [27].

- Phase d'immunotolérance

Elle est caractérisée par la positivité de l'antigène HBe, un haut niveau de réplication virale (reflété par une forte charge virale du VHB), une activité normale ou basse des transaminases, une activité nécrotico-inflammatoire hépatique minime ou absente et une progression de la fibrose hépatique nulle ou lente [28].

- Phase de réactivité immune

Elle est caractérisée par la positivité de l'antigène HBe, un taux plus bas de réplication virale (reflété par une charge virale plus basse), une activité des transaminases augmentée ou fluctuante, une activité nécrotico-inflammatoire hépatique modérée à sévère et une progression plus rapide de la fibrose hépatique par rapport à la phase précédente[29].

- Phase de portage inactif du VHB

Elle peut suivre une séroconversion antigène - anticorps HBS. Elle est caractérisée par une charge virale très basse ou indétectable et une activité normale des transaminases. Résultant d'un contrôle immunologique de l'infection, cet état a un pronostic favorable à long terme avec un très faible risque de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire.

- Hépatite B chronique à antigène HBe négatif

Elle suit la séroconversion de l'antigène HBe à l'anticorps anti-HBe durant la phase de réactivité immune et est une phase plus tardive de l'histoire naturelle de l'hépatite B

chronique. Elle est caractérisée par des périodes de réactivation avec un taux fluctuant de la charge virale du VHB et des transaminases et une hépatite chronique active.

L'hépatite chronique B antigène HBe négatif a un faible taux de rémission spontanée.

- Phase antigène HBs négatif

Durant la phase antigène HBs négatif après perte de l'antigène HBs, un faible niveau de réplication du VHB peut persister avec un ADN du VHB détectable dans le foie. En général, l'ADN du VHB n'est pas détectable dans le sérum et les anticorps anti-HBc avec ou sans anticorps anti- HBs sont présents. La perte de l'antigène HBs est associée à une amélioration du devenir de ces malades avec une réduction du risque de cirrhose, de décompensation de la maladie hépatique et de carcinome hépatocellulaire.

La pertinence clinique de l'infection occulte par le VHB (ADN du VHB détectable dans le foie avec un faible niveau de charge virale dans le sérum (< 200 UI/ml) n'est pas montré.

L'immunosuppression peut conduire à une réactivation virale chez ces malades[29] [30].

2.8. Evolution de la maladie :

L'infection par le virus est caractérisée par un polymorphisme clinique. Lors de la phase aiguë, l'infection peut être symptomatique c'est-à-dire que le patient présente un ictère, généralement accompagné d'une élévation des transaminases hépatiques et parfois aussi d'une fatigue intense, d'une perte d'appétit, de douleurs abdominales et plus rarement d'arthralgie et myalgie. Mais un grand nombre de porteurs du virus sont asymptomatiques ce qui favorise la transmission du virus. Selon les sources, le pourcentage de porteurs asymptomatiques varie.

À ce stade, la principale complication est l'hépatite fulminante, rare (1 cas pour 1000 hépatites aiguës) mais grave car elle aboutit au décès en l'absence de transplantation hépatique. Si le virus persiste plus de 6 mois, le patient devient alors porteur chronique du virus de l'hépatite B.

Plus l'infection survient tôt, et plus le risque de portage chronique est important. Par exemple, ce risque est de 90% en cas d'infection à la naissance, 30% si le patient est âgé de 4 ans et inférieur à 10% en cas de survenue chez les adultes de 20 à 40 ans. Les patients ayant une hépatite B chronique ont un risque de 8 à 20% de développer une cirrhose dans les 5 ans. De plus, environ 2% par an des patients ayant une cirrhose ont un risque de développer un cancer primitif du foie[18][31].

2.9. Coïnfections avec le virus de l'hépatite B :

La coïnfection VHB-VHC (Virus de l'hépatite C) est possible mais rare, alors que la coïnfection VHB-VIH (Virus de l'immunodéficience humaine) ou VIH-VHB-VHC est de plus en plus reconnue depuis la disponibilité et la diffusion des traitements de haute activité

antirétrovirale (HAART). La coïnfection ou surinfection par le virus delta (VHD) est également un problème croissant [32].

2.10. Diagnostic biologique de l'hépatite B :

a) Les tests virologiques classiques :

Sept marqueurs virologiques ont une utilité en pratique clinique, dont six marqueurs sérologiques et un marqueur moléculaire, l'ADN VHB.

b) Tests sérologiques de détection des antigènes du VHB et des anticorps anti-VHB :

La détection des antigènes viraux et des anticorps spécifiques dans les fluides biologiques est fondée sur l'utilisation de tests immuno-enzymatiques de type ELISA.

Six marqueurs sérologiques peuvent être recherchés par les méthodes immunoenzymatiques :

- l'antigène de surface du VHB (AgHBs),
- les anticorps anti-HBs,
- l'antigène « e » du VHB (AgHBe),
- les anticorps anti-HBe,
- les anticorps dirigés contre la protéine de capside du VHB (anticorps anti-HBc totaux ou de type IgM).

La sensibilité et la spécificité des tests de détection de l'AgHBs ont été récemment améliorées. Les résultats faussement positifs sont très rares, mais une première détection de l'AgHBs doit toujours être confirmée par un test de neutralisation. Dans les circonstances suivantes, l'AgHBs peut ne pas être détectable par les techniques usuelles au cours d'une infection chronique par le VHB :

- Infection par un virus mutant de l'AgHBs qui porte des substitutions amino-acidiques sur la séquence de l'AgHBs qui empêchent sa détection par les tests sérologiques usuels (on parle d'hépatite B « occulte »).

- Très faible niveau de réplication virale chez un porteur inactif du virus ou chez un patient recevant une chimiothérapie antivirale efficace ;

- Infection associée par le virus de l'hépatite delta qui inhibe la réplication du VHB.

Des résultats faussement positifs de détection des anticorps anti-HBc peuvent rarement être rencontrés chez des malades qui n'ont jamais été en contact avec le VHB. [33] [34]

c) Tests moléculaires de détection et de quantification de l'ADN du VHB: La détection et la quantification de l'ADN du VHB dans les liquides biologiques reposent classiquement sur deux types de techniques :

- Les méthodes d'amplification de la cible, de type polymérase Chain réaction (PCR).

- Les méthodes d'amplification du signal, comme la capture d'hybrides ou la technique des ADN branchés.

Interprétation des résultats Les différentes situations sériques de l'infection par le VHB sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau I: Sérologie de l'hépatite[35]

Marqueurs	Significations
AgHBs+,anti HBe+ ;anti HBs-	Hépatite aigue B ou porteur chronique
AgHBs- ;anti HBe+ ;anti HBs-	Hépatite virale aigue en voie de guérison avant l'apparition d'anticorps anti HBs ou porteur chronique du virus B(taux faible) ou très rarement infection passée à virus B
Ag HBs- ;anti HBe+ ;anti HBs+	Contact antérieur avec le virus B et immunisation naturelle
Ag HBs- ;anti HBe- ;anti HBs+	Immunisation par vaccination,contact très ancien avec le virus B (rare)
Ag HBe+ ;anti HBe- ;ADN+	Réplication virale B active
Ag HBe- ;anti HBe+ ;ADN-	Absence de Réplication virale B
Ag HBe- ;anti HBe+ ;ADN+	Infection probable par un virus mutant
Ag : Antigène,Anti : anticorp,ADN du virus,- :absent,+ :présent	

2.11. Etude clinique : [29] [3]

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 : l'ictère, les arthralgies ou des prurits.

a) 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.

b) 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°C 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 évocatrice 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.

c) 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 pauvre. On peut avoir d'une hépatomégalie parfois sensible et une splénomégalie 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 la gamma GlutamylTranspeptidase (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.

d) 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.

e) Conduite à tenir en cas de positivité l'AgHBs lors de dépistage au cours de la grossesse :

La découverte de la positivité de l'AgHBs lors d'un test de dépistage doit être confirmée sur un deuxième prélèvement. S'agissant d'un test de dépistage, la femme séropositive pour l'AgHBs est habituellement une porteuse chronique de l'AgHBs jusque-là méconnue. La mise en évidence de la positivité de l'AgHBs chez la future mère doit conduire à une démarche systématique qui comporte 3 volets[3] [36] [37] :

- 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 [38].

