

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT

REPUBLIQUE DU MALI

SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

Un Peuple-Un But-Une Foi

SCIENTIFIQUE (MESRS)



USTTB

Université des Sciences, des Techniques
et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
(FMOS)



N°.....

Année : 2025-2026

TITRE

HEPATITE B ET GROSSESSE AU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 22 /7/2026 devant la

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : **M. Lassina SOUNTOURA**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ÉTAT)

JURY :

PRESIDENT : M. Soumana Oumar TRAORE, Maître de conférences

DIRECTEUR : M. Abdoulaye SISSOKO, Maître de conférences

MEMBRE : M. Ibrahim Ousmane KANTE, Maître de conférences

M. Salif DIARRA, Gynécologue Obstétricien

Mme Alima SANOGO ,Hépato- Gastro-Entérologue

DEDICACES :

Je remercie ,

Allah le tout puissant , le très miséricordieux , l'omniscient , l'omnipotent 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 challah , que ton nom soit glorifié à jamais. Paix et salut sur son bien aimé , Mohamed Amen !!!!!

Je dédie affectueusement ce travail à :

A mon père : Karim Sountoura, Tu es l'artisan de ce chemin parcouru, ton courage, ta rigueur dans notre éducation ont fait d'un fils ce qu'il est aujourd'hui, que Dieu te garde longtemps en vie auprès de nous. Puisse ce travail être pour toi un motif de satisfaction. Ton souci a toujours été de nous inculquer l'amour du travail bien fait et le sens du devoir. Soit assuré de mon affection et de ma sincère reconnaissance.

A ma mère : Kadidiatou Sangaré brave femme, animée d'un esprit de loyauté de partage et d'honnêteté incomparable, tu nous as inculqué les règles de la bonne conduite, de la dignité, du respect de l'être humain et de la sagesse. Tu nous as entourés d'une attention et d'une affection qui nous ont toujours apporté réconfort et consolation. Tu as toujours su répondre à notre appel dans les moments difficiles. Même si je n'ai pas été tout le temps à tes côtés , tu n'as jamais cessé de te soucier de notre avenir grâce à tes multiples conseils et tes bénédictions. Tu es pour moi un modèle de courage et de bonté, qu'Allah le Tout Puissant t'accorde une longue vie pieuse et prospère Amen !!!!

A frères et sœurs : Bakary, Moussa, Djélika, Ousmane, Salimata, Issa, Mariam, Younoussa, Lamine, Ramata ,Rokiatou ,Bintou ,Aboubacar, Siaka, Sitan, Drissa et Ladji merci pour tout ce que nous avons partagé et partagerons encore. Puisse la sincérité avec laquelle nous nous sommes aidés demeurer inébranlable .Que Dieu nous garde dans l'union , fraternité, partage et surtout s'entraide . je vous aime.

A ma femme : Aminata Diakité, mon âme sœur, mon ange, mon bien aimé, mon compagnon à vie. Ce travail est le vôtre. Tu es une femme pleine de sagesse, de modestie, très respectueuse et courageuse. La mère de mes enfants puisse Allah nous donner une longue vie et une meilleure santé.

A mes enfants : Djénébou, Mohamed ... Sountoura, mes très chers amoureux, vous êtes ma joie, mon bonheur, ma raison de vivre, soyez respectueux, humble, courageux et déterminer pour le savoir-faire. N'oubliez jamais d'où vous venez et qui vous êtes. Le chemin est long et rugueux mais la lumière est au bout du tunnel , je suis et je serai toujours fier de vous. Recevez nos bénédictions.

A mes amis : Sorokata Diallo, Malick Sangaré, Harouna Coulibaly, Bekaye Coulibaly, Oumar Kassim Koné et Assitan Goumané ce travail vous appartient également, vous êtes les meilleurs des amis du monde, merci pour vos soutien psychologique, matériel et physique. Je vous souhaite tout le bonheur du monde. Qu'Allah nous protège tous.

Remerciement

A ma belle-famille : La famille Diakité de kolondièba et de Bamako merci infiniment pour la confiance accordée, je vous serai reconnaissant inchAllah.

A tous les habitants de Zempiala, mon village natal, que la paix, la santé, la prospérité et le succès règne chez nous.

A tous mes promotionnels élèves de neuvième cycle A, lycée public de Kolondièba .

A tous les enseignants de kolondieba recevez mes sincères remerciement et considération.

A ma famille d'accueil : La grande famille Coulibaly de Bamako originaire de Tinko dans le cercle de kolondièba un grand merci à tout le monde, sans vous j'aurai sûrement abandonné mes études, qu'Allah bénisse cette famille.

A tous les collègues de la quinzième promotion de numerus clausus,

A tous les professeurs de la Faculté de médecine d'odonto- stomatologie et de la faculté de pharmacie,

Au DTC et au médecin chef de l'Asacoba, Dr Néné Kanté et Dr Moussa Coumaré,
Aux médecins, Sage-femme, thésards, aides-soignants , infirmiers et personnels administratifs de l'Asacoba , je vous exprime ma profonde gratitude pour votre contribution indispensable à ma formation ,que tous nos vœux soit exaucé .

Au médecin chef du Cs Réf de la commune 1, Mr Diakaridia Koné .

Aux gynécologues Obstétriciens du Cs réf de la commune 1 : Dr Dicko Modibo chef de service, Dr Mahamadou Keïta, Dr Yacouba Sylla, Dr Salif Diarra.

A tous les médecins du service de gynécologie obstétrique du Cs réf de la commune1 : Mamadou Yalcouye, Mariam Keïta, Sékou Traoré, Boubacar Traoré, Dienfa Coulibaly, Mamadou Thiéro, Anéyé Djiguiba, Aminata Diancoumba, Diakaridia Konaté, Oumar Dembélé, Amadou Ombotimbé, Seydou Diarra, Oumar fakourou Sangaré, Fatoumata Bolo Traoré, Ali Badra Traoré, Barthélemy Dembélé, Ousmane Tinbiné, Cheick Oumar Samaké.

Aux sage femmes, aides-soignantes, infirmières obstétriciennes, manœuvres.

Aux équipes d'anesthésistes, ibodes et manœuvres.

Aux collègues thésards : Yamadou Ballo, Amadou Traoré, Louis Diallo, Mohamed Diaby, Abdoulaye Pamateck, Tahirou Sanogo, Adama Sadia Sanogo, Labass Timité, Yamoussa Traoré , Bakary Dembélé, Aboubacar Konta , Koni Boiré et Mamadou Ballo.

A toutes les stagiaires sage femmes, infirmières obstétriciennes et aide soignantes du Cs réf de la commune 1.

A mon équipe de garde spécial , merci infiniment pour le respect et la confiance accordée, votre collaboration, votre disponibilité et surtout votre détermination pour le savoir-faire. Qu'Allah vous protège, vous confie la connaissance et vous bénisse.

A tous les personnels de santé du Cs Réf de la commune 1.

Hommage aux membres du jury :

A notre Maître et président du jury :

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- ❖ Maître de conférences agrégé en Gynécologie Obstétrique à la FMOS.
- ❖ Praticien hospitalier au centre de santé de référence de la commune V,
- ❖ Certifié en programme GESTA international (PGI de la société obstétricien et gynécologue du Canada (SOGOC)),
- ❖ Leader d'opinion locale de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) en commune V du District de Bamako.

Honorable Maitre,

Nous sommes très glorifiés et reconnaissants de l'honneur que vous nous faite en nous confiant et présidant ce chaleureux travail ; d'y avoir attribué une partie de votre temps précieux et de nous avoir guidé avec austérité et bienveillance . Nous retenons de vous ,l'image d'un maitre généreux de son savoir, d'un médecin humaniste ,d'un scientifique assoiffé de savoir. Soyez rassuré de notre estime ,notre profonde gratitude et notre entière confiance. Qu'Allah vous protège, vous donne une longue vie pieuse ,dans la santé ,prospérité ,et du succès afin que nous profitons de vos connaissances.

A notre Maître et Directeur de thèse :

Professeur Abdoulaye SISSOKO

- ❖ Maître de conférences en gynécologie obstétrique à la FMOS,
- ❖ Chef de service de gynécologie obstétrique de la clinique périnatale Mohamed VI de Bamako,
- ❖ Ancien interne des hôpitaux,
- ❖ Commandant des forces Armées du Mali ,
- ❖ Membre de la SOMAGO,
- ❖ Ancien secrétaire général adjoint de la SAGO,
- ❖ Membre de la So Ma Me M,(Société Malienne de Médecine Militaire)

Cher Maître,

Nous sommes très honorés que vous dirigez ce chaleureux travail malgré vos multiples occupations, votre qualité scientifique ,votre savoir-faire, votre rigueur et bienveillance, votre humanisme et votre générosité ,font de vous ,un Maître exemplaire et respecté. Veuillez accepter, Cher Maître l'expression de notre profonde gratitude , l'éternel s'aura vous remercier. Nous vous prions une fin pieuse .

A notre maître et membre du jury

Professeur KANTE Ibrahim Ousmane

- ❖ Gynécologue -obstétricien ;
- ❖ Praticien hospitalier au CHU du point G ;
- ❖ Maître-assistant de gynécologie et d'obstétrique à la FMOS ;
- ❖ Spécialiste en Infertilité ;
- ❖ Diplômé Universitaire en Hormonologie ;
- ❖ Diplômé Universitaire en Endoscopie ;
- ❖ Diplômé Universitaire en Endocrinologie ;
- ❖ Président de l'antenne du groupe inter Africain d'étude de recherche et d'applicabilité sur la fertilité au Mali (GIERAF) ;

Cher maître

Vous nous faites l'honneur en siégeant au sein de ce jury malgré votre multiples occupations. Nous trouvons en cet acte le témoignage de votre attachement aux principes de la recherche scientifique et à vos étudiants. Nous restons impressionnés par vos qualités d'homme de science . Le regard critique et pertinent que vous avez porté sur ce travail a permis son amélioration . Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude. Puisse le seigneur veiller sur vous et vous permettre d'aller au bout de vos ambitions.

A notre maître et membre du jury

Dr Salif DIARRA

- ❖ Gynécologue -Obstétricien,
- ❖ Praticien hospitalier au centre de santé de référence de la commune I,
- ❖ Chargé de recherche au centre de santé de référence de la commune I,

Cher maître

Votre rigueur dans le travail, votre inquiétude de bien faire , votre disponibilité, votre bravoure, votre sens social élevé , votre qualité scientifique incontestable ,sont des qualités en vous qui nous ont beaucoup séduits . Cher maître vous nous avez inculqué l'esprit d'équipe, le respect, le travail bien fait. Vous avez guidé et suivi ce travail comme votre propre corps et son image. S'il est accepté, le mérite vous revient entièrement .Cher maître l'éternel s'aura vous remercier .Soyez rassuré cher maître de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

A notre maître et membre du jury

Dr Alima SANOGO

- ❖ Hépatogastro-Entérologue ;
- ❖ Praticienne hospitalière au centre de santé de référence de la commune I ;
- ❖ Chef d'unité d'hépatogastro-Entérologie du centre de santé de référence de la commune I ;
- ❖ Détentrice de la maîtrise en médecine communautaire à l'école Latino-Américaine de médecine .

Cher maître

Votre rigueur , votre disponibilité , votre détermination et votre qualité scientifique font de vous un maître exemplaire et aimable. Nous sommes très fiers de travailler avec vous. Qu'Allah vous accorde une longue vie pieuse et prospère dans la santé, enfin que nous nous profitons de votre savoir-faire .

Liste des Sigles et abréviations

Ac : Anticorps

Ag : Antigène

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

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

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales

ASACOBA : Association de Santé Communautaire de Banconi

ASACODJE : Association de Santé Communautaire de Djélibougou

ASACOMSI : Association de Santé Communautaire de Sikoroni

CPN : Consultation Prénatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CS Réf : Centre de Santé de Référence

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DNSI : Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique

FDA : Food and Drug Administration

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAART : Highly Active Antiretroviral Therapy

HARSAH : Hommes Ayant des Relations Sexuelles Avec d'autres Hommes

HTA : Hypertension Artérielle

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

MESRS : Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

N ne : Nouveau-né

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

ORTM : Office de Radiodiffusion Télévision du Mali

PF : Planification Familiale

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

SA : Semaines d'Aménorrhée

SOTELMA : Société des Télécommunications du Mali

SOTRAMA : Société des Transports de Bamako

SOMAGO : Société Malienne des Gynécologues et Obstétriciens

SoMaMeM : Société Malienne de Médecine Militaire.

USTTB : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VHD : Virus de l'Hépatite D

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau I : Classification de la FDA de l'utilisation des médicaments durant la grossesse [24]	30
Tableau II: classification de la F.D.A. des antiviraux de l'hépatite B [25].	31
Tableau III: Prévention de l'hépatite B chez les nouveau-nés [30].	33
Tableau IV: Répartition des patientes selon la tranche d'âge	47
Tableau V: Répartition des patientes selon leur profession.....	47
Tableau VI: Répartition des patientes selon le niveau de scolarisation....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau VII: Répartition des patientes selon la provenance .	Erreur ! Signet non défini.
Tableau VIII: Répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	48
Tableau IX: Régime matrimonial.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau X: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux personnels	49
Tableau XI: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux	50
Tableau XII: Répartition des patientes selon le facteur de risque.....	50
Tableau XIII: Répartition des patientes selon leur statut vaccinal	50
Tableau XIV: Répartition des patientes selon la source d'information sur l'hépatite B.....	51
Tableau XV: Répartition des patientes selon la gestité.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XVI: Répartition des patientes selon la parité.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XVII: Répartition des patientes selon le nombre d'enfant décédé	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XVIII: Répartition des patientes selon le mode d'admission	51
Tableau XIX: Répartition des patientes selon le motif d'admission	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XX: Répartition des patientes selon les signes cliniques	52
Tableau XXI: Répartition des patientes selon les dernières règles.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XXV: Répartition des patientes selon l'auteur de la CPN.....	53
Tableau XXVI: Répartition des patientes selon l'âge de dépistage.....	53
Tableau XXVII: Répartition des patientes selon la réalisation du bilan en cas Ag HBs positif.....	53
Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon la prévalence du VIH.....	54
Tableau XXIX: Répartition des patientes selon la morphologie hépatique.....	54

Tableau XXX: Répartition des patientes selon la biologie	55
Tableau XXXI : Répartition des patientes selon la consultation Gastro-entérologie	57
Tableau XXXII: Répartition des patientes selon le traitement reçu	57
Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon l'évolution sous traitement....	58
Tableau XXXIV: Les nouveau-nés selon leur état :	60
Tableau XXXV: Répartition des nouveau -nés selon leur sexe	60
Tableau XXXVI: Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1 ^{ère} minute et à la 5 ^{ème} minute	61
Tableau XXXVII: Répartition des nouveau-nés selon leur taille :	61
Tableau XXXVIII: Répartition des nouveau-nés selon leur poids	62
Tableau XXXIX: Répartition des nouveau-nés selon la pratique du bain antiseptique.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XL: Répartition des nouveau-nés selon la sérovaccination	62
Tableau XLI: Répartition des nouveau-nés selon la molécule utilisée.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XLII: Répartition des nouveau-nés selon le délai d'administration	63
Tableau XLIII: Répartition des nouveau-nés selon le dépistage de l'Ag HBs....	63
Tableau XLIV: Répartition des nouveau-nés selon le traitement reçu	64
Tableau XLV: Répartition des patientes selon l'évolution....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XLVII :Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge et de l'antigène HBe.....	52
Tableau XLVIII : Répartition des patientes en fonction de la profession et de l'antigène HBe.....	52

Liste des figures

Figure 1: Distribution mondiale de la prévalence du VHB [15].....	20
Figure 2: Représentation schématisée du génome du virus de l'hépatite B [19].	22
Figure 3: Carte sanitaire de la Commune I	35
Figure 7: Répartition des patientes selon la prévalence de l'Ag HBe	56
Figure 8: Répartition des patientes selon le mode d'accouchement.....	58

I.Introduction :

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est l'un des principaux problèmes de santé publique à l'échelle nationale et mondiale [1]. La gravité de l'hépatite B est liée au risque de passage à la chronicité, et d'exposer les malades à la cirrhose et au carcinome hépatocellulaire . Ce risque est d'autant plus important que l'infection survient à un âge précoce, notamment en cas de contamination néonatale. En 2015, 887000 personnes sont décédées des suites d'une infection par l'hépatite B notamment de cirrhose ou de cancer du foie [1]. 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 [2]. Selon les chiffres de l'OMS, environ 60 millions de porteurs de l'Ag HBs vivent dans la région Africaine de l'OMS. Région, dont la majorité ignore leur infection et constitue donc un réservoir pour la propagation involontaire du virus aux autres [4,5] , pendant que cette infection contribue de manière significative à l'augmentation des indicateurs de morbidité et de mortalité dans le monde [6] .

. L'efficacité de la sérovaccination doit être contrôlée chez tous les enfants par un examen sérologique (Ag HBs , Ac anti-HBs et, Ac anti HBc) effectué à distance (au moins 2 mois) de la dernière injection vaccinale [3]. Ce pendant un risque de transmission verticale persiste car il est apparu que même bien faite , cette immunoprophylaxie laissait persister un risque de transmission de 5-10% . Les nouveau- nés infectés ont 90% de risque de développer une hépatite B chronique alors que ce risque n'est que de 5 à 10% chez l'adulte [3]. La prévalence de l'antigène HBs à Abidjan en côte d'Ivoire chez les gestantes était de 5,4% en 2020 [7]. Au Brésil, elle était de 11,9% dans la population communautaire [8]. Au Benin la séroprévalence du VHB était de 6% [9]. Au Sénégal elle se situe entre

5,6 et 8,1 % [10] et 2,35% au Maroc en 2016 [3], par Ousmane et al 8,4% au Niger [11] et par Fomulu.N et al 7,7% au Cameroun [12].

La prévalence de l'Ag HBs 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 Ag HBs positif alors qu'à ce stade, le passage à la chronicité est beaucoup plus important .

L'implication du VHB dans la genèse des hépatopathies chroniques est avérée, ainsi l'Antigène HBs fut repéré chez 55 à 71% des patientes cirrhotiques et chez 55 à 66,2% des patientes atteintes de carcinome hépatocellulaire [13].

Cependant, la contagiosité élevée du VHB est liée à sa présence dans la majorité des liquides biologiques comme : Sang, Sperme, Secrétions vaginales, et même en moindre proportion dans la salive. La transmission du virus de l'hépatite B est un problème qui préoccupe toujours les autorités sanitaires à travers le monde et suscite la mise en place des mesures préventives renforcées. [14].

A notre connaissance il n'y a pas de données sur la prévalence de l'hépatite B chez les femmes enceintes au centre de sante de référence de la commune I.

Nous avons entrepris cette étude dans le but d'évaluer le taux de portage du virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes au centre de sante de référence de la commune I.

Objectifs :

Objectif général :

Etudier l'hépatite B et grossesse au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de l'hépatite virale B et grossesse ;
- Identifier les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes ;
- Décrire la prise en charge de la mère et du nouveau-né ;
- Etablir le pronostic materno-fœtal,

II. Généralités :

1. Définition :

L'hépatite B et grossesse est définie comme une inflammation du parenchyme hépatique associée à une nécrose hépatocytaire parfois à une cholestase due à un virus hépatotrope alphabétique B survenant sur grossesse ou la survenue d'une grossesse sur l'inflammation du parenchyme hépatique associée à une nécrose hépatocytaire parfois à une cholestase due à un virus hépatotrope alphabétique B [15].

2. Épidémiologie :

2.1. Situation dans le monde :

Dans le monde, 350 à 400 millions d'individus sont porteurs chroniques du VHB. L'Afrique du nord, avec une prévalence de 2 à 7 %, est une zone d'endémicité intermédiaire tandis que l'Afrique sub-saharienne est une zone de haute endémicité avec une prévalence comprise entre 8 et 18 % de la population générale [16]. La distribution de la prévalence du portage de l'AgHBs permet de diviser la planète en 3 zones de prévalences différentes, correspondant à des modes de transmission et des niveaux de risque différents. Dans les zones de forte endémie, où la prévalence de l'AgHBs est supérieure à 8 % (Afrique subsaharienne, Asie du Sud Est, Chine méridionale, bassin Amazonien, soit environ 45 % de la population mondiale), le risque d'acquérir l'infection au cours d'une vie entière est supérieur à 60 % et la majorité des cas sont contaminés à la naissance ou au cours des premières années de vie. 43% de la population vit dans des zones de prévalence intermédiaire comprise entre 2 et 7% (Proche Orient, Amérique Centrale et du Sud, Asie Centrale, sous-continent Indien, certains pays de l'Europe du sud et de l'Est). Dans cette zone de prévalence intermédiaire, le risque d'acquérir l'infection au cours d'une vie entière est compris entre 20 et 60%, et la contamination survient à tous les âges de la vie. 12% de la population

vit en zone de faible endémie avec une prévalence $< 2\%$, zone incluant essentiellement les pays industrialisés (Europe de l'ouest et du Nord, Amérique du Nord, Australie). Le risque d'acquérir l'infection au cours d'une vie entière est inférieur à 20%, et la contamination survient surtout à l'âge adulte [17].

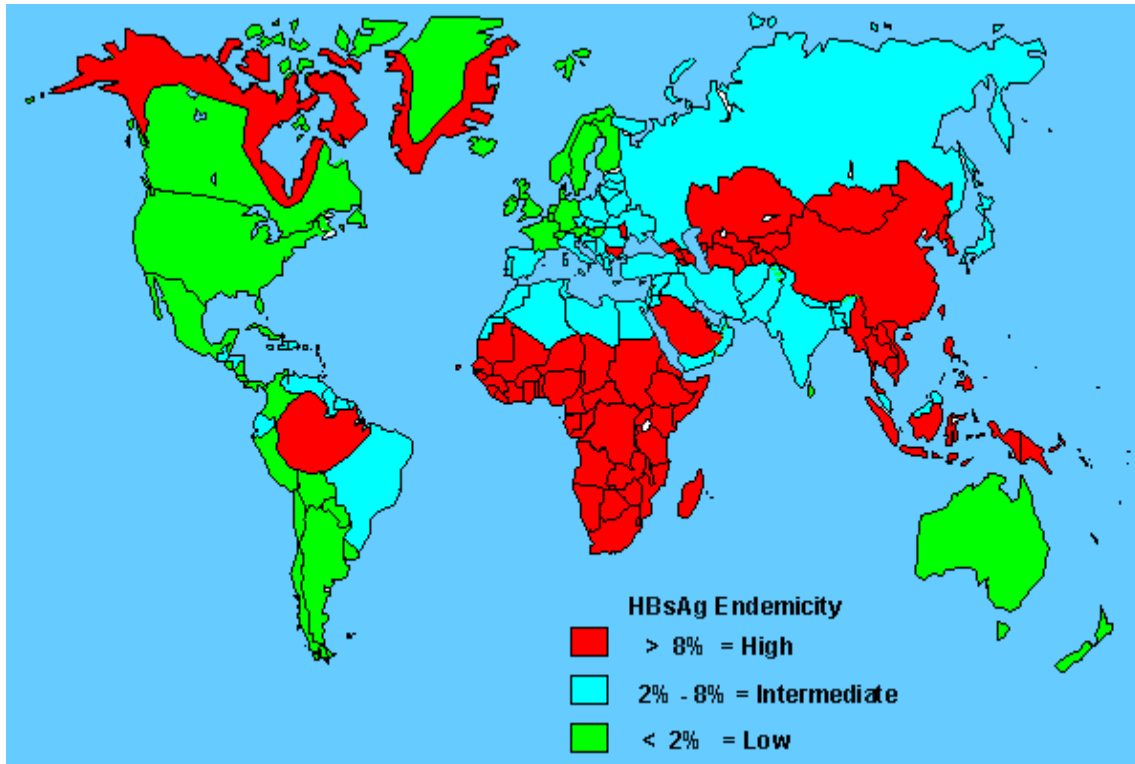


Figure 1: Distribution mondiale de la prévalence du VHB [15]

2.2. Situation au Mali :

La prévalence de l'hépatite B au Mali serait estimée entre 15 à 23 % en 2005 de façon générale. Les enquêtes faites chez les donneurs de sang au Centre National de Transfusion Sanguine du Mali indiquent que les porteurs chroniques de l'Ag HBs représentent environ 5 à 20 % de la population générale [15].