- 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

2.12. Le traitement:

a) Le traitement curatif

NB : le traitement concerne l'hépatite B chronique

❖ Buts

- Obtenir une suppression de la réplication du Virus de l'Hépatite B
- Obtenir une amélioration des lésions histologiques
- Prévenir et/ou ralentir la progression de la maladie vers la cirrhose et/ou le Carcinome Hépatocellulaire.
- Prévenir la transmission materno-fœtale et néonatale du Virus de l'Hépatite B.

❖ Les moyens :

- Les médicaments :[5]

On dispose aujourd'hui de l'analogues à faible barrière de résistance (la Lamivudine ou LAM) qui ne sont plus utilisés en monothérapie et des analogues à haute barrière de résistance (l'Entecavir ou ETV, Ténofovir Disoproxil Fumarate ou TDF et le Ténofovir Alafenamide ou TAF)[39]. Les analogues sont des inhibiteurs de la polymérase du VHB. Ce sont :

L'Entecavir 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.[40] [18]

Le Ténofovir Disoproxil Fumarate 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 15 ou < 15 sous hémodialyse. Les analogues sont globalement bien tolérés. La majorité des effets indésirables sont minimales 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. Les toxicités rénale et osseuse des analogues sont à considérer.[41] [33]

- **Les moyens endoscopiques :**

Ligature des Varices, sclérose des Varices

- Les moyens chirurgicaux

La transplantation hépatique, l'hépatectomie

❖ **Indications :**[24] [34]

- **Hépatite fulminante :**

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 :**

Si ADN détectable Cirrhose compensée : Analogues à haute barrière génétique. Rarement avec les analogues nucléosidiques (ETV). Par rapport au TDF, le TAF est moins néphrotoxique [Cirrhose décompensée : Analogues à haute barrière génétique ou transplantation si indiquée. Si ADN non détectable : abstention de traitement anti viral.

- **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 du traitement repose sur de l'administration d'un analogue au 3ème trimestre de la grossesse, cependant les parturientes déjà sous traitement continuent durant toute la grossesse. Le TDF est la molécule recommandée et le Mali ne fait pas exception à cette recommandation.

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. [42] [43].

-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[44].

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

Influences réciproques [45] :

a) 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, Il peut avoir des avortements et souvent les hémorragies du post partum.

b) 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 . Dans une étude rétrospective, il a été montré que la charge virale augmentait en fin de grossesse ou lors du post-partum, quel que soit le statut HBe. 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. Dans tous les cas, le niveau de réplication du VHB doit être évalué à nouveau à distance de l'accouchement.

c) Hépatite B et Accouchement :

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

- Respect de la poche des eaux le plus longtemps possible.
- Eviter les prélèvements au scalp fœtal (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. [45]

d) **Hépatite B et Allaitement :**

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. [23]

e) **Prévention de la transmission mère-enfant du VHB :**

➤ **Prévention de la transmission mère-enfant par la sérovaccination :**

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 90% 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 mères AgHBs positif est de 89 à 100 % . En effet, selon les auteurs, cette efficacité est de 85 à 92 % chez les femmes ; AgHBe positif et de 100 % chez les femmes anti-HBe positif. Le danger de la contamination par le virus de l'hépatite B (VHB) réside dans le risque de survenue ultérieure d'un hépato carcinome. [46] [47]

➤ **Les gammaglobulines anti-HBs :**

Il est recommandé de faire l'injection de gammaglobulines anti-HBs avant la douzième heure de vie, 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 antérolatérale 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 soit 100 UI ou 200 UI) [56]. 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).

➤ **La vaccination du nouveau-né :**

Schéma de vaccination : Selon les époques, les pays et les équipes, la prévention de l'hépatite B chez le nouveau-né a comporté, soit quatre doses vaccinales anti-VHB, soit trois doses vaccinales anti-VHB[48]. Dans les deux cas un premier vaccin anti-VHB est administré à la naissance en association avec une injection d'immunoglobulines anti-HBs (IgHBs). La majorité des vaccins contre l'hépatite B autorisés actuellement sont obtenus par recombinaison

génétique. Les vaccins contre le VHB dosés à 10µg/0,5ml d'AgHBs (Engerix B®) ou 20µg/0,5ml d'AgHBs (Genhevacs B®) ont une autorisation de mise sur le marché pour le nouveau-né et peuvent être utilisés. C'est le schéma à 3 injections (0, 1 et 6 mois) qui est actuellement recommandé. La première injection doit être faite dès la naissance, la deuxième injection doit être effectuée à l'âge d'un mois et la troisième injection doit être effectuée entre 6 et 12 mois.

L'OMS recommande aux pays où plus de 2% de la population est porteuse chronique du VHB d'inclure la vaccination contre le VHB dans le programme étendu des vaccinations des nourrissons.[49]

METHODOLOGIE

3. METHODOLOGIE :

3.1. Cadre et lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée au centre de santé communautaire de Kati-Sananfara

Kati est une commune du Mali, Située dans le nord-ouest de l'agglomération de Bamako, à 15km du centre de la capitale malienne.

Kati fait partie de la région de Koulikoro, compte près de 37 communes et 46 CSCOM parmi lesquels le CSCOM de Sananfara qui compte 22428 habitants/km² en 2024.



Figure 3 : Carte sanitaire de Kati Sananfara (sur Google Maps)

Les secteurs servis par le CSCOM sont : Sananfara, Kadocoulou, Médine, Linguécro, Fouga, Camp, Attbougou, Kodiau, Ghonicoro.

Description du CSCOM de Kati Sananfara :

Il comporte :

Un Dispensaire :

- un bureau pour le directeur technique du CSCOM avec une salle d'examen ;
- une salle de soins ;
- deux salles d'observation (homme et femme) ;

Une Maternité :

- une salle d'accouchement composée de deux tables d'accouchement;
- une salle d'attente et de suites de couches immédiates avec 4 lits ;
- une salle de garde ;
- un bureau pour la sage-femme maîtresse ;

- une salle pour les consultations prénatales (CPN) avec un lit d'examen ;
- un bureau pour le planning familial (PF) et Post-natale ;
- une unité pour le programme élargi de vaccination (PEV) ;
- une toilette interne pour le personnel ;
- un Laboratoire d'analyse médicale
- un dépôt de vente de médicaments.

Les Personnels du Service :

- un médecin généraliste,
- trois sage-femme dont une sage-femme maitresse ,
- trois infirmières obstétriciennes,
- une technicienne de laboratoire,
- deux gérantes de vente,
- une matrone,
- deux gardiens,
- deux techniciennes de surface.



Figure 4 : CSCom de Kati Sananfara (photo d'illustration)

3.1. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale

3.2. Période d'étude :

L'étude a eu lieu sur une période de deux mois (02) allant du 12 Juillet au 12 Septembre 2023.

3.3. Population d'étude :

Toutes les femmes enceintes venant en CPN au CSCom de Kati-Sananfara durant la période d'étude.

3.4. Critères d'inclusion :

Étaient incluses dans l'étude toutes les femmes enceintes venant en CPN pendant la période d'étude dont le dépistage de l'hépatite B retrouvait un AgHBs positif.

3.5. Critères de non inclusion :

- Les femmes vues en consultation non enceinte
- Les patientes non consentantes

3.6. Échantillonnage :

Pour notre étude nous avons testé 210 Femmes Enceintes ;

Pour le calcul de la taille minimum nous avons utilisé la formule de la précision de la proportion.

Dans notre étude, cette proportion a été confondue avec la fréquence de l'Ag HBs dans une population de femmes enceintes suivies. La précision i de la proportion p a comme formule : $i = \sqrt{pq}$ ou q est le complémentaire de la proportion p ($q=1-p$) et, l'écart réduit de la loi normale. Pour un risque d'erreur α fixé à 5%, $\epsilon=1,96$. Ainsi la taille minimum pour $\alpha=5\%$ et une précision de 5% est : $n = \epsilon^2 \times pq / i^2 = 1,96^2 \times 0,1555 \times 0,845 / 0,05^2$

Ce qui donne une taille d'au moins 202 femmes enceintes/parturientes.

3.7. Collecte des données :

Nos données ont été collectées à partir de :

- une fiche servant de questionnaire
- les carnets de CPN,
- les dossiers obstétricaux,
- le registre d'accouchement
- le registre de consultation prénatale

3.8. Technique de collecte des données :

La technique a consisté en une lecture des carnets de CPN, des dossiers obstétricaux et leurs consignations sur une fiche préétablie. Les autres supports de données ont été exploités chaque fois que cela était nécessaire pour préciser ou compléter les données recueillies. Les données par rapport à l'évolution ont été obtenues par les appels téléphoniques des gestantes suivies

3.9. Déroulement de l'enquête :

L'enquête a duré huit mois dont deux mois de recrutement et 6 mois de suivi. Un pré-test du questionnaire a été réalisé à partir de l'interrogatoire, plusieurs carnets de CPN et des dossiers avant la saisie des données.

- L'AgHBs a été recherché par : Hepatitis B Détection Card Test ;

- La technique consistait à mettre une goutte de sang et deux gouttes de diluant et attendre au minimum cinq minutes pour avoir le résultat.
- Le prélèvement de la charge virale a été effectué par des tubes EDTA puis extraire le plasma, conditionné au service de maladies infectieuses puis acheminé pour le dosage dont le PCR en temps réel a été la technique utilisée.

3.10. Variables étudiées :

- **Variables Qualitatives :** Nom, Prénom, Sexe, Profession, ethnie, Résultat du test, Circonstance de diagnostic, Hospitalisation antérieure pour hépatite, Etat vaccinal, Type de contact ou pratique à risque, Signes fonctionnels, signes physiques, les examens biologiques, le type de traitement reçu.
- **Variables quantitatives :** Numéro du dossier, Age , Nombre d'enfant, Date du début de la symptomatologie, Date de fin de la symptomatologie

Tableau II : les variables et définitions

Variabes	Types	Echelle de mesure
Age	Quantitative discontinue	Année à partir du dernier anniversaire
Statut matrimonial	Qualitative discontinue	1-célibataire ;2-Mariée ;3-veuve
Niveau d'étude	Qualitative continue	1-Primaire ; 2-Secondaire ; 3- Supérieur ; 4-Non-scolarisé
Profession	Qualitative nominative	1-Femme au foyer ; 3-Etudiante/Elève ; 4-Commerçante/Vendeuse ; 5-Autres
Provenance	Qualitative Nominative	1-Sananfara ; 2-Fouga ; 3-Sirakoro ; 4-Samakebougou
Signe clinique de l'hépatite	Qualitative nominative	Ictère ; amaigrissement ; douleur abdominale ; myalgies ; arthralgie
Examens complémentaires	Quantitative continue	Charge virale ; transaminases ; Protéinurie de 24H
Parité	Quantitative continue	1=Primipare ; 2=Paucipare ; 3=Multipare ; 4=Grande multipare ; Nullipare
Résultat de L'AgHBs	Qualitative nominative	1-Négatif ; 2-Positif

La collecte des données a été faite à l'aide d'une fiche d'enquête renseignée pour chaque cas.

3.11. Saisi et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel (SPSS data editor 26.0), les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne, écart type, minimum et maximum, les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et en proportion, les hypothèses de corrélation de variables croisés ont été testées selon le test de khi-carré ou le test exact de Fisher (au cas où une valeur attendue est inférieure à 5) pour les variables qualitatives et celles des variables quantitatives selon les Test de Mann Withney. Une valeur de $p \leq 0,05$ était considérée comme étant statistiquement significative.

3.12. Considérations éthiques :

Pour la collecte des données, une demande d'autorisation a été au préalable adressée au CSCOM de Kati-Sananfara.

L'identité de chaque patient était anonyme. Ces patientes ne seront pas identifiées dans les publications scientifiques et/ou les présentations futures liées à cette étude.

Elles avaient toutes donné leur consentement verbal et les résultats étaient confidentiels. Les personnes n'ayant pas de marqueurs d'infection pour le virus de l'hépatite B ont reçu des informations nécessaires sur la prévention de l'infection et sur la disponibilité des médecins pour toute sollicitation.

3.13. Définitions opérationnelles : Pour la clarté de l'étude nous avons adopté les définitions opératoires suivantes :

- Parité : c'est le nombre d'accouchement chez la femme.
- Nullipare : une femme qui n'a jamais accouché.
- Primipare : une femme qui a accouché une fois.
- Pauciparité : une femme qui a accouché 2 à 3 fois.
- Multiparité une femme qui a accouché 4 à 5 fois.
- Grande Multiparité : une femme qui a accouché 6 fois et plus.

RESULTATS

4. RESULTATS

4.1. Fréquence

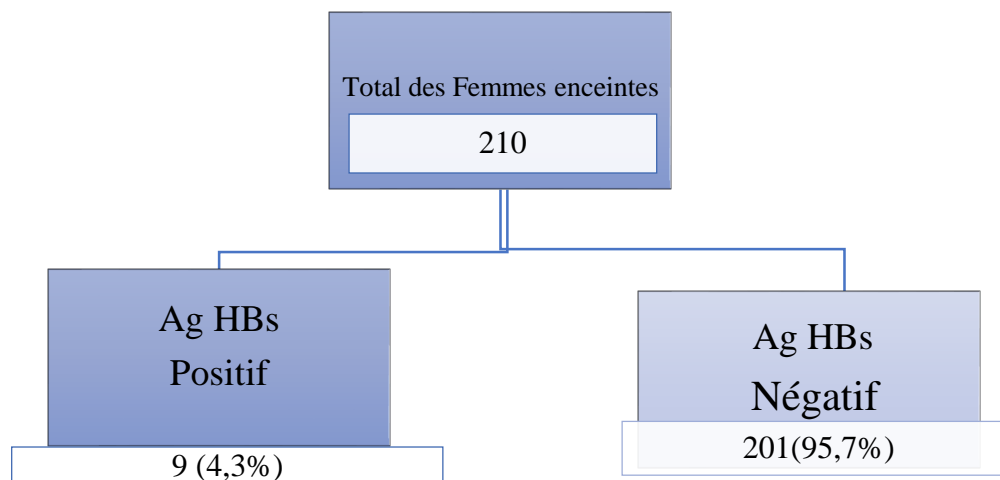


Figure 5 : Diagramme de Flux de la positivité de l'antigène HBs chez les femmes enceintes suivies en consultation au Cscm de Kati Sananfara

Du 12 juillet au 12 Septembre 2023 soit une période de 2 mois, nous avons enregistré 9 cas d'AgHBs positif associé à la grossesse sur un total de 210 femmes enceintes reçues en consultation prénatale dans le centre de santé de communautaire de Kati Sananfara soit une fréquence de 4%. Parmi ces 9 parturientes à Ag HBs positif, une seule connaissait son statut antérieur qui était positif au VHB.

4.2. Caractéristiques sociodémographiques des patients :

Tableau III : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (années)	Effectifs	Pourcentage (%)
Moins de 21	111	52,9
21 à 35	92	43,8
Plus de 35	7	3,3
Total	210	100

La tranche d'âge de moins de 21 ans était la plus représentée avec une fréquence de 52,9%. L'âge moyen était de 22,94 ans avec des extrêmes de 12 et 46 ans,

Tableau IV : Répartition des occupations des patientes en fonction du résultat de l'AgHBs

Profession	AgHBs				p-value
	Négatif		Positif		
Rémunérée	51	92,7	4	7,3	
Non rémunérée	150	96,8	5	3,2	0,1
Total	201	95,7	9	4,3	

Les professions non rémunérées étaient les plus représentées dans notre étude.

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre la profession et le résultat de l'AgHBs.

Tableau V: Répartition du statut matrimonial patientes en fonction du résultat de l'AgHBs

Statut matrimonial	AgHBs						p-value
	Négatif		Positif		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Marié	165	94,8	9	5,2	174	100	
Célibataire	36	100	0	0	36	100	0,3
Total	201	95,7	9	4,3	210	100	

Les femmes mariées étaient les plus représentées dans notre étude avec un pourcentage de 100% chez les femmes à l'AgHBs positif.