Dans une étude réalisée à l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) sur une période de dix ans, la fréquence du portage de l'Ag HBs a été estimée à 24,9 % dans une population de 4466 patients avec une forte prévalence pour la tranche d'âge 25-35 ans soit 29,7% [18]

3. Biologie de l'hépatite B

3.1. Caractéristiques.

A. Taxonomie 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. La famille des Hepadnaviridae regroupe deux genres : Orthohepadnavirus et Avihepadnavirus qui diffèrent par la présence ou l'absence du gène X. Le genre Orthohepadnavirus comprend le virus de l'hépatite B humain ainsi que les virus des rongeurs [19].

B. Structure :

Le virion, ou particule de Dane, représente la particule infectieuse et à un diamètre de 42 nm. Il comprend : une enveloppe constituée majoritairement par trois glycoprotéines virales : la protéine S (Small) et les protéines L (large) et M (middle). La protéine S est aussi connue sous le nom d'HBs ou d'antigène Australia ; une nucléocapside de structure icosaédrique de 25-27 nm de diamètre comportant les antigènes de capsidite et contenant l'ADN viral et l'ADN polymérase virale ; des sphères de 22 nm de diamètre non infectieuses constituent essentiellement un auto assemblage de protéines d'enveloppe et de filaments de même constitution pouvant atteindre plusieurs centaines de nanomètres de long. Ces particules, constituées de protéines d'enveloppe, en large excès par rapport aux virions, pourraient essentiellement servir d'absorber des anticorps neutralisants contre les antigènes de surface, permettant ainsi au virus d'échapper l'hôte. [20]

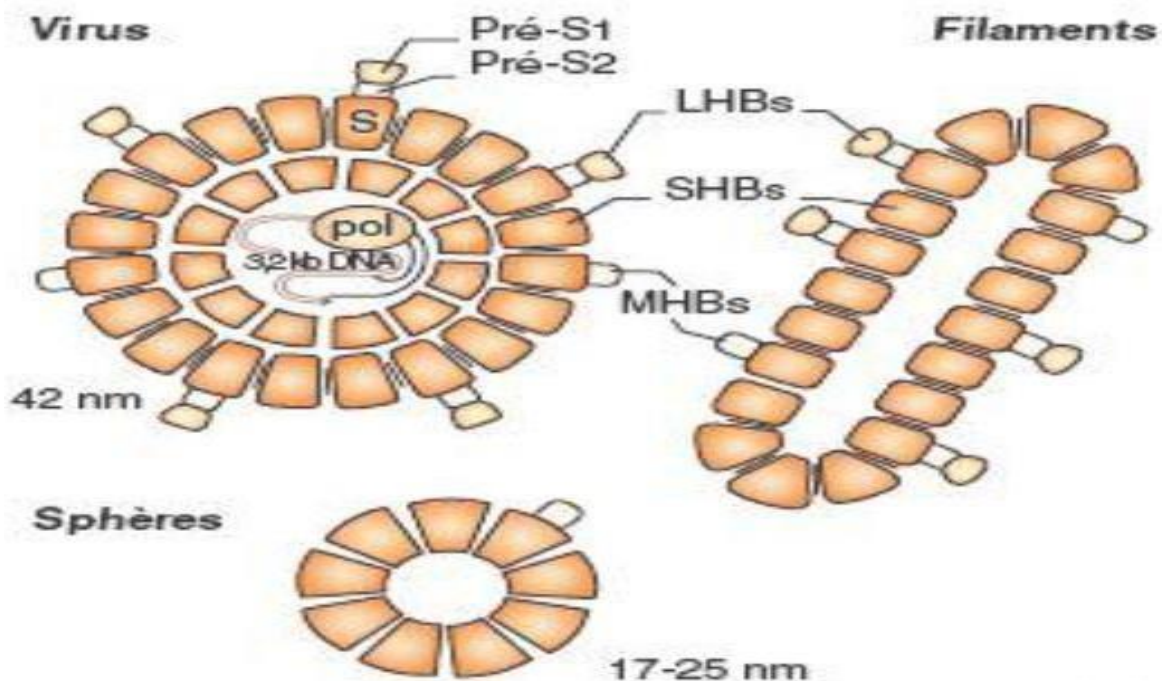


Figure 2: Représentation schématique du génome du virus de l'hépatite B [19].

La particule virale est de 42 nm 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 sphère de 22 nm en moyenne.

On voit la répartition des différentes formes d'Ag HBs : SHBs, MHBs et LHBs.

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

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

3.2.1 La transmission sexuelle :

Le VHB se transmet très facilement par des rapports sexuelles non protégés avec une personne porteuse du virus de l'hépatite B. Le risque de contamination par voie sexuelle peut varier de 30 à 80%. Le risque augmente avec le nombre de partenaires sexuels, les années d'activité sexuelle, les autres infections sexuellement transmissibles , et le type de Rapport notamment les rapports anaux réceptifs [21].

3.2.2 La transmission parentérale :

Le virus de l'hépatite B peut se transmettre chez les usagers de drogue, par voie intraveineuse ou per-nasale, lors de l'échange de matériel infecté.

Il peut également être transmis lors de soins, notamment par : des injections administrées avec des aiguilles ou des seringues réutilisées sans stérilisation, contact des muqueuses avec du matériel souillé insuffisamment décontaminé, l'administration des produits sanguins dans les pays où aucun dépistage de l'Ag HBs n'est effectué sur les dons de sang. Dans les pays développés, malgré les tests, il y a 2 à 16 cas de transmission par million d'unités de sang [20].

Le risque professionnel : ce mode de transmission peut toucher le personnel soignant, lors d'accident d'exposition au sang. On estime que le risque de contamination par piqûre souillée par du sang contaminé varie de 6 à 45% en fonction de la présence ou non de l'Ag HBe dans le sang. En cas d'absence d'Ag HBe, le taux de la virémie permet de déterminer l'infectiosité.

Les piercings et les tatouages pratiqués sans respect des règles de stérilisation du matériel utilisé peuvent constituer un mode de transmission d'individu à l'individu. [21].

3.2.3 La transmission horizontale :

Elle se produit par des contacts étroits avec des porteurs chroniques au sein de la famille ou en collectivité. Elle résulte le plus souvent du contact de lésions cutanées ou muqueuses avec du sang contaminé, ou le partage d'objets tels que brosse à dents, rasoir, etc...

3.2.4 La transmission verticale :

La transmission périnatale de mère atteinte d'une infection chronique à son nouveau-né se produit habituellement au moment de la naissance. La transmission in utero est relativement rare et représente moins de 2% des infections périnatales dans la plupart des études.

Si une femme est porteuse de l'Ag HBe, il y a 90% de risque que l'enfant soit infecté et devienne porteur, dont 25% mourront de maladie hépatique ; si l'Ag

HBe est négatif, il y a 10 à 20 % de risque de transmission. La prévalence de l'Ag HBe chez les mères porteuses d'Ag HBs est plus importante en Asie (40%) qu'en Afrique (15%) [17] .

Les enfants nés de mère Ag HBs positif qui n'ont pas été infectés pendant la période périnatale ont un haut risque d'infection durant l'enfance. Dans une étude, 40 à 60% des enfants nés des mères Ag HBs positifs et Ag HBe négatifs , ont été contaminés avant 5 ans [21] .

3.3. Physiopathologie :

Le cycle du virus de l'hépatite B est très complexe. La particule de Dane pénètre dans la cellule hépatique sans la léser (décapsidation) et l'ADN viral s'intègre dans l'ADN cellulaire. Il en résulte de l'ARN viral à partir de cet ADN. Une partie de cet ARN viral servira d'ARN messager et sera traduite en protéine (ADN polymérase, AgHBs, AgHBc, protéine X), l'autre partie se comporte en ARN pré génomique qui sera transcrit en ADN par la polymérase qui est une reverse transcriptase. La capside contenant l'ADN du virion complet (particule de Dane) sort de l'hépatocyte sans la léser [18]

3.3.1. Populations exposées [22] :

Toutes les personnes sexuellement actives peuvent courir le risque de contracter l'hépatite B. Au Canada, les populations particulières touchées de façon disproportionnée par l'hépatite B incluent les Autochtones, les personnes qui s'injectent des drogues, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), les personnes dans la rue ou les itinérants, les personnes ayant été incarcérées ou institutionnalisées et les personnes ayant un contact domestique ou sexuel étroit avec n'importe lequel des groupes mentionnés ci-dessus. Certains facteurs peuvent exposer les gens à un risque accru d'infection par l'hépatite B. On associe une augmentation du risque d'hépatite B aux facteurs suivants : facteurs d'ordre sexuel (contact sexuel avec une personne infectée ou le fait d'avoir un nouveau partenaire sexuel ou d'en avoir eu plus de deux au cours de la dernière année) ; antécédents familiaux d'hépatite B ; transfusion sanguine ou

intervention médicale effectuée avant 1970.

Des facteurs d'ordre géographique peuvent également être associés à une augmentation du risque d'infection par l'hépatite B. Parmi ces derniers, mentionnons le fait de naître dans une région ayant une forte prévalence de l'hépatite B (telles que l'Afrique subsaharienne, l'Asie orientale et certaines régions de l'Amérique centrale et du Sud), l'exposition domestique pendant plus de sept ans à des membres de la famille originaires d'une région à forte prévalence d'hépatite B, le fait de visiter ou d'habiter une région à forte prévalence d'hépatite B et l'exposition à du sang ou à des produits sanguins dans une région à forte prévalence d'hépatite B.

3.3.2 Manifestations cliniques et biologiques :

Bien que de nombreux patients restent asymptomatiques, il existe une vaste hétérogénéité clinique et histopathologique qui témoigne d'interactions complexes entre le virus, la réponse immunitaire et d'autres facteurs (c'est-à-dire co-infection par le VHD, le VHC ou le VIH, les chimiothérapies anti-cancéreuses, immunosuppresseurs ou glucocorticoïdes, consommation de l'alcool).

3.3.3 Les marqueurs virologiques de l'hépatite B :

Ils sont faits de constituants du virus (antigène HBs, antigène HBe et ADN du virus B) et d'anticorps dirigés contre le virus [23].

- Antigène HBs (Ag HBs) et anticorps anti-HBs (AC anti-HBs) : l'antigène est le premier marqueur du VHB. Sa persistance plus de 6 mois définit l'infection chronique. Sa disparition précède la guérison marquée par l'apparition de l'AC anti-HBs qui signe la résolution de l'infection ;
- Anticorps HBc : déterminant antigénique de la capside du VHB, il signe un comptage avec le virus, sans préciser s'il est présent ou guéri ;
- Antigène HBe (Ag HBe) et anticorps anti-HBe (AC anti-HBe) : l'antigène favorise la tolérance et donc la multiplication du virus. La présence de l'AC anti-HBe correspond à une diminution de la réplication et de l'activité ;

• L'ADN du VHB : sa détection et sa quantification sont indispensables dans les infections chroniques pour savoir s'il existe une multiplication virale et la quantifier. Le risque de transmission, mais aussi d'évolution vers la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire sont corrélés à la charge virale.

4. L'histoire naturelle de l'hépatite virale B :

L'infection passe par une phase aiguë qui peut évoluer vers la guérison ou vers une phase chronique. Un point fondamental de physiopathologie doit être connu pour comprendre l'histoire naturelle : le VHB n'est pas hépatotoxique ; c'est la réaction immunitaire qu'il déclenche, qui entraîne les lésions en même temps qu'elle diminue la réplication virale. Par contre, le VHB est un virus cancérigène.

4.1. 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). Les transaminases sont > 10 fois la valeur 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 [24].