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le statut matrimonial et le résultat de l'AgHBs.

Tableau VI: Répartition de la parité des patientes en fonction du résultat de l'AgHBs

Parité	AgHBs				p-value
	Positif		Négatif		
	N	%	N	%	
Nullipare	2	2,6	74	97,4	
Non Nullipare	7	5,2	127	94,8	0,20
Total	9	4,3	201	95,7	

La majorité de nos patientes avaient déjà accouchée une fois ou plus.

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre la parité et le résultat de l'AgHBs.

Tableau VII : Répartition du niveau d'étude des patientes en fonction du résultat de l'AgHBs

Niveau d'étude	AgHBs				p-value
	Négatif		Positif		
	N	%	N	%	
Inscrite	55	98,2	1	1,8	
Non-Inscrite	146	94,8	8	5,2	0,4
Total	201	95,7	9	4,3	

La majorité de nos patientes était non inscrite

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre le niveau d'étude et le résultat de l'AgHBs.

Tableau VIII : Répartition des résidences des patientes en fonction du résultat de l'AgHBs

Résidence	AgHBs				P-Value
	Positif		Négatif		
	N	%	N	%	
Sananfara	2	2,9	68	97,1	
Hors Sananfara	7	5	133	95	0,3
Total	9	4,3	201	95,7	

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre la résidence et le résultat de l'AgHBs.

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction de la Profession du mari:

Professions	Effectifs	Pourcentage (%)
Commerçant	3	33,3
Militaire	2	22,2
Ouvrier	2	22,2
Eleveur	1	11,1
Inconnu	1	11,1
Total	9	100

La majorité de nos femmes enceintes avait des maris commerçants dans 33,3% des cas.

Tableau X : Répartition des patientes AgHBs positif del'existence d'une Coépouse :

La présence de coépouse	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	6	66,7
Non	3	33,3
Total	9	100

Plus de 66,7% des patientes avaient une ou plusieurs coépouses

4.3. Données cliniques et para cliniques

Tableau XI : Répartition de l'âge de la grossesse en trimestre au moment du dépistage des patientes

Age de la grossesse	AgHBs				P-Value
	Positif		Négatif		
	N	%	N	%	
1 ^{er} trimestre	2	22,2	33	77,8	0,5
2 ^{ème} trimestre	3	33,3	91	66,7	
3^{ème} trimestre	4	44,4	77	55,6	
Total	9	4,3	201	95,7	

La plupart des patientes à l'AgHBs positif était du 3^{ème} trimestre

Il n'existe pas un lien statiquement significatif entre l'âge de la grossesse et le résultat de l'AgHBs.

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction du resultat de l'AgHBs du conjoint

Statut du conjoint	Effectifs	Pourcentage (%)
Non fait	6	66,7
Positif	1	11,1
Négatif	2	22,2
Total	9	100

Soixante-six virgule sept pourcent des conjoints n'ont pas été dépister pour l'AgHBs

Tableau XIII: Répartition des patientes en fonction du résultat de la recherche de la protéinurie à la bandelette urinaire

Protéinurie a la bandelette urinaire	Effectifs	Pourcentage (%)
Négatif	7	77,8
Trace	2	22,8
Total	9	100

La bandelette urinaire était revenue négatif chez 77,8% des patientes

Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction de la la charge virale du VHB

Charge virale du VHB (UI/ml)	Effectifs	Pourcentage (%)
< 2000	5	55,6
2000-20000	1	11,1
20001-200000	2	22,2
> 200000	1	11,1
Total	9	100

La charge virale du VHB était inférieur à 2000 UI/ml chez nos patientes dans 55,6% et très élevé dans 11,1%.

4.4. Prise en charge

Tableau XV : Répartition des patientes selon la prise d'ARV (Ténofovir)

Prise d'ARV	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	3	33,3
Non	6	66,7
Total	9	100,0

Seulement Trente-trois virgule trois pour cent (33,3%) des patientes sont sous Ténofovir.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la cause du non suivie de l'hépatite B

Lieu d'accouchement	Effectifs	Pourcentage (%)
Problème de moyen pour la réalisation des bilans	2	33,3
L'ignorance de la maladie	3	50
Fausse information concernant la maladie	1	16,7
Total	5	100

La méconnaissance de la gravité et le manque de moyen pour la réalisation des bilans d'initiation sont la principale cause de l'absence du suivi.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le lieu d'accouchement

Lieu d'accouchement	Effectifs	Pourcentage (%)
CSCOM de Kati	3	33,3
Hors du CSCOM	6	66,7
Total	9	100

Seulement trois patientes sur neuf ont pu accoucher dans le CSCOM de Kati Sananfara

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction de la prise en charge du nouveau-né à la naissance

Prise en charge du Nné	Effectif	Pourcentage (%)
Sérothérapie et Vaccin	4	50
Bain d'antiseptique seulement	2	25
Non précise	2	25
Total	8	100

Seulement 50% des nouveau-nés ont été prise en charge correctement

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la relation entre l'AgHBs et la classe d'âge

Tranche d'âge(ans)	AgHBs				P-Value
	Négatif		Positif		
	N	%	N	%	
<21	102	99	1	1	0,05
21 à 35	98	92,5	8	7,5	
Pus de 35	1	100	0	0	
Total	201	95,7	9	4,3	

Il existe un lien statistiquement significatif entre la Classe d'âge et l'AgHBs

Description des cas avec AgHBs Positif

Cas1 : Patiente 36 ans, ménagère, résident à Kati Fougua avec comme facteur de risque un contact familiale, qui était à 11 semaines d'aménorrhées au moment du dépistage ayant accouché dans le CSRef de Kati par voie basse d'un nouveau-né vivant n'ayant reçu aucun traitement (ni vaccin, ni sérothérapie).

Cas2 : Patiente 24 ans, ménagère, mariée avec une coépouse, résident à Kati Sananfara qui était à 06 semaines d'aménorrhées au moment du dépistage ayant accouché à Koulikoro par voie basse d'un nouveau-né vivant n'ayant reçu aucun traitement (ni vaccin, ni sérothérapie).

Cas3 : Patiente 30 ans, Bénévole, résident à Kati Fougua avec comme facteur de risque un contact professionnel infecté, qui était à 28 semaines d'aménorrhées au moment du dépistage, ayant accouché au CHU de Kati par voie basse d'un nouveau-né vivant recevant le vaccin et la sérothérapie.

Cas4 : Patiente 24 ans, commerçante, résident à Kati Fougua avec comme facteur de risque le perçage corporel, qui était à 30 semaines d'aménorrhées au moment du dépistage ayant

accouché dans le CSCOM de Sananfara par voie basse d'un nouveau-né vivant ayant reçu le vaccin et la sérothérapie.

Cas5 : Patiente 26 ans, commerçante, résident à Kati Sananfara avec comme facteur de risque un contact familiale, rapport sexuel non protégé, qui était à 29 semaines d'aménorrhées au moment du dépistage ayant accouché dans le CSCOM de Sananfara par voie basse d'un nouveau-né vivant ayant reçu le vaccin et la sérothérapie.

Cas6 : Patiente 28 ans, ménagère, résident à Kati Samakebougou qui était à 32 semaines d'aménorrhées au moment du dépistage, perdue de vu.

Cas7 : Patiente 25 ans, ménagère, mariée avec une coépouse, résident à Kati Sirakoro, qui était à 14 semaines d'aménorrhées au moment du dépistage ayant accouché dans le CSCOM de Sananfara par voie basse d'un nouveau-né vivant n'ayant reçu aucun traitement (ni vaccin, ni sérothérapie).

Cas8 : Patiente 30 ans, Militaire, résident à Kati Samakebougou avec comme facteur de risque un contact familiale, rapport sexuel non protégé , qui était à 20 semaines d'aménorrhées au moment du dépistage ayant accouché au CHU de Kati par voie basse d'un nouveau-né vivant ayant reçu le vaccin et la sérothérapie.

Cas9 : Patiente 20 ans, ménagère, résident à Kati Sirakoro, qui a accouché d'un Mort-Né pour cause non précise.