4.2. Infection chronique :

Elle est définie par la persistance de l'Ag HBs plus de 6 mois. Elle évolue en quatre phases :

• **La phase d'immunotolérance** : la charge virale est très élevée, l'Ag HBe présent, les transaminases normales ; le risque contagieux est maximum ; cette phase est de plusieurs dizaines d'années après contamination néonatale et ne dure que la période d'incubation à l'âge adulte

• **La phase de rupture de tolérance** : c'est la phase d'hépatite chronique active proprement dite, avec des transaminases fluctuantes, une charge virale qui baisse ; elle peut durer toute la vie du malade, ou évoluer vers la séroconversion HBe et

la troisième phase

• **La phase de portage inactif de l'Ag HBs** : l'Ag HBe a disparu, l'Ac anti-HBe est présent, il n'y a plus de répllication (ADN < 2000 UI/ml), pas d'activité (transaminases < 1N). Elle évolue soit vers la séroconversion HBs et donc la guérison, soit vers la 4ème phase [24]

• **La phase de réactivation** : avec des épisodes de reprise d'activité soit avec le virus sauvage (alors l'Ag HBe réapparaît) soit avec un virus mutant (hépatite chronique active à Ag HBe négatif). Les complications de l'hépatite chronique B sont la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire qui surviennent, en moyenne, entre 20 et 30 ans après le comptage [24]

4.3. Hépatite fulminante :

L'hépatite fulminante complique environ 1% des hépatites aiguës symptomatiques. Elle est définie par l'apparition d'une encéphalopathie hépatique associée à une diminution du facteur V (<50%) survenant dans les 15 premiers jours de l'ictère. Aux Etats-Unis, le VHB est en cause dans 7% des hépatites fulminantes. En France, parmi les patients listés pour transplantation hépatiques, le VHB était en cause dans 13% des hépatites fulminantes. La mortalité globale en l'absence de transplantation hépatique est d'environ 80%. L'hypothèse physiopathologique serait une réponse immune exacerbée, entraînant une destruction massive des hépatocytes infectés [24]

• 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, des 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. L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) estime à 60% les

formes asymptomatiques, alors que la revue Prescrire avance que 75% à 90% des hépatites aiguës sont asymptomatiques. A 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. Selon l'âge du patient, le risque de devenir porteur chronique diffère. 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. Il est estimé que 15 à 25% des porteurs chroniques vont décéder de telles complications.

4.4. Conduite à tenir en cas de positivité l'AgHBs lors de dépistage au cours de la grossesse [26] :

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 :

- En premier lieu, il faut clairement informer la future mère de cette infection par le VHB et de la nécessité d'une sérovaccination de son enfant dès la naissance. Afin que la sérovaccination ne soit pas retardée à la naissance,

La séropositivité pour l'AgHBs doit être clairement mentionnée dans le dossier de la maternité. Les sérologies des hépatites C, Delta et du VIH doivent aussi être demandées.

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

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

- Idéalement, la femme porteuse de l'AgHBs doit être vue en consultation d'hépatologie avant l'accouchement, ce qui permet d'établir un premier contact, de vérifier la conduite à tenir, et d'expliquer l'intérêt du suivi ultérieur. Si cette consultation n'est pas réalisable durant la grossesse, elle peut avoir lieu dans les semaines qui suivent l'accouchement mais il est préférable qu'il y ait eu un contact téléphonique entre l'équipe obstétricale (le plus souvent la sage-femme) et l'hépatologue. [26]

4.5. Attitude thérapeutique de l'hépatite chez la femme enceinte :

La prescription des médicaments chez des jeunes femmes en âge de procréer ou, à fortiori, enceintes peut poser des problèmes au prescripteur.

Il n'y a pas actuellement de consensus concernant l'indication ou la poursuite d'un traitement antiviral durant la grossesse. La majorité de ces médicaments font habituellement partie de la catégorie C de la classification de risque pour la grossesse définie par la F.D.A. [26]. Cela veut dire que l'on ne dispose pas d'études contrôlées dans l'espèce humaine et que les études chez l'animal ont montré des effets secondaires bien que l'on ne dispose pas d'études à la fois dans l'espèce humaine et animale, reste que le médicament peut être donné si le bénéfice potentiel est supérieur au risque éventuel [27]. Aux Etats-Unis, la FDA (Food and Drug Administration) propose une classification en 5 catégories selon le risque de tératogénicité dans les évaluations précliniques.

Tableau I : Classification de la FDA de l'utilisation des médicaments durant la grossesse [24]

Catégorie	Interpretation
A	Etudes contrôlées chez l'animal et chez la femme n'ont pas montré de risque au 1 ^{er} trimestre et le risque fœtal est écarté.
B	Etudes chez l'animal rassurantes mais pas d'études contrôlées chez la femme enceinte ou effets secondaires chez l'animal non confirmés par des études contrôlées chez la femme au 1 ^{er} trimestre.
C	Les études chez l'animal ont montré des effets secondaires mais pas d'études contrôlées chez la femme ou absence d'étude chez l'animal et la femme. Utilisation possible si le bénéfice potentiel est supérieur au risque.
D	Le risque pour le fœtus est établi mais le bénéfice du médicament peut être supérieur à ce risque si la maladie est sévère ou met en jeu le pronostic vital.
E	Les études chez l'animal ou la femme ont montré des anomalies fœtales: médicament contre indiqué.

La lamivudine, l'adéfovir et l'entécavir sont inscrits par la FDA comme des médicaments de catégorie C pour la grossesse et la telbivudine et le Ténofovir comme de médicaments de catégorie B.

Tableau II: classification de la F.D.A. des antiviraux de l'hépatite B [25].

Medicament	Catégorie
Interféron	C
Lamivudine	C
Adéfovir	C
Entécavir	C
Ténofovir	B
Telbivudine	B

4.6.Prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B (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 20 % si la mère est AgHBs+ et à 80 à 90 % si celle-ci est AgHBs+ et antigène HBe+ (AgHBe+), tandis que l'efficacité de la vaccination des nouveau-nés des 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 anticorps HBe positif.

La vaccination est donc recommandée dès la naissance pour les enfants nés de mères porteuses chroniques du VHB. Il persiste cependant un taux d'échec vaccinal, de 4 à 15 % selon les publications, chez les enfants nés de mères AgHBs+ et AgHBe+ [29].

•**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). 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). En fait, bien que le risque de transmission soit beaucoup plus élevé lorsque l'AgHBe est positif (AgHBe +), le risque de transmission existe également chez des femmes négatives pour l'AgHBe (AgHBe –). Ceci est en particulier le cas lorsque les femmes sont infectées par un virus mutant pré-C [29]. En effet, dans ce cas malgré l'absence d'AgHBe, le niveau de la réplication virale peut être élevé. Si on ne dispose pas du résultat de l'AgHBe et de la charge virale en fin de grossesse, il faut considérer que le risque de transmission est élevé.

Tableau III: Prévention de l'hépatite B chez les nouveau-nés [30].

	Mère AgHBs (-)	Mère AgHBs (+)	
Poids/terme	Indifférent	$\leq 2 \text{ kg}/\leq 32 \text{ SA}$	$> 2 \text{ kg}/ > 32 \text{ SA}$
A la naissance (le plus vite que possible si possible 12 premières heures de vie et après toilette de l'enfant)		1ère dose de vaccin immunoglobuline	1ère dose de vaccin immunoglobuline
Schéma vaccinal	se rapporte en mois	0-1-2-6	0-1-6
	Calendrier vaccinal		
Contrôle AgHBs et Ac anti-HBs au mieux 1 à 4 mois après la dernière dose de vaccin	Non	Oui	Oui

Le traitement préventif est primordial et repose sur la vaccination qui doit être faite tôt dès la naissance.

Chez le nouveau-né de mère porteuse de l'antigène HBs, il faut en plus faire une injection d'immunoglobulines spécifiques (Sérovaccination). La prévention de l'infection virale B peut être passive, active, ou mixte.

La prévention passive repose sur l'administration d'immunoglobulines anti HBs, la prévention active repose sur la production chez le malade d'anticorps anti-HBs grâce à la vaccination.

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

*Un traitement par immunoglobuline spécifique anti-HBs doit être envisagé dans les circonstances suivantes :

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

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

Les effets indésirables sont exceptionnels, il convient de vacciner :

Les nourrissons à la naissance, pour les nouveau-nés de mères porteuses de l'antigène HBs en association avec l'injection d'immunoglobulines anti HBs.

Indications de la vaccination :

La vaccination est principalement indiquée (ou obligatoire) dans ces groupes à risque :

- ❖ Le personnel de santé ;
- ❖ Les toxicomanes intraveineux ;
- ❖ Les sujets à partenaires sexuels multiples ;
- ❖ Les malades polytransfusés ;
- ❖ Les personnes exposées aux dérivés du sang ;
- ❖ Les immunodéprimés ;
- ❖ L'entourage de porteurs chroniques du VHB ;
- ❖ Les nouveaux nés de mère porteuse chronique de l'antigène HBs.

Le protocole de vaccination comporte quatre injections en sous cutané (s/c) ou en Intramusculaire (IM) de 1 ml pour l'adulte (s'étendant sur 12 mois : 0-1-6 et 12) avec un rappel tous les 15 ans.

Des vaccins recombinants préparés grâce aux techniques de biologie moléculaire et de recombinaison en génétique sont actuellement disponib

III. METHODOLOGIE :

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune I.

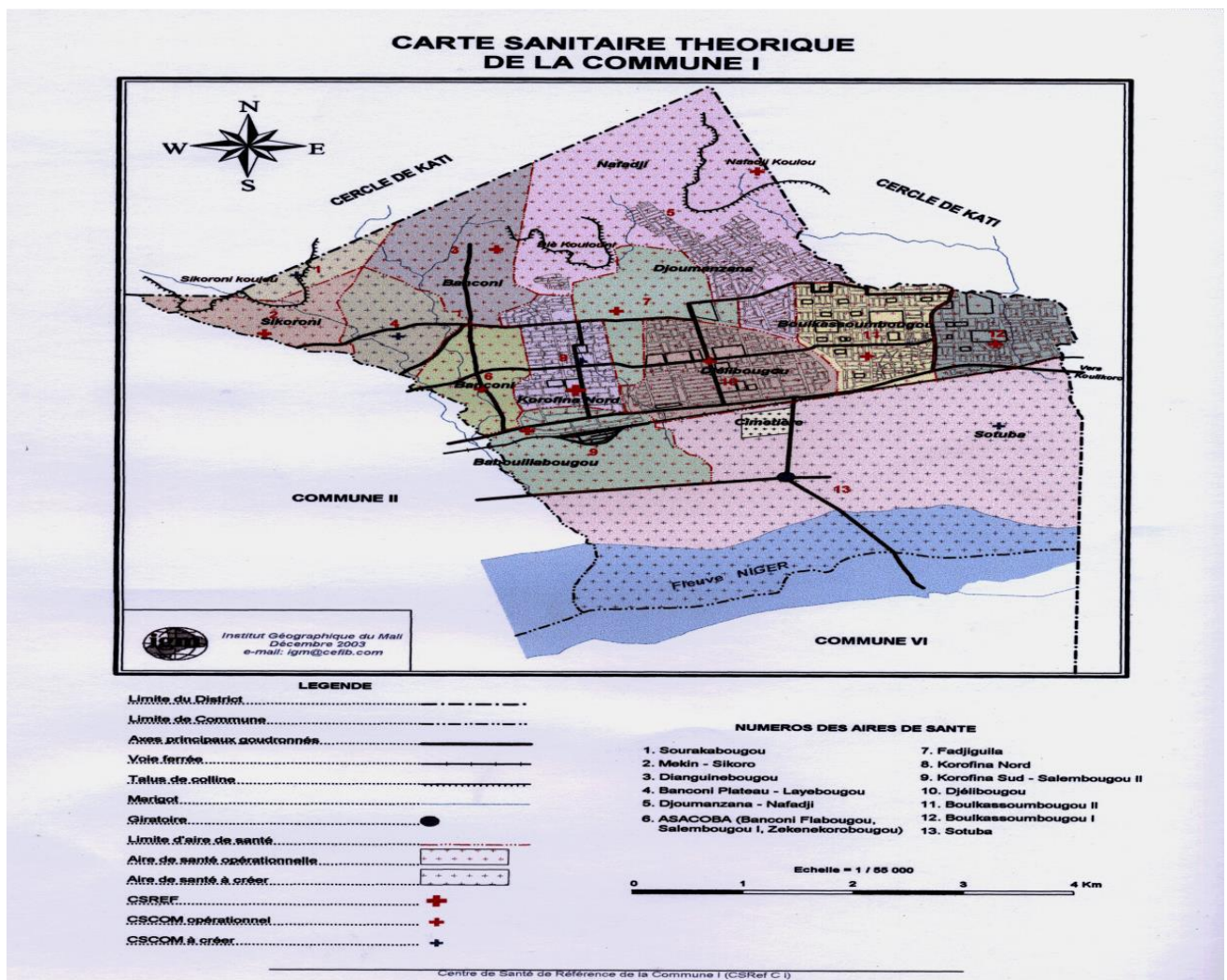
1.1. Présentation de la commune I :

Figure 3: Carte sanitaire de la Commune I

Source : Carte sanitaire de la Commune I

La commune I est située à l'Est du District de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger. Elle est limitée :

- Au Nord et à l'Est par le cercle de Kati ;
- Au Sud par le fleuve Niger ;



- A l'Ouest par la commune II (le marigot de Korofina limitant les 2

Collectivités).