Tableau XX : Tableau croisé entre le niveau d'étude et la réalisation des bilans complémentaires :

Niveau d'étude	Réalisation des bilans complémentaires				
	Fait		Non fait		P
	N	%	N	%	
Non scolarisé	2	28,6	5	71,4	0,1
Primaire	1	100	0	0	
Secondaire	1	100	0	0	
Total	4	44,4	5	55,6	

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre le niveau d'étude et la réalisation des examens complémentaire

COMMENTAIRES

ET

DISCUSSION

5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1. Limites et biais de l'étude

Notre étude a comporté certaines limites, ainsi le retard de suivi, le manque de moyens pour faire les bilans ont impacté négativement notre étude, tous les marqueurs de l'hépatite B n'ont pas pu être recherchés pour apprécier le caractère récent ou pas de l'infection. La sérovaccination n'a pas été effective chez tous les nouveau-nés, la perte de vue des patientes était importante.

5.2. Prévalence

Nous avons testé 210 femmes enceintes à la recherche de l'antigène de surface de l'hépatite virale B (AgHBs) et avons trouvé que 9 étaient positives, soit une prévalence de 4,3%.

Notre taux est supérieur de celui de Bahoken R [34] qui a trouvé 2,78% d'hépatite B chez les femmes enceintes suivies dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du Point G, de Sbiti M et al [1] au Maroc qui ont trouvé 2,4% d'hépatite B chez les femmes enceintes. Des taux nettement supérieurs au nôtre ont été rapportés par Sidibé M [3] au centre de santé de référence de la commune III de Bamako et Traoré A [13] au le service de gynéco-obstétrique du CHU-Gabriel Touré. Ces auteurs ont rapporté 10,5% et 17% d'hépatite B au cours de la grossesse. Elle est inférieure à celle de la population générale 13,9% et 14,7% [50] . En France, la prévalence de l'Ag HBs chez la femme enceinte serait comprise entre 0,15 à 2,56 % alors qu'elle est de 11,57% au Sénégal et de 11,4% au Burkina Faso [10] .

Cette différence pourrait s'expliquer par la différence de prévalence de l'Ag HBs dans la population générale entre l'Afrique sub-saharienne (zone de forte endémicité 8-18%) et l'Afrique du Nord (zone d'endémicité intermédiaire 2- 4%) [51] [52] .

5.3. Caractéristiques sociodémographiques :

La tranche d'âge de moins de 21 ans était la plus représentée avec une fréquence de 52,9%.

L'âge moyen était de 22,94 ans avec des extrêmes de 12 et 46 ans, ce résultat est similaire à celui Bahoken R[34] qui a trouvé une moyenne d'âge de 26,9 avec des extrêmes de 15 et 41 au CHU du Point G et celui de Traoré A[13] au CHU Gabriel Touré qui a trouvé une moyenne d'âge de 27,3 ans avec des extrêmes de 18 et 43 ans.

La majorité d'entre elles étaient mariées 74,4%, un taux largement inférieur à celui rapporté par Sidibé M[3] ; et nettement supérieur à celui rapporté par Sangaré L et al. Qui étaient respectivement de 97,5% et 59,3%.[15] [8].

Durant notre étude, 73,3% des patientes étaient non scolarisées. Le niveau d'étude peut être déterminant dans la compréhension des messages d'éducation sanitaire dans le cadre de la prévention.

La majorité des conjoints était des commerçants avec 33,3%.

5.4 Les données cliniques et paracliniques :

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'antigène HBs et la classe d'âge et entre le résultat de l'antigène HBs.

La charge virale était inférieure à 2000 copies/ml dans 55,6% des cas dans notre étude similaire à celui de Yanoga O[53] qui avait trouvé une charge virale supérieure à 2000 copies/ml dans 44,44% des cas. Dans l'étude de Traoré A[13], la charge virale était supérieure à 2000 copies/ml dans 37,2% des cas. Selon la littérature une élévation de la charge virale constitue un risque de contamination de l'enfant et le passage à la chronicité est fréquent[13].

Coïnfection VHB-VIH

La sérologie VIH était négative chez toutes les patientes contrairement à l'étude de Diarra. A[16] dont la sérologie HIV était positive chez 6 patientes soit une coïnfection VHB-VIH soit 8,8%. Sidibé M a trouvé une coïnfection VIH-VHB dans 3,4% [3]. Sangaré L et al[8] avaient trouvé une coïnfection VHB-VIH dans 2% des cas.

La coïnfection VHB-VIH entraîne des modifications fréquentes de l'expression sérologique de l'infection virale B avec des phénomènes de réplication active (détection de l'ADN viral) contrastant avec l'absence de détection de l'AgHBs, voir de tout marqueur d'infection par le VHB.

La coïnfection VHB-VIH augmente ainsi significativement le risque d'hépatite chronique du fait de l'immunosuppression plus importante.

Le dépistage précoce des VIH et VHB chez la femme enceinte en zone de prévalence élevée constitue un important outil de prise en charge médicale.

5.5 Description du Pronostic maternel et néonatal :

Le pronostic materno-fœtal dépend de plusieurs facteurs parmi lesquels on peut citer :

Le respect des consultations obstétricales pour le suivi de la grossesse, le respect des membranes pendant l'accouchement, des consultations hépato-gastro-entérologiques pour le suivi de l'hépatite B et de la prise en charge correcte des nouveau-nés. Il dépend aussi de la présence ou non de coïnfection comme le VIH. Nous n'avons pas pu mettre en évidence d'autres coïnfections car les patientes n'ont pas réalisé ces bilans.

Parmi les neuf patientes positives seulement trois ont bénéficié d'un traitement soit un taux de 33,33% un taux nettement supérieur à celui apporté par Sidibé M[3], qui dans son étude, 8,5%

patientes ont été mises sous ténofovir 300mg. Parmi les mesures préventives de l'hépatite B, la vaccination occupe une place prépondérante. Dans notre étude, aucune patiente n'a signalé avoir reçu le vaccin pour la prévention de cette maladie.

L'absence de la vaccination pourrait s'expliquer par la méconnaissance de la gravité de cette maladie.

Dans l'étude de Hannachi N[22] au CHU de Farhat-Hached de Tunisie 1,4% des patientes ont déclaré avoir reçu le vaccin pour la prévention de l'hépatite B mais il n'a pas donné de précision sur la date de réalisation de vaccination.

Dans notre étude la sérovaccination a été administrée chez 50% des nouveau-nés, ce taux est nettement inférieur à celui apporté par Sidibé M[3] dont la sérovaccination chez les nouveau-nés a été faite dans 73,7%. Traoré A [13] avait noté une absence de séroprophylaxie chez 27,9% des nouveau-nés. Cette absence de sérovaccination est un facteur favorisant la transmission de l'infection chez ces nouveau-nés, qui à leur tour sont susceptibles de développer les formes chroniques de la maladie durant la petite enfance.

L'OMS recommande la vaccination généralisée chez les enfants de 0 à 12 mois depuis 1992 dans tous les pays du monde [54]

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

6. CONCLUSION

Les résultats de notre étude nous permettent d'affirmer que le portage de l'AgHBs au cours de la grossesse est une réalité dans le CSCOM de Kati Sananfara. En effet, 4,3%(relativement élevé) des femmes enceintes étaient porteuses de l'AgHBs dont la grande majorité de ces femmes étaient jeunes 50,5% et seulement trois patientes sur neuf ont pu être suivies d'où un faible taux de suivi de ces femmes dépistées positives. Il existe un lien statistiquement significatif entre l'antigène HBs et la classe d'âge et entre le résultat de l'antigène HBs.

Nos résultats montrent que le dépistage de l'AgHBs au cours de la grossesse devrait impérativement faire partie du bilan prénatal puisque la transmission verticale demeure la principale voie de transmission du virus de l'hépatite B dans les zones d'hyper- endémicité.

L'importance de la transmission périnatale nécessite des mesures rigoureuses de prévention passant par l'immunoprophylaxie passive et la vaccination universelle de tous les nouveaux nés. D'une manière générale la lutte contre l'endémie du VHB nécessite la mise en place d'une bonne politique nationale de prévention.