Elle comprend (9) quartiers qui sont :

Korofina (Nord et Sud) ; Djélibougou ; Boulkassoumbougou ; Doumanzana ; Fadjiguila ; Banconi ; Sikoro ; Sotuba.

La surface est de 34,26km² soit 12,83% de la superficie totale de Bamako, pour une population totale de 376917 habitants (2013) soit une densité moyenne de 11002 habitants/km² (DNSI-Mairie CI).

Le relief de la commune I est caractérisé par des plateaux et des collines de type granitique avec un sol accidenté de type latéritique, ce qui représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures d'assainissement tandis que sa végétation est de type Soudano-sahélien dominée par les grands arbres comme le Caïlcédrat, l'arbre de karité le Manguier, etc.

Son climat est de type tropical est caractérisé par :

- Une saison sèche ;
- Une saison froide : de Novembre à Janvier ;
- Une saison chaude : de Février à Mai ;
- Une saison des pluies : de Juin à Octobre.

Les infrastructures routières :

- La route régionale (RR) N°14 ou Route de Koulikoro avec éclairage public ;
- La route pavée qui relie la RR 14 au marché de Fadjiguila ;
- La route 251 reliant la RR 14 au Lycée Fily Dabo Sissoko avec éclairage public;
- La desserte de Banconi allant de la RR 14 et traverse le quartier Banconi ;
- Deux autres voies traversent toute la commune I d'Est en Ouest marché de Boulkassoumbougou jusqu'au quartier de Hippodrome en commune II) dans le cadre du réseau routier de la ceinture du District de Bamako avec éclairage public;
- A l'intérieur des quartiers les routes sont petites, latéritiques et difficilement praticables en saison pluvieuse ;
- Une voie ferrée reliant Bamako à Koulikoro traverse la commune I sur une distance de cinq (5) km.

Les moyens de transports :

Le transport collectif est assuré principalement par les minibus (SOTRAMA), Les bus, et les taxis. Au total, vingt (20) lignes desservent la commune I en Provenance des abords des rails, de la grande mosquée et du marché de Médine. Il existe quatre stations de taxis dans la commune, dont une à côté du Centre de Santé de Référence de la commune I.

Les moyens de télécommunications : La commune possède un réseau téléphonique d'une capacité de 52 000 lignes avec une agence de la SOTELMA à Djélibougou, des cabines téléphoniques ORANGE et MALITEL.

Le CS Réf CI, l'ASACOBA, l'ASACOMSI, l'ASACODJE et l'ASACOBOUL II sont les seules structures sanitaires publiques de la commune I qui sont servies en lignes téléphoniques par la SOTELMA.

Les canaux de communication :

Modernes :

- L'ORTM : Office de Radiodiffusion Télévision du Mali
- Les radios privées du district de Bamako dont six sont en commune I (Djekafo 100.7, Kayira 104.4, Patriote 88.1, Ambiance 97.4, Dambé 102.8 et Energie107.9 FM).
- La connexion internet occupe une place prépondérante tant sur le plan économique que communication.

Traditionnels :

- Les crieurs publics ;
- Les leaders d'opinions ;
- Les griots ;
- Les troupes théâtrales de la commune I.

Les infrastructures sanitaires :

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé du gouvernement :

- un premier plan de développement de la commune de 1995 à 1999 avait prévu la création de onze (11) aires de santé dont dix (10) sont fonctionnelles ;
- un deuxième plan a été élaboré pour la période 2002-2006 dans lequel il est prévu la création de six (06) nouveaux centres de santé communautaire (CSCOM) et le renforcement des capacités du Centre de Santé de Référence de la Commune I.

Il existe en commune I : un CS Réf, 12 CSCOM, des Cabinets médicaux, des Cliniques privées et des centres confessionnels (AMuPi, Catholique et Chérifla). Le Centre de Santé de Référence de la Commune I comprend actuellement plusieurs services et unités qui sont :

- L'administration ;
- Le service de gynécologie obstétrique ;
- Le service de chirurgie générale ;
- Le service de la pédiatrie ;
- Le service d'ophtalmologie ;
- Le service d'odontostomatologie ;
- Le service d'ORL ;
- Le service de médecine générale ;
- Le service de développement social et de l'économie solidaire ;
- L'unité d'imagerie médicale ;
- L'unité d'hépto- gastro- entérologie
- Le S.I.S ;
- L'unité de laboratoire ;
- L'USAC de la commune I ;
- Le bloc opératoire ;
- La pharmacie ;
- La brigade d'hygiène ;
- La morgue.

Le personnel est composé de :

- 19 médecins dont un médecin chef, quatre gynécologues obstétriciens, un pédiatre, un ophtalmologue, deux chirurgiens, un Médecin de santé publique, neuf médecins généralistes, deux Pharmaciens
- 29 sage-femmes ; 16 assistants médicaux (quatre Anesthésistes, trois agents de la santé publique, deux odontostomatologistes, deux ORL, trois ophtalmologues, un biologiste médical, un agent de gestion des hôpitaux) ;
- 06 techniciens supérieurs spécialistes (un agent d'hygiène d'assainissement, quatre (04) agents de laboratoire, un agent de technicien supérieur des affaires sociales) ;
- 06 techniciens supérieurs
- 15 techniciens de santé (10 agents de santé publique et cinq Infirmières obstétricienne) ; 03 Ingénieurs sanitaires (un agent d'hygiène d'assainissement, deux agents de biologie médical) ;
- 03 infirmiers du bloc opératoire ;
- 03 vendeurs de pharmaciens ;
- 1 matrone ;
- 29 aides-soignantes ;
- 02 infirmières auxiliaires ;
- 08 comptables ;
- 03 chauffeurs ;
- 07 manœuvres ;
- 08 secrétaires ;
- 01 informaticien
- 1 gardien.

Les activités comprennent :

- Les consultations prénatales ;
- Les accouchements et les urgences gynécologiques et obstétricales ;
- Les consultations de planification familiale et post-natale ;
- Le suivi des malades hospitalisés ;
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Les interventions chirurgicales ;
- Les analyses biologiques ;
- L'imagerie médicale (Échographie) ;
- Les consultations médicales externes ;
- Les consultations ORL ;
- Les consultations ophtalmologiques ;
- Les consultations Odonto-stomatologiques.
- Le dépistage des malades suspects de tuberculose
- Le dépistage du VIH.

Présentation du service de gynécologie et d'obstétrique :

Le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I fait partie des services les plus fréquentés du centre. Ce service comprend :

- Deux salles de consultation externe ;
- Une salle pour les urgences gynécologie-obstétrique ;
- Une salle d'accouchement à trois lits ;
- Une salle d'attente qui sert également de salle pour les suites de couches et la surveillance post-partum ;
- Une unité de consultation prénatale ;
- Une unité de planification familiale (PF) et post-natale ;
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;
- Un bloc d'hospitalisation comprenant :

- Trois grandes salles avec une capacité de six (06) lits ;
- Deux salles à deux (02) lits ;
- Une salle pour les thésards (faisant fonction d'internes) ;
- Une salle pour le major du bloc d'hospitalisation ;
- Une salle de soins.
- Un bloc opératoire comprenant :
 - Deux salles d'interventions pour les interventions gynécologiques obstétricales chirurgicales et ophtalmologiques ;
 - Une salle de stérilisation des instruments ;
 - Une salle contenant l'autoclave pour la stérilisation des champs et des blouses opératoires ;
 - Une salle de réveil ;
 - Une salle de préparation des patients ;
 - Une salle de préparation des opérateurs (chirurgiens ; gynécologues obstétriciens) ;
 - Un bureau pour les anesthésistes ;
 - Un bureau pour les aides de bloc.

La maternité :

Elle est située vers le côté Sud du CS Réf entre le bloc d'hospitalisation à l'Ouest, la pharmacie à l'Est et le bloc opératoire au Nord.

Elle reçoit les gestantes et parturientes issues de toutes les couches sociales. Les parturientes venant y accoucher sont suivies soit dans notre service, soit dans les autres services de gynécologie et obstétrique publics ou privés, soit dans les centres de santé communautaire.

Le personnel de la maternité est composé de :

- Un gynécologue-obstétricien, chef de service qui coordonne et supervise toutes les activités du service ;
- Autres gynécologues-obstétriciens ;

- Un médecin DES de gynécologie-obstétrique troisième année, en formation ;
- Un gynécologue-obstétricien (médecin stagiaire et personnel d'appui
- Vingt-deux (22) médecins généralistes (ancien thésard et personnel d'appui) ;
- Vingt-neuf (29) sage-femmes réparties entre les différentes unités de la maternité ;
- Seize (16) thésards (faisant fonction d'internes) ;
- Huit (8) aides-soignantes ;
- Trois (3) chauffeurs d'ambulances ;
- Six (6) manœuvres et six (6) gardiens.

Les activités sont programmées comme suit :

- Les consultations sont assurées par les médecins gynécologues obstétriciens, ainsi que par les médecins généralistes, principalement lors des gardes ;
- L'échographie est réalisée tous les jours ouvrables dans l'après-midi ;
- Trois journées consacrées aux activités chirurgicales des Malades programmées;
- La garde est assurée par un gynécologue, trois (3) médecins généralistes , trois thésards (ou faisant fonction d'internes), deux sage-femmes, une aide-soignante et de deux manœuvres ;
- La formation continue du personnel est pérennisée par un staff quotidien sur les dossiers journaliers et principalement ceux de la garde, ainsi que par un exposé hebdomadaire sur les pathologies gynécologiques et obstétricales fréquemment rencontrées dans le service ;
- Il s'en suit la visite aux patientes hospitalisées, visite au cours de laquelle le gynécologue obstétricien donne les instructions et enseignements nécessaires à la formation continue des étudiants (thésards).

Les accouchements eutociques, les consultations prénatales et post natales, les consultations pour la planification familiale, le dépistage du cancer du col de l'utérus sont du ressort des sage-femmes .

Les grossesses à risque ainsi que les accouchements dystociques sont prises en charge par les médecins spécialistes.

1.Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec une collecte prospective des données .

2. Lieu d'étude : Notre étude s'est déroulée à la maternité du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

3. Période d'étude :

La collecte des données s'est déroulée sur une période de douze (12) mois allant du 1^{er} Aout 2024 au 31 Juillet 2025.

4. Population d'étude :

Elle était constituée de toutes les femmes enceintes vues en consultation prénatale au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako durant la période d'étude.

4.1.Critère d'inclusion :

Ont été incluses dans cette étude :

- Toutes les femmes enceintes vues en CPN et qui ont un Ag HBs positif ;
- Toutes les femmes enceintes porteuse du VHB dont leurs consentements éclairés ont été obtenue.

4.2.Critère de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans cette étude :

- Toutes les femmes enceintes vues en CPN dont le dépistage de l'Ag HB s'est revenu négatif.
- Toutes les femmes enceintes vues en CPN qui n'ont pas réalisé le dépistage de l'Ag HB s au cours de la grossesse.

5. Type d'échantillonnage :

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif incluant tous les cas d'Hépatite B positif au cours de la grossesse répondant aux critères d'inclusion dans le centre santé de référence de la commune I.