7. Recommandations

Au terme de cette étude nous recommandons :

• Au Ministère de la santé :

- ✓ Organiser des campagnes d'information et de sensibilisations de l'hépatite virale B ;
- ✓ Rendre gratuit le dépistage de l'AgHBs chez toute femme enceinte au premier contact ;
- ✓ Assurer la vaccination gratuite de tous les nouveau-nés contre le virus de l'hépatite B à la naissance ;
- ✓ Organiser des séances de formation des agents de santé sur l'hépatite virale B ;
- ✓ Subventionner la sérothérapie des nouveaux nés de mère AgHBs positif ;
- ✓ Rendre gratuits les bilans d'initiation et le traitement de l'hépatite B.

• Aux praticiens hospitaliers :

- ✓ Assurer l'éducation et la sensibilisation de la population sur l'hépatite B ;
- ✓ Dépister systématiquement toutes les femmes enceintes vis à vis du VHB dès le 1er trimestre de la grossesse,
- ✓ Orienter toute femme enceinte à AgHBs positif en consultation spécialisée pour une prise en charge effective,
- ✓ Proposer la vaccination chez les femmes négative à l'AgHBs,
- ✓ Assurer la sérovaccination de tout enfant né de mère AgHBs (+) dans les 12 heures de vie.
- ✓ Vérifier l'Ac Anti HBs de l'enfant après vaccination à partir du 7^{ème} mois.

• A la population :

- ✓ Effectuer le dépistage systématique de l'infection par le VHB.
- ✓ Se faire vacciner contre l'hépatite B,
- ✓ Se faire prendre en charge si positivité de l'AgHBs.

• Aux patientes :

- ✓ Commencer les consultations prénatales dès le début de la grossesse
- ✓ réaliser le bilan prénatal.
- ✓ Accoucher dans les centres de santé
- ✓ se faire prendre en charge si l'antigène HBs positif
- ✓ Accepter la vaccination et la sérothérapie des nouveau-nés nés de mères antigène HBs positif

REFERENCES

RÉFÉRENCES

- [1]] **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* 2016; 24:187.
- [2] **Rajani M et Jais M.** Magnitude and pattern of hepatitis B infection in clinically suspected infectious hepatitis at a tertiary care hospital in urban India ",*Journal of Global Infectious Diseases / Jul-Sept 2014 / Vol-6 / Issue-3.*
- [3] **Sidibé M.** Prévalence de l'AgHBs chez les femmes enceintes au CSRef de la commune III du district de Bamako. Thèse de Médecine FMOS USTTB 2020 ; N°314 ; 74p.
- [4] **Pierre Tiollais M, Chen Zhu M.** L'hépatite B. *Pathol Biol* 2010 ; 58 :243-4.
- [5] **Aw M.** Hépatite B et grossesse : Evaluation des stratégies de prévention de la transmission mère-enfant dans les centres hospitaliers de ziguinchor : These Med, Dakar, 2020 ; N° 06;177p
- [6] **Ayari R, Gorgi Y, Aouadi H, Ayed-Jendoubi S, Ayed K.** La PCR dans la détection de l'ADN du virus de l'hépatite B : choix des amorces. *Immuno-anal bio spé* 2006 ; 21 :308– 13, oct. 2006, doi: 10.1016/j.immbio.2006.06.004.
- [7] **Ouazzani I.** Prévalence de l'AgHbs chez les femmes enceintes : résultats préliminaires d'une étude prospective menée au Service d'Hépatogastroentérologie du CHU Hassan II Fès Maroc A propos de 156 cas Session : Juillet 2010 37p.
- [8] **Sangaré L, Sombié R, Combasséré AW, Kouanda A, Kania D, Zerbo O et al.** Transmission anténatale du virus de l'hépatite B en zone de prévalence modérée du VIH Ouagadougou, Burkina Faso. *Bull Soll Pathol Exot* 2009; 102(4):226-9.
- [9] **Khadidjatou SA, Rachidi S.I, Honorat S, Kabibou S, Edgar-Marius O.** Séroprévalence et facteurs associés à l'hépatite B chez les gestantes à Parakou en République du Bénin. *Pan Afr Med J* 2019; 33:226.
- [10] **Barin F, Pérrin J, Chotard J, Denis F, N'doye R, Chiron JP et al.** Epidémiologie transversale et longitudinale de l'hépatite B au Sénégal. *Prog Med virol* 1981 ; 27:148-62.
- [11] **Chakvetadze C, Roussin C, Roux J, Mallet V, Petinelli ME, Pol S.** Efficacité de la sérovaccination de l'hépatite B chez les nouveau-nés de mères africaines HBs positives. *Vaccin* 2011 ; 29(16) :2846-
- [12] **Coulibaly K.** Contribution à la transmission verticale de l'hépatite B Prévalence de l'antigène HBs chez 206 couples mères enfants : These Med, Bamako, 1983 ;76p; N° 06.
- [13] **Traore A.** L'infection par le virus de l'Hépatite B chez la femme enceinte au service de Gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré. Thèse Med Bamako, USTTB,2020; 81p ; n°289.
- [14] **Eugène C.** Les hépatites virales. Le quotidien du médecin, Paris : Masson, 1^{ere} édition.2000, 226p.
- [15] **Anonyme.** Epidémiologie des Hépatites virales B en Afrique.[Ligne].[Consulté 15 février 2018]. Disponible: <http://www.hepatiteafrique.org> ;(55) :600p.
- [16] **Diarra A.** Prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de Koulikoro . Thèse Med Bamako, USTTB,2022; 84p ; n°72.
- [17] **Robertson BH, Margolis HS.** Virus de l'hépatite B chez les primates : diversité génétique, géographie et évolution. *Rev Med Virol.* 2004; 12:133–41

- [18] **Bahri O.** Le virus de l'hépatite B: Aspects virologiques . Editions Médicales et Scientifiques. 2009. (5): p153-171.
- [19] **Verrier E.R.** Récepteur du virus de l'hépatite B: Structure et implications thérapeutiques , *Med Sci (Paris)*, vol. 38, n° 11, p. 867-869, nov. 2022, doi: 10.51/medsci/2022136.
- [20] **Dhumeaux D, Delfraissy JF, Pageaux GP, DE Lédinghen V** : Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandation 2014 du Ministère des affaires sociales et de la santé. Paris.2014; 537p.
- [21] **Custer B, Sullivan SD, Hazlet TK, Uchenna I, David LV, Kris VK.** Global epidemiology of hepatitis B virus. *J Clin Gastroenterol* 2004; 38:158–68. .
- [22] **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* 57 (2009) e43–e47
- [23] **Soni P.** Hépatites virales et grossesse. *Hepato Gastro* 2013 ; 20 : 595-600. doi : 10.1684/hpg.2013.0923
- [24] **Dembélé R .** Profil epidemiologique et serologique du virus de l'hépatite B dans le milieu urbain de bamako. Thèse, Med, Bamako.2011, (225), 62p
- [25] **Hoofnagle JH, Doo E, Liang TJ, Fleischer R, Lok AS.**Prise en charge de l'hépatite B : résumé d'un atelier de recherche clinique. *Hépatologie.*2007 ; 45:1056-75.
- [26] **Lok AS, McMahon BJ.** Hépatite chronique B. *Hépatologie.*2007 ; 45: 507-39.
- [27] **Martinot-Peignoux M, Boyer N, Colombat M, Akremi R, Pham BN, Ollivier S, et al.** Taux d'ADN du virus de l'hépatite B sérique et histologie hépatique chez les porteurs inactifs de l'AgHBs. *J Hepatol.*2002 ; 36:543-6
- [28] **Miyakawa Y, Mizokami M.**Classification des génotypes du virus de l'hépatite B. *Intervirologie.*2003 ; 46 :329–38
- [29] **Paccoud O, Surgers L, Lacombe K .** Infection par le virus de l'hépatite B : histoire naturelle, manifestations cliniques et principes thérapeutiques , *LaRevue de Médecine Interne*, vol.40, n°9, p.590-598, sept.2019, doi:10.16/j.revmed.2019.03.333.
- [30] **Durantel D, Carrouée-Durantel S, Werle-Lapostolle B, Brunelle MN, Pichoud C, Trepo C et al.** Une nouvelle stratégie pour étudier in vitro la sensibilité aux médicaments des isolats cliniques du virus de l'hépatite B humaine. *Hépatologie.*2004 ; 40 (4): 855-64.
- [31] [34] **Pawlotsky J.M.** Les techniques virologiques de diagnostic et de suivi de l'hépatite B. *Gastroentérologie clinique et biologique* .Janvier 2008 ; 32 (1) : S56-63.
- [32] **Bacq Y.**Hépatite virale B et grossesse *Gastroenterol clin et biol.*2008;32:S12-19.
- [33] **Zoulim F.** Évaluation de l'efficacité du traitement dans l'infection et la maladie par le VHB. *J Hepatol.*2006 ; 44 : S95-9.
- [34] **Bahoken R.** Portage de l'antigène HBs chez les femmes enceintes suivies au service de gynéco-obstétrique du CHU du Point G. Thèse, Med, Bamako.2021, (124), 97p.
- [35] **Traore M.B , Maiga A.I.** Contribution du laboratoire Rodolphe Merieux dans le diagnostic biologique de l'infection par le virus de l'hepatite B, Thèse pharmacie, Bamako.2014, 98p
- [36] **Bougodogo F, Diarra S, Traoré S, Niangaly A.** Rapport sur la prévalence des marqueurs de l'infection par le virus de l'hépatite B au Mali 2001; p 1-35.
- [37] **Aliénore M.** Hépatite B et pharmacien d'officine : obligation vaccinale, prévention comportementale et sérothérapie en 2018. *Sciences pharmaceutiques.* 2019. dumas-02282877