6. Variables étudiées :

Variable étudiée	Type de variable	Echelle de mesure	Technique
Age	Quantitative discontinue	Année à partir du Premier anniversaire	Lecture
Gestité	Quantitative discontinue	Nombre de grossesse confirmée	Lecture
Parité	Quantitative discontinue	Nombre total d'accouchement	Lecture
Statut matrimonial	Qualitative nominale	1 :marié,2 :célibataire 3 :veuve,4 :divorcée	Lecture
Ménarche	Quantitative discontinue	Année d'apparition des première règles	Lecture
Profession	Qualitative	Ménagère, commerçante étudiante ,fonctionnaire	Lecture
Poids	Quantitative discontinue	Poids en kilogramme	Lecture
Antécédent	Qualitative nominale	1 :HTA,2 :Diabète,3 :Drépanocytose 4 :HIV,5 :Hépatite B	Lecture

Facteurs de risque	Qualitative Nominale	1 :Excision,2 :Partenaire sexuel,3 :Tatouage,4 :Transfusion sanguine,5 :Scarification	Lecture
Auteur de CPN	Qualitative nominale	1 :Gynécologue,2 :Médecin,3 :Sage-femme	Lecture
Nombre de CPN	Quantitative Discontinue	1 : Aucune,2 :1à 4 cpn ,3 : plus 4 cpn	Lecture
Signe clinique	Qualitative Nominale	1 :Cephalée,2 : Douleur abdominale,3 ; Ictère ,4 :Vomissement,5 :Fievre,6 :Nausées	Lecture

7. Mode ou technique de collecte des données :

La collecte des données est faite en mode face à face en consignant les informations sur une fiche d'enquête individuelle comprenant les paramètres suivants :

- Les caractères sociodémographiques et cliniques de l'hépatite B et grossesse ;
- Les données relatives aux différentes méthodes de l'hépatite B.

8. Outils (Instruments) de collecte des données

Pour la collecte de nos données, nous avons utilisés :

- La fiche d'enquête
- Les Carnets de consultation prénatales,
- Les Dossiers obstétricaux,
- Le Registre d'accouchement,
- Le Registre de consultation prénatal,

9. Saisie et analyse des données :

Le traitement de texte et les graphiques sont faits sur le logiciel Excel 2016 respectivement. Les données sont saisies et analysées à partir du logiciel SPSS

version 25.0 et le test statistique avec le logiciel SPSS version 25.0 avec comme seuil de positivité 5% .

10. Considérations éthiques et déontologiques :

- L'étude s'est déroulée en respectant les règles d'éthiques et les principes de consentement libre et éclairé liés à la recherche sur les sujets humains en vigueur.
- La participation à l'étude était volontaire et les participantes pouvaient interrompre l'entretien à tout moment. Les noms et prénoms des sujets n'ont pas été utilisés. Seul un numéro d'identification code a servi à identifier le sujet. Les données ont été gardées de façon confidentielle.

11. Définitions opérationnelles :

- **Gestité** : C'est le nombre de grossesses confirmées .
- **Primigeste** : Une première grossesse .
- **Pauci geste** : C'est 2e-3e grossesses .
- **Multigeste** : C'est 4e-5^e grossesses .
- **Grande multigeste** : ≥ 6 grossesses.
- **Parité** : C'est le nombre d'accouchement chez la femme .
- **Nullipare** : Une femme qui n'a jamais accouché .
- **Primipare** : C'est lorsque la femme accouche une fois .
- **Pauci pare** : C'est la deuxième au troisième accouchement.
- **Multipare** : C'est le quatrième au cinquième accouchement .
- **Grande multipare** : C'est le nombre d'accouchement supérieur ou égal à six .

IV. Résultats :

1. Fréquence :

Du 1^{er} Aout 2024 au 31 Juillet 2025, nous avons enregistré 7161 femmes enceintes dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune I dont 84 cas Ag HBs positif soit une fréquence hospitalière de 1,17%.

2. Caractéristiques socio-démographiques:

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

Tranche d'âge(ans)	Effectif	Fréquence (%)
≤ 19	14	16,7
[20-34]	48	57,1
[35-45]	22	26,2
Total	84	100

La tranche d'âge de 20 à 34 ans était la plus représentée avec 57,1% des cas avec moyenne de 27 ans $\pm 6,8$ ans.

Tableau V: Répartition des patientes selon leur profession

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Femmes au foyer	50	59,5
Commerçante	15	17,9
Etudiante	6	7,1
Agent de santé	3	3,6
Fonctionnaire	4	4,8
Aide-ménagère	3	3,6
Couturière	3	3,6
Total	84	100

La profession la plus courante était celle de ménagère, avec 59,5%.

Tableau VI: Répartition des patientes selon le statut et régime matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Fréquence (%)
Mariée	79	94,0
Célibataire	1	1,2
Veuve	2	2,4
Divorcée	2	2,4
Total	84	100
Régime matrimonial	Effectif	Fréquence(%)
Monogame	49	59,04
Polygame	34	40,96
Total	83	100

La quasi-totalité des patientes était mariée, soit 94% et le régime monogame représente majoritairement 59,04 % tandis que la polygamie représente 40,96 % de la population.

3- Les antécédents :

Tableau VII: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux et chirurgicaux personnels

Antécédents personnels	Effectif	Fréquence (%)
Diabète	14	16,7
HTA	20	23,8
Drépanocytose	3	3,6
VIH	8	9,5
Hépatite B	13	15,5
Aucun antécédent	26	31,0
Total	84	100
Antécédents chirurgicaux	Effectif	Fréquence(%)
Césarienne	23	27,4
Myomectomie	1	1,2
Kystectomie	1	1,2
Cure chirurgicale de G E U	6	7,1
Apendicectomie	1	1,2
Aucun antécédent	52	61,9
Total	84	100
Parité	Effectif	Fréquence
Primipare	15	17,9
Pauci-pare	32	38,1
Multipare	29	34,5

Grande multipare	8	9,5
Total	84	100

Hypertension artérielle était l'antécédent personnel le plus fréquent avec 23,8%, tandis que la césarienne représentait l'antécédent chirurgical le plus fréquent avec 27,4% par contre 61,9 % n'avait pas d'antécédent chirurgical. Les pauci pares étaient les plus nombreuses (38,1 %), suivies des multipares (34,5 %).

4- Facteurs de Transmissions :

Tableau VII: Répartition des patientes selon le facteur de risque et statut vaccinal

Facteur de risque	Effectif	Fréquence (%)
Tatouage	3	3,6
Excision	36	42,9
Transfusion sanguine	9	10,7
Partenaires sexuels multiples	29	34,5
Scarification	1	1,2
Total	84	100
Statut vaccinal	Effectif	Fréquence
Vaccinée	4	4,8
Non vaccinée	80	95,2
Total	84	100

L'excision constituait le facteur de risque le plus fréquent avec 42,9%.

La grande majorité n'était pas vaccinée contre l'hépatite B, soit (95,2 %).

Tableau IX: Répartition des patientes selon la source d'information sur l'hépatite B

Information sur l'hépatite B	Effectif	Fréquence (%)
Non	3	3,6
Radio	25	29,8
Télévision	8	9,5
Agent de santé	42	50,0
Ecole	6	7,1
Total	84	100

L'information provenait surtout des agents de santé, représentant 50%.

5-Données clinique :

Tableau X: Répartition des patientes selon le mode et motif d'admission

Mode d'admission	Effectif	Fréquence (%)
Venue d'elle-même	83	98,8
Référence	1	1,2
Total	84	100
Motif d'admission	Effectif	Fréquence
Travail	56	66,7
d'accouchement		
Rupture prématurée des membranes	4	4,8
Consultation prénatale	3	3,6
Ag HB s positif	4	4,8
Utérus cicatriciel	17	20,2
Total	84	100

La quasi-totalité des patientes sont venu d'elles-mêmes soit 98,8%

Le travail d'accouchement constituait le principal motif d'admission soit 66,7%.

Tableau XI: Répartition des patientes selon les signes cliniques

Signes cliniques	Effectif	Fréquence (%)
Nausées	17	20,2
Vomissements	16	19,0
Céphalées	39	46,4
Frissons	25	29,8
Arthralgie	18	21,4
Myalgie	34	40,5
Urines foncées	19	22,6
Selles décolorées	9	10,7
Démangeaisons	42	50,0
Fièvre	59	70,2
Douleur abdominale	75	89,3
Ictère	10	11,9
Amaigrissement	24	28,6

La douleur abdominale était le signe le plus fréquent avec 89,3%.

Tableau VII: Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif	Fréquence (%)
Aucune	00	00
1-4	27	32,1
> 4	57	67,9
Total	84	100

Le nombre de CPN était supérieur à 4 pour 67,9 % des patientes avec une moyenne de 4,1.

Tableau XIII: Répartition des patientes selon l'auteur de la CPN

Auteur de la CPN	Effectif	Fréquence (%)
Gynécologue/obstétricien	34	40,5
Médecin généraliste	41	48,8
Sage-femme	9	10,7
Total	84	100

Les consultations étaient surtout majoritairement réalisées par des médecins généralistes, avec comme pourcentage 48,8%.

6-Données paracliniques :

Tableau XIV: Répartition des patientes selon le terme de la grossesse lors du dépistage de l'hépatite B.

Terme (SA) lors de dépistage	Effectif	Fréquence (%)
12-24	19	22,6
24-28	60	71,4
29-32	5	6,0
Total	84	100

La majorité des dépistages était effectuée entre 24 et 28 SA, soit 71,4%.

Tableau XV: Répartition des patientes selon la réalisation du bilan de suivi en cas Ag HBs positif.

Bilan de suivi réalisé	Effectif	Fréquence (%)
Réalisé	82	97,6
Non réalisé	2	2,4
Total	84	100

Le bilan de suivi en cas d'Ag HBs+ était réalisé chez 97,6 % des patientes.

Tableau VIII: Répartition des patientes selon le résultat de la sérologie de VIH.

Résultat de sérologie	Effectif	Fréquence (%)
HIV		
Positif	11	13,1
Négatif	73	86,9
Total	84	100

La majorité de nos patientes était séro-négative avec une proportion de 86,9% tandis que 13,1 % étaient séropositives

Tableau XVII: Répartition des patientes selon la morphologie hépatique

Echographie du foie	Effectifs	Fréquence(%)
Normale	64	78,05
Hépatomégalie homogène	13	15,85
Hépatomégalie hétérogène	3	3,66
Dilatation du tronc portale et veine splénique	2	2,44
Total	82	100,0

L'échographie hépatique était normale chez 78,05 % de nos patientes par contre 3,66 % avaient des hépatomégalies hétérogènes et 2,44 % avaient une dilatation du tronc portale et veine splénique .

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la biologie

Biologie	Effectif	Fréquence (%)
Charge virale	n=84	
Indétectable (< 35 copies)	54	64,3
Détectable (>35 et < 2000UI)	21	25
Détectable (>2000UI)	7	8,3
Non réalisée	2	2,4
Taux d'hb (g/dl)	n=84	
≤ 11	33	39,29
>11	51	60,71
Plaquettes	n=82	
<150000	34	41,46
>150000	48	58,54
ALAT (UI/m L)	n=82	
<19	51	62,2
>19	31	37,8
Score d'APRI	n=82	
<0,66	68	82,93
>0,66	14	17,07

Plus de la moitié des patientes avait une charge virale indétectable, soit (64,3%). 60,71 % des patientes avaient un taux d'hémoglobine supérieur à 11g/dl. ALAT était normale dans 62,2%. Les plaquettes étaient élevées chez 58,54% de nos

patientes. La fibrose était significative chez 17,07% tandis qu'elle était non significative chez 82,93 %.