- [38] **Andrieu A, Boulot P, Criballet G, Chassagne P, Chanal C, Fournier FS et al.** Référentiel grossesse et hépatites. Groupe de travail pluridisciplinaire et régional ;Avril2013,p24.
- [39] **Andonov A, Gillian B, Rosalind L, Lisa MP, Margaret GR, Robert M, Jennifer Vet al .** *Soins primaires de l'hépatite B* :Agence de santé publique du Canada, *aide-mémoire*, 2013.
- [40] **Morard I, Giostra E et Negro F.** Traitement de l'hépatite B chronique :Rev Med Suisse 2005 ;:12012- 7.
- [41] **Geoffroy L.** Impact sur la fonction rénale du ténofovir disoproxil utilisé en prévention des infections par le VIH ou par le virus de l'hépatite B. Santé publique et épidémiologie. Université Paris-Saclay, 2022. Français. NNT : 2022UPASR019.
- [42] **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.
- [43] **Vranckx R, Alisjahbana A, Meheus A.** Vaccination contre le virus de l'hépatite B et transmission prénatale des marqueurs du VHB aux nouveau-nés. *J Viral Hepat*, 1999 ; 6:135-9.
- [44] **Zuckerman JN.** Immunoglobuline contre l'hépatite B pour la prévention de l'infection par l'hépatite B. *J Med Virol* 2007 ; 79 :919 21..
- [45] **Alexander JM, Ramus R, Jackson G, Sercely B, Wendel GD Jr.** Risk of hepatitis B transmission after amniocentesis in chronic hepatitis B carriers. *Infect Dis Obstet Gynecol* 1999;7:283-6.
- [46] **Präv Ag.M.** Recommandations pour la prévention de la transmission mère-enfant de l'hépatite B , *Forum Med Suisse*, vol. 7, n° 36, sept. 2007, doi: 10.4414/fms.2007.06281.
- [47] **Selton D, André M, Hascoët JM.** Efficacité de la sérovaccination chez des nouveau-nés de mères antigènes HBs positif : à propos de 60 observations. *Jr de Gynecol Obstet et BiolReprod.*2009; 38, 500-509.
- [48] **Da Villa G.** Rationale for the infant and adolescent vaccination programmes in Italy. *Vaccine.*2000; 18(Suppl 1): S31–4.
- [49] **Goldstein S, Zhou F, Hadler S, Bell B, Mast E, Margolis H.** Un modèle mathématique pour estimer la charge mondiale de morbidité de l'hépatite B et l'impact de la vaccination. *Int J Epidemiol.* 2005 ; 34 :1329–39
- [50] **Ezzikouri S, Chemin I, Chafik A, Wakrim L, Nourlil J, Malki AE et al.** Détermination du génotype chez les porteurs chroniques de l'hépatite B au Maroc. *Infection, génétique et évolution.*2008 ; 8: 306–12.
- [51] **Boa A, Alfred D, Eric KM, Raphael DK, Bonny JS, Germaine OS et al.** Plaidoyer pour l'introduction du vaccin contre l'hépatite virale B à la naissance en Côte d'Ivoire: », *Santé Publique*, vol. Vol. 29, n° 5, p. 751-760, déc. 2017, doi: 10.3917/spub.175.0751.
- [52] **Organisation Mondiale de la Santé.** Hépatite B Aide-mémoire (204) en ligne.C07/2016.[Consultéle12/11/2016].Disponiblesur :<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/fr>
- [53] **Yanoga O.** Infection au virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes du centre de santé de référence de la commune 1 de Bamako . Thèse Pharmacie Bamako, USTTB,2023; 74p ; n°.

- [54] **Ott JJ, Stevens GA, Groeger J, Wiersma S T.** Global epidemiology of hepatitis B virus infection : new estimates of Age-specific HBsAg seroprevalence and endemicity. *Vaccine*.2012; 30(12): 2212-19.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DEMBELE

Prénom : Maria

Date de naissance : 1999

Titre : Prévalence de l'AgHBs chez les femmes enceintes dans le CSCOM de Kati Sananfara. **Année universitaire :** 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu dépôt : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Résumé :

Introduction :

But : Le but de notre étude était d'étudier l'infection par le virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes au centre de santé communautaire de Kati Sananfara.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive allant du 07 juillet au septembre 2023 qui a été réalisé au centre de santé communautaire de Kati Sananfara.

Résultat : Durant cette période, 210 gestantes ont effectué la recherche de l'Ag HBs. Parmi ces gestantes 9 ont été dépistées positives à l'AgHBs soit une fréquence de 4,3%. La tranche d'âge de 21 à 40 ans était la plus représentée avec une fréquence de 50,5% et un âge moyen de 22,95±écart type. Elles étaient Nullipares dans 36,2% des cas. L'âge de la grossesse du moment d'inclusion était 44.4°/° au 3eme trimestre. Seulement 33,3% des femmes porteuse de l'AgBHs ont puis être suivies. La sérovaccination a été faite chez 50% des nouveau-nés.

Conclusion :

Notre étude a révélé une prévalence de 4,3 % de l'AgHBs chez les femmes enceintes au Centre de santé communautaire de Kati Sananfara. La nulliparité a été observée dans 36,2 % des cas, soulignant la nécessité d'interventions ciblées pour réduire la transmission de l'hépatite B pendant la grossesse à Bamako, au Mali

Mots clés : Femme enceinte, AgHBs, PTME, Hépatite B, Kati.

SIGNAL SHEET:

Name: DEMBELE

First Names: Maria

Nationality: Malian

University Year: 2023-2024

Filing location: FMOS Library, Bamako, Mali.

Thesis title: "Prevalence of AgHBs among pregnant women in the Kati Community Health Center"

Town of defense: Bamako

Section: Medicine

Interest Sectors: Infectious and tropical diseases, women health

Abstract

Introduction

This was a descriptive cross-sectional study conducted from July 7th to September 2023 at the Kati Sananfara Community Health Center.

Results: During this period, 210 pregnant women were screened for AgHBs. Among these women, 9 tested positive for AgHBs, resulting in a frequency of 4.3%. The age group of 21 to 40 years was the most represented, accounting for 50.5% of the cases, with an average age of 22.95 years. Nulliparity was observed in 36.2% of cases. The gestational age at inclusion was 44.4% in the third trimester. Sérovaccination was administered to 50% of newborns.

Conclusion:

Our study found a 4.3% prevalence of AgHBs among pregnant women at the Kati Sananfara Community Health Center. Nulliparity was observed in 36.2% of cases, highlighting the need for targeted interventions to reduce hepatitis B transmission during pregnancy in Bamako, Mali.

Keywords: Pregnant woman, AgHBs, PTME, Hepatitis B virus, Kati.

ANNEXES

Fiche d'enquête

CHU du Point G

Dossier patients HIV HBV HCV

Service de maladies infectieuses

Feuille

N° _____

Numéro de dossier : ____/____/____/____/____/____/____/____/____ Date 1^{er} contacte : ____/____/____/

Référence : Oui ; Non Nom du référent : _____

IDENTIFICATION DU CAS

Nom : _____ Prénom : _____

Age : ____/____/ans ou date de naissance : ____/____/____/ Sexe : /____/ M ; /____/ F

Taille : ____ cm Ethnie : _____ Profession : _____ Ville : _____

Cell patient : _____ Adresse : _____ Rue : _____ porte : ____

Personne contact : _____ informé ? : O/N, lien () cell : ____/____/____/

PRISE EN CHARGE FAMILIALE

Situation matrimoniale /____/ 1= célibataire ; 2= Mariée ; 3= divorcée ; 4= Veuve

Conjoint		Enfant			
Nom	Statut HBS	Nom	Statut HBS	Nom	Statut HBS
1		1		6	
2		2		7	
3		3		8	
4		4		9	
5		5		10	

Coinfections/ IO	Date	Laboratoire
Anti-HBc IgM <input type="checkbox"/> Positif ; <input type="checkbox"/> Négatif	____/____/____/	_____
Anti-HBc IgG <input type="checkbox"/> Positif ; <input type="checkbox"/> Négatif	____/____/____/	_____
Anti-VHC <input type="checkbox"/> Positif ; <input type="checkbox"/> Négatif	____/____/____/	_____
Charge virale HBV : _____	____/____/____/	_____
cp/ml	____/____/____/	_____
Crachat BAAR :	____/____/____/	_____
_____	____/____/____/	_____
GeneXpert :	____/____/____/	_____
_____	____/____/____/	_____

LCR encre de chine : _____		
Salle recherche de GO : _____		
TDM cérébrale : _____		
Circonstance du diagnostic		
Date : __/__/__/__ / Lieu : _____ Résultat : <input type="checkbox"/> VIH1 <input type="checkbox"/> VIH2 <input type="checkbox"/> HVC		
<input type="checkbox"/> Don de sang : <input type="checkbox"/> Dépistage volontaire : <input type="checkbox"/> PTME : <input type="checkbox"/> Bilan clinique :		
<input type="checkbox"/> AES : Stade OMS : ____ (_____)		

N° __/__/__/__/__/__/__ / Visite N°/ ____/ Date : __/__/__

Dr : _____

Visite planifiée Oui ; Non Événement lié au VIH Oui ; Non

Avant le traitement ; Suivit du traitement ; Effets secondaires

Hospitalisation depuis la dernière visite Non ; Oui, si oui date : __/__/__/__ ;

Lieu _____

Signes fonctionnels	Date	Description

T : _____ °C	TA : _____ / _____ cmHg	FC : _____ b/min	FR : _____ c/min	K : _____ %	Pds : _____ Kg
-----------------	----------------------------	---------------------	---------------------	----------------	-------------------

Signes physiques	N	A	Description
Cutanéo-Phanérien			
Odontostomatologique			
Ophtalmo/ORL			
Cardiovasculaire			
Respiratoire			
Digestif			
Splénolymphatique			
Urogénital			
Neurologique			

Etude de la Séroprévalence de l'Antigène HBS chez les Femmes enceintes suivies dans le CSCOM de Kati Sananfara

Autres			
--------	--	--	--

NFS : date ___ / ___ / ___ / Labo : _____		Bioch : date ___ / ___ / ___ / Labo : _____	
GB : /mm3	GR : /mm3	ALAT : UI	HDL : mg/l
PN : /mm3	Hb : g/dl	ASAT : UI	LDL : mg/l
PE : /mm3	Ht : %	TP : %	Trigly : mg/l
PB : /mm3	VGM : fl	Gly : mmol/l	Prturie : g/24h
M : /mm3	TCMH pg/cell	Créat : µmol/l	BU :
L : /mm3	CCMH %	CD4 : cell/mm3 Date :	
Plaq : /mm3	Retic : /mm3	CV : cp/mm3 Date :	
Imagerie : _____ (Date : ___ / ___ / ___ / ; Lieu : _____)			

TRAITEMENT

Med1 : _____ _	Posologie : _____ _	Début : _____ durée : ___ _j
Med : _____ _	Posologie : _____ _	Début : _____ durée : ___ _j
Med : _____ _	Posologie : _____ _	Début : _____ durée : ___ _j

Date d'initiation ARV : ___ / ___ / ___ / Date prochain rendez-vous : ___ / ___ / ___ /

N°**IMAARV**: ___/___/___/___/___/___/ N°**HBV**: ___/___/___/ N°**HCV**: ___/___/___/___/

Pratique à risque	
Rapport sexuel non protégé <input type="checkbox"/>	Tatouage <input type="checkbox"/>
Partenaires sexuels multiples <input type="checkbox"/>	Perçage corporel <input type="checkbox"/>
Partenaire sexuel avec facteur de risque <input type="checkbox"/>	Soins dentaires <input type="checkbox"/>
Antécédant d'IST <input type="checkbox"/>	Partage de rasoir <input type="checkbox"/>
Partage de matériel d'injection (UDI) <input type="checkbox"/>	Partage d'outils de manucure <input type="checkbox"/>
Transmission mère enfant <input type="checkbox"/>	AES <input type="checkbox"/>
Hospitalisation antérieure pour IO	
Date : ___/___/___/ Lieu : _____ Amelioration : <input type="checkbox"/> Oui ; <input type="checkbox"/> Non Diagnostic à préciser : _____	Date : ___/___/___/ Lieu : _____ Amelioration : <input type="checkbox"/> Oui ; <input type="checkbox"/> Non Diagnostic à préciser : _____
Date : ___/___/___/ Lieu : _____ Amelioration : <input type="checkbox"/> Oui ; <input type="checkbox"/> Non Diagnostic à préciser : _____	Date : ___/___/___/ Lieu : _____ Amelioration : <input type="checkbox"/> Oui ; <input type="checkbox"/> Non Diagnostic à préciser : _____
Vaccination	
Vaccination contre : _____ Date : ___/___/___/Établissement : _____ <input type="checkbox"/> Complet ; <input type="checkbox"/> incomplet ; <input type="checkbox"/> vacciné ; <input type="checkbox"/> sans preuve écrite ; <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> vacciné ; <input type="checkbox"/> ne sait pas	
Vaccination contre : _____ Date : ___/___/___/Établissement : _____ <input type="checkbox"/> Complet ; <input type="checkbox"/> incomplet ; <input type="checkbox"/> vacciné ; <input type="checkbox"/> sans preuve écrite ; <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> vacciné ; <input type="checkbox"/> ne sait pas	
Vaccination contre : _____ Date : ___/___/___/Établissement : _____ <input type="checkbox"/> Complet ; <input type="checkbox"/> incomplet ; <input type="checkbox"/> vacciné ; <input type="checkbox"/> sans preuve écrite ; <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> vacciné ; <input type="checkbox"/> ne sait pas	
Vaccination contre : _____ Date : ___/___/___/Établissement : _____ <input type="checkbox"/> Complet ; <input type="checkbox"/> incomplet ; <input type="checkbox"/> vacciné ; <input type="checkbox"/> sans preuve écrite ; <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> vacciné ; <input type="checkbox"/> ne sait pas	
Complet (le cas a reçu les doses requises, d'après les preuves écrites)	

Incomplet (le cas a reçu une partie des doses requises, d'après les preuves écrite)	
Vacciné,sans preuves écrites (le cas affirme avoir reçu, tout ou partie des doses requises)	
Non (aucun vaccin reçu contre cette maladie)	
Information inconnue du cas (ne sait pas)	
Antécédent	

La Fiche de paillasse

Date	N°	Nom	Prénom	Age	Sexe	Résultat	Observation
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
	10						
	11						
	12						
	13						
	14						
	15						
	16						
	17						
	18						
	19						
	20						
	21						
	22						
	23						
	24						
	25						
	26						
	28						
	29						
	30						

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou de la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieure des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entreprendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Je le jure !