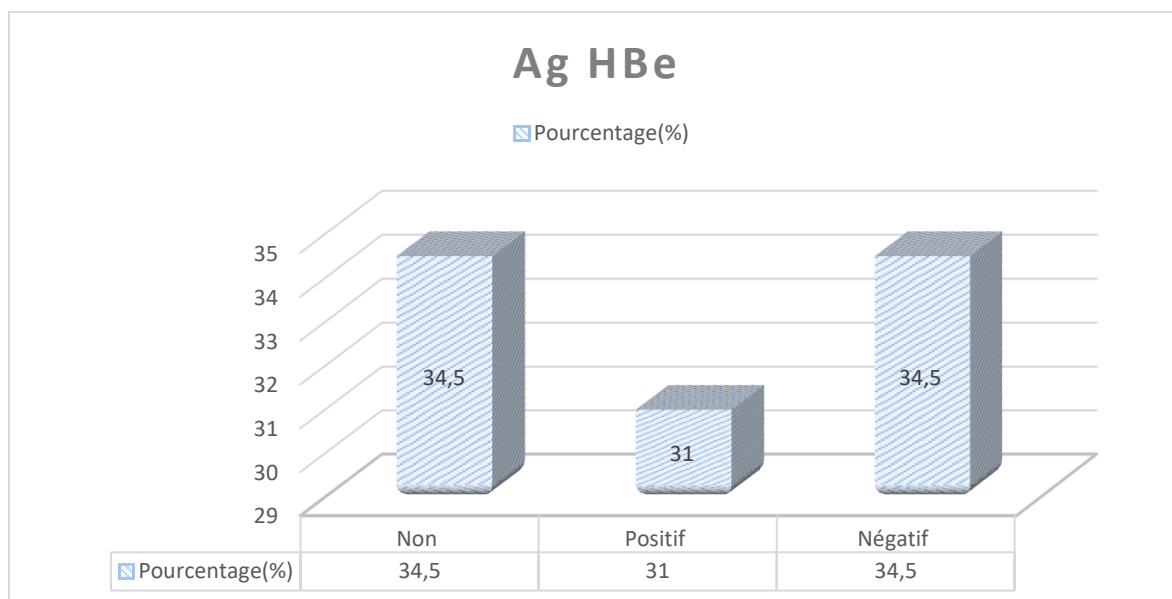


Figure 4: Répartition des patientes selon la prévalence de l'Ag HBe

L'Ag HBe était négatif chez 34,5 % des patientes, positif chez 31,0 %, et non testé pour 34,5 %.

7-Prise en charge de la future maman :

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la consultation Hépato-gastro-entérologie

Consultation Gastro-entérologie	Effectif	Fréquence (%)
Oui	81	96,4
Non	3	3,6
Total	84	100

La consultation gastro-entérologique était faite dans 96,4% des cas.

Tableau XX: Répartition des patientes selon le traitement reçu

Traitement reçu	Effectif	Fréquence (%)
Ténofovir	28	34,6
Traitement traditionnel	14	17,3
Aucune molécule	39	48,1
Total	81	100

Aucun traitement n'était administré chez 48,1 % des patientes, tandis que 34,6 % recevaient du Ténofovir.

Tableau IX: Répartition des patientes selon l'évolution sous traitement

Evolution sous traitement	Effectif	Fréquence (%)
Favorable(charge virale indétectable)	70	86,4
Non favorable (charge virale détectable)	11	13,6
Total	81	100

L'évolution était favorable avec une charge virale indétectable dans 86,4 % des cas.

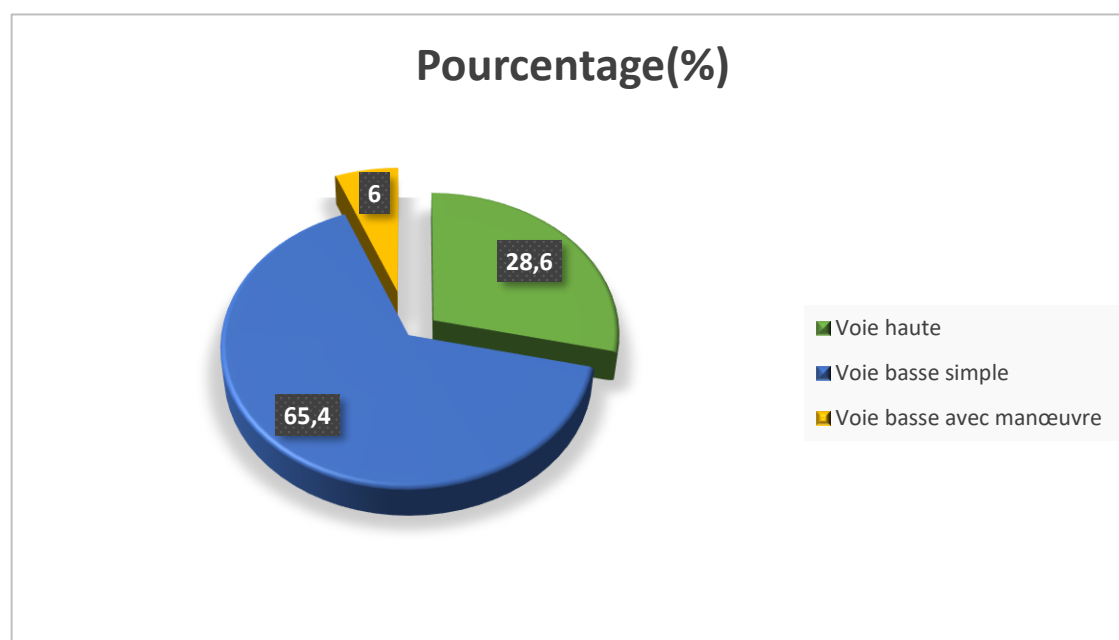


Figure 5: Répartition des patientes selon le mode d'accouchement

La voie basse simple prédominait avec 65,4%.

❖ **Les manœuvres obstétricales :**

- Ventouse : représente 3,1%
- Attitude de Vermelin représente 1,6 %

➤ Attitude de Bracht représente 1,3 %

Tableau XXIX: Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge et l'antigène HBe.

Tranche d'âge(ans)	Ag HBe			Total
	Non	Positif	Négatif	
≤ 19	4	4	6	14
[20-34]	15	14	19	48
[35-45]	10	8	4	22
Total	10	26	29	84

Test exact de fisher = 3,836

pvalue= 0,434

Il n'y'a pas de lien statistiquement significatif entre la tranche d'âge et l'antigène HBe.

Tableau XXIXI : Répartition des patientes en fonction de la profession et l'antigène HBe.

Profession	Ag HBe			Total
	Non	Positif	Négatif	
Femmes au foyer	15	18	17	50
Commerçante	8	2	5	15
Etudiante	1	3	2	6
Agent de santé	0	1	2	3
Fonctionnaire	2	1	1	4
Aide-ménagère	2	1	0	3
Couturière	1	0	2	3
Total	29	26	29	84

Test exact de fisher = 12,739

pvalue= 0,495

Il n'y'a pas de lien statistiquement significatif entre la profession et l'antigène HBe.

8-Nouveau-né :

Tableau XXIV: Les nouveau-nés selon leur état à la naissance :

Nouveau-né	Effectif	Fréquence (%)
Vivant	82	97,6
Mort-né frais	1	1,2
Mort-né macéré	1	1,2
Total	84	100

La majorité des nouveau-nés était vivante à la naissance avec 97,6%.

Tableau XII: Répartition des nouveau -nés selon leur sexe

Sexe	Effectif	Fréquence (%)
Masculin	51	60,7
Féminin	33	39,3
Total	84	100

Le sexe masculin prédominait avec 60,7% avec une sex-ratio de 1,5.

Tableau XIII: Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1^{ère} minute et à la 5^{ème} minute.

Score d'Apgar à la 1^{ère} minute	Effectif	Fréquence (%)
< 6/10	3	3,6
≥ 6/10	81	96,4
Total	84	100
Score d'Apgar à la 5^{ème} minute	Effectif	Fréquence
< 10/10	3	3,6
10/10	81	96,4
Total	84	100

La quasi-totalité des nouveau-nés avait un score d'Apgar ≥ 6 , à la 1^{er} minute et 10/10 à la 5^{ème} minute soit 96,4%.

Tableau XVI: Répartition des nouveau-nés selon leur taille :

Taille (cm)	Effectif	Fréquence (%)
< 47	16	19,0
≥ 47	68	81,0
Total	84	100

La majorité des nouveau-nés mesurait au moins 47 cm, représentant 81%.

Tableau XXVIII: Répartition des nouveau-nés selon leur poids et la pratique du bain antiseptique.

Poids (g)	Effectif	Fréquence (%)
< 2500	5	6,0
2500-3999	75	89,3
4000 et plus	4	4,8
Total	84	100
Pratique de bain antiseptique	Effectif	Fréquence
Réalisée	82	92,7
Non réalisée	2	7,3
Total	84	100

Le poids le plus fréquent était compris entre 2500 et 3999 g, soit 89,3% avec une moyenne de 3238,1g.

La quasi-totalité des nouveau-nés ont bénéficié un bain antiseptique, soit 92,7%.

Tableau XXIX: Répartition des nouveau-nés selon la sérovaccination et le moyen de prévention utilisé

Sérovaccination	Effectif	Fréquence (%)
Oui	76	92,7
Non	6	7,3
Total	82	100
Moyen utilisé	Effectif	Fréquence
Vaccin	6	7,3
Vaccin et Immunoglobuline	70	85,4
	6	7,3

Ni vaccin ni		
Immunoglobuline	82	100
Total		

La sérovaccination a été réalisée dans 92,7 % des cas.

Le protocole le plus fréquent associait immunoglobuline et vaccin, soit 85,4% et 7,3 % n'avaient reçu aucune des deux molécules par manque de moyens financiers.

Tableau XXX: Répartition des nouveau-nés selon le délai d'administration de moyen de prévention utilisé :

Délai d'administration (heures)	Effectif	Fréquence (%)
1-12	36	43,9
12-24	36	43,9
24-48	4	4,9
Ni vaccin ,ni Immunoglobuline	6	7,3
Total	82	100

Le délai était inférieur à 24 heures dans 87,8% des cas.

Tableau XXXI: Répartition des enfants selon le dépistage de l'Ag HBs à 12 mois de vie .

Dépistage de l'Ag HBs chez les enfants	Effectif	Fréquence (%)
Positif	2	2,4
Négatif	75	91,5
Non dépisté	5	6,1
Total	82	100

Le dépistage de l'Ag HBs est revenu négatif dans 91,5 % des cas par contre 2,4 % de nos enfants étaient porteur de l'Ag HBs .

Tableau XXXII: Répartition des enfants issus des mères séropositives selon le traitement reçu et l'évolution au cours du temps

Traitement	Effectif	Fréquence (%)
Oui	2	2,6
Non	75	97,4
Total	77	100
Evolution	Effectif	Fréquence
Favorable (charge virale indétectable)	75	91,5
Non favorable(charge virale détectable)	2	2,4
Ne sais pas	5	6,1
Total	82	100

La majorité des enfants n'ont pas été mis sous traitement, soit 97,4% par contre 2,6 % ont été mis sous traitement .

L'évolution était favorable dans 91,5 % des cas.

V. COMMENTAIRES-DISCUSSION :

5.1. Aspects méthodologiques :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive avec une collecte prospective des données qui s'est déroulée du 1er Août 2024 au 31 juillet 2025 au service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako, elle portait sur l'hépatite B et grossesse .

5.2. Les limites et faiblesses de l'étude :

Notre étude a comporté certaines limites , les examens paracliniques n'avaient pas pu être réalisés chez toutes nos patientes car certaines d'entre elles n'avaient pas les moyens financiers. Toutefois l'échantillon est statistiquement représentatif. La sérologie du virus et les examens biologiques pour l'analyse de l'impact hépatique ont été réalisés chez la plupart de nos patientes. Et notamment des problèmes de communication .

5.3. Fréquence :

Dans notre étude la prévalence de 1,17% que nous avons obtenue place notre population étudiée dans une zone de faible endémicité pour l'hépatite virale B. Cette fréquence est nettement inférieure à celle publiée par **Coulibaly M.O. [31]**, qui était de 2,70%. Ce résultat peut s'expliquer par des variations géographiques dans la circulation du virus des différences dans les couvertures vaccinales antérieures ou des disparités socio-démographiques entre les bassins de population des deux centres de santé. La différence la plus marquée apparaît avec les études de **Sacko D. [32]** qui rapportait un taux de 36%. Nos résultats alignés avec une tendance à la baisse observée dans certaines régions grâce à la vaccination renforcent la nécessité de maintenir une politique de dépistage universel et de prévention de la transmission mère-enfant, même dans des contextes de faible prévalence.

5.4. Caractéristiques socio-démographiques :

Age :

Dans notre étude, âge moyen de nos patientes était de 27 ans $\pm$ 6,8 ans. Ce résultat était inférieur à ceux rapportés par **Coulibaly M.O [31]** et de **Sacko D [32]** qui avaient rapporté une moyenne d'âge de 32.5 ± 4.62 ans et de 32 ± 11 ans. Par contre il est légèrement supérieur à la moyenne d'âge de 25,5 ans $\pm$ 4,6 ans obtenue par **Guindo H et al.[33]** dans leur série.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'un moyen âge jeune et sexuellement actif s'exposant donc à plus de risques. Cette observation serait essentielle pour renforcer les stratégies de dépistage, de vaccination et de prise en charge précoce dès la consultation prénatale, afin de prévenir le risque de transmission materno-fœtale.

Profession

Dans notre étude, la profession la plus fréquemment rencontrée était celle des femmes au foyer représentant 59,5%. Cette prédominance était similaire au taux de 54,9 % rapporté par **Guindo H. et al. [33]**. En revanche notre résultat se révélait notablement inférieur à celui de la série de **Abdoulaye O. et al. [34]**, où les femmes au foyer constituaient une très large majorité de 85 % des cas.

Le taux de femmes au foyer variait d'une étude à l'autre, mais elles demeuraient sans conteste le groupe professionnel le plus représenté. Il convient de considérer cette caractéristique afin d'améliorer les stratégies de gestion et de suivi.

Statut matrimonial

Selon le statut matrimonial, les patientes mariées étaient majoritaires avec 94%. Un taux supérieur à celui de **Kasia JM et al [36]** qui était de 35% et de **Guindo H. et al. [33]** qui avaient trouvé 78,43%. Nous pourrions dire que la prédominance des patientes mariées dans notre étude reflétait moins une simple donnée démographique qu'une réalité socioculturelle profonde.

Au-delà du chiffre, il est important de comprendre sa signification pour adapter la prise en charge : renforcer le conseil familial, promouvoir le dépistage systématique des conjoints et des co-épouses, et garantir que toutes les femmes, quel que soit leur statut matrimonial, aient un égal accès à l'information et aux soins.

5.5. Antécédents

Antécédents chirurgicaux

Dans notre étude, la césarienne représentait l'antécédent chirurgical le plus fréquent, avec une prévalence de 27,4 %. Ce résultat était nettement supérieur à celui rapporté par **Coulibaly M.O. [31]**, qui indiquait que seulement 13 % des patientes avec un antécédent chirurgical avaient subi une césarienne.

Ce résultat pouvait s'expliquer par la place prépondérante de la césarienne parmi les antécédents chirurgicaux en gynécologie-obstétrique et une proportion plus élevée de patientes multipares ou présentant des indications de césarienne récurrente.

5.6. Données cliniques

Parité

Dans notre échantillon, les pauci pares constituaient le groupe le plus représenté (38,1 %), suivies des multipares (34,5 %). Ce profil de parité se distinguait nettement des observations rapportées par d'autres auteurs.

En effet, notre résultat était en opposition avec celui de **Kasia J.M. et al. [36]**, pour qui la majorité des gestantes étaient des nullipares avec une prévalence de 42,86%. De même, il différait sensiblement des données de **Coulibaly M.O. [1]**, qui trouvait que les grandes multipares représentaient la catégorie principale avec 41,7% de sa population d'étude.

Cette disparité pouvait s'expliquer par des différences majeures dans le recrutement et le contexte des études.

Cette variabilité renforçait la nécessité d'adapter les politiques de santé périnatale et les stratégies de prise en charge aux caractéristiques spécifiques de la population étudiée, chaque contexte présentant ses propres facteurs de risque et besoins médicaux associés à la parité.

Motif d'admission

Dans notre étude, le travail d'accouchement constituait le principal motif d'admission, représentant 66,7% des cas. Ce résultat était très différent de celui observé par **Sidibé M. [37]**, pour qui la Consultation Périnatale (CPN) représentait le motif principal dans 84,7% des admissions de sa série.

Cette divergence majeure pouvait s'expliquer par une différence fondamentale dans le profil des structures de soins, la nature du service investigateur et les critères d'inclusion influençant de manière déterminante la répartition des motifs d'admission.

5.7. Données paracliniques

Réalisation du Bilan de suivi en cas Ag HBs positif

Dans notre série, le bilan complémentaire en cas d'Ag HBs positif était réalisé pour la grande majorité des patientes, avec un taux de 97,6 %. Ce résultat était très satisfaisant et se situait dans le sens des données de la littérature. Il était notamment supérieur au taux de 91 % rapporté par **Doumbia K et al.[38]** dans leur étude.

Cette analyse pouvait expliquer l'adhésion forte à une pratique essentielle de dépistage et de prise en charge précoce de l'hépatite B chez la femme enceinte.

Charge virale de l'hépatite B :

Dans notre étude, plus de la moitié des patientes présentaient une charge virale indétectable, soit 86,4 % des cas. Ce résultat était conforme aux données publiées par **Diarra A [39]** qui retrouvait également une prédominance des charges virales basses, avec un taux de 52,9% pour une valeur inférieure à 35 copies/ml. Cependant notre étude différait de celle rapportée par **Koné BB [40]**

qui indiquait un pourcentage plus élevé de patientes avec une charge virale normale, atteignant 68,7%.

Notre résultat se situait dans la fourchette basse des données de la littérature et confortait l'idée qu'une proportion substantielle des femmes enceintes porteuses de l'Ag HBs avaient une réplication virale faible, la variabilité observée soulignait la diversité des profils virologiques selon les populations.

Prévalence Ag HBe :

Dans notre série d'étude, le statut de l'antigène HBe se répartissait de la manière suivante : il était négatif pour 34,5 % des patientes, positif pour 31,0 %, et non testé pour 34,5 %.

Cependant la prévalence de l'Ag HBe positif, notre résultat (31,0 %) était relativement proche de celui rapporté par **Diarra A [39]**, qui trouvait un taux de 29,4 %.

Par contre, il était très nettement supérieur au taux de 2,3% observé par **Keita T [35]**. Cette divergence majeure pouvait s'expliquer par des différences fondamentales dans les populations étudiées. La prévalence de l'Ag HBe variait en effet considérablement selon l'âge moyen, la phase naturelle de l'infection hépatique B (phase immunotolérante à haute réplication versus phase de contrôle immunitaire) et l'origine géographique ou ethnique des patientes.

Prévalence du VIH

Dans notre étude, la prévalence du VIH était positive chez 13,1 % des patientes. Ce taux apparaissait élevé en comparaison des données rapportées dans d'autres études similaires. Il était notamment plus du double de la prévalence de 8,8 % observée par **Diarra A. [39]**. L'écart était encore plus marqué avec les résultats de **Sidibé M. [37]**, qui décrivait un taux de coïnfection VIH-VHB de 3,4 % dans sa population.

Cette différence notable pouvait s'expliquer par plusieurs hypothèses. Tout d'abord, des variations géographiques et temporelles dans la prévalence générale du VIH au sein de la population féminine en âge de procréer constituaient un

facteur explicatif majeur et la nécessité de données locales actualisées pour guider les stratégies de prévention et de prise en charge, et appelait à un renforcement systématique du dépistage et des mesures de réduction du risque dans notre contexte.

5.8. Prise en charge

Traitement reçu

Dans notre série d'étude, la prise en charge thérapeutique de l'hépatite B présentait un profil contrasté. En effet, aucune thérapie spécifique n'était administrée à la moitié des patientes (48,1 %), tandis qu'un tiers des patientes (34,6 %) recevait du Ténofovir.

Ce résultat contrastait fortement avec les observations rapportées par d'autres auteurs. **Sidibé M. [37]** indiquait que seulement 8,5 % des femmes avaient bénéficié d'un traitement par Ténofovir, et **Guindo H. et al. [33]** signalaient que 9,8 % des gestantes avaient été mises sous traitement antiviral à partir du troisième trimestre.

Cet écart important pouvait s'expliquer par plusieurs facteurs et la proportion encore élevée de patientes non traitées soulignait la nécessité de renforcer le bilan pré-thérapeutique systématique et de clarifier les critères d'éligibilité pour optimiser la prise en charge et la prévention de la transmission verticale du VHB dans notre contexte.

Voie d'accouchement

Selon les données rapportées par notre étude, la voie basse simple prédominait largement, représentant 65,4% des modes d'accouchement. Cette tendance était conforme à la norme physiologique attendue et allait dans le même sens que les observations rapportées par **Aw M. [41]** qui retrouvait également une proportion majoritaire d'accouchements par voie basse (81,8 %).

Bien que les deux études confirmassent la prééminence de l'accouchement par voie basse, la différence d'ampleur soulignait la variabilité des pratiques médicales et des profils des patientes. Elle rappelait que le taux de césarienne ou d'extraction instrumentale **restait** un indicateur sensible au contexte local.

5.9. Nouveau nés :

Sexe

Dans notre échantillon testé, le sexe masculin prédominait parmi les nouveau-nés avec une fréquence de 60,7 % et une sex-ratio de 1,5. Ce résultat était en contradiction apparente avec les données publiées par **Sidibé M. [37]**, qui retrouvait une majorité de nouveau-nés de sexe féminin, représentant 52,5 % des cas dans son étude.

Cette divergence pouvait s'expliquer par la nécessité de considérer ce paramètre comme un facteur potentiel de confusion ou de variabilité dans les analyses et soulignait l'importance de comparer les données avec des références populationnelles locales lorsque cela était possible.

Poids

Dans notre étude, la distribution du poids de naissance montrait que la grande majorité des nouveau-nés, soit 89,3 %, avait un poids compris dans l'intervalle normal de 2500 à 3999 grammes, avec un poids moyen de 3238,1g. Ce résultat était remarquablement similaire et concordait étroitement avec les données publiées par **Koné BB [40]**, qui retrouvait que 91,7 % des nouveau-nés dans sa série présentaient un poids entre 2500 et 3900 grammes.

La similitude entre notre résultat et celui de **Koné BB [40]**, renforçait la validité de nos observations concernant le poids de naissance.

Elle témoignait d'un modèle néonatal favorable et constituait un élément de base important pour l'évaluation des pratiques périnatales, en montrant que la distribution attendue des poids de naissance normaux était majoritairement atteinte dans les populations étudiées.

Sérovaccination

Dans notre série, la sérovaccination contre le virus de l'hépatite B était réalisée dans 92,7 % des cas. Ce résultat était satisfaisant et se situait dans une fourchette élevée par rapport aux données de la littérature.

Il était notablement supérieur au taux de 59,5 % rapporté par **Bahoken R [42]**. Cette différence importante pouvait s'expliquer par une évolution temporelle et

contextuelle favorable. Entre la période de l'étude de **Bahoken R [42]** et la nôtre, la sensibilisation des équipes soignantes à la prévention de la transmission mère-enfant du VHB, ainsi que la disponibilité des immunoglobulines et du vaccin dans les officines .

Par contre, notre résultat concordait étroitement avec celui de **Koné BB [40]**, qui faisait état d'un taux de 83,3 %. Cette similitude suggérait que dans des contextes comparables, un niveau de performance élevé et similaire était atteignable. Elle renforçait également la validité de notre observation, en montrant qu'elle n'était pas isolée.

Notre taux de sérovaccination témoignait ,une bonne adhésion aux recommandations de prévention. La comparaison avec la littérature montrait une nette progression par rapport à des données plus anciennes et établissait une norme de pratique partagée avec des études récentes similaires. Elle incitait néanmoins à poursuivre les efforts pour identifier et corriger les causes des échecs de mise en œuvre afin d'atteindre une couverture universelle de cette intervention prophylactique essentielle.

CONCLUSION :

Notre étude menée au Centre de Santé de Référence de la Commune I du district de Bamako a permis de dresser un tableau épidémiologique et clinique de l'hépatite B chez la femme enceinte dans ce contexte spécifique. L'hépatite B reste un problème de santé publique majeur caractérisé par une prévalence importante, un dépistage et un bilan bien conduits.

Le profil de la patiente type est celui d'une jeune femme , mariée, non scolarisée et sans activité professionnelle rémunérée, ce qui met en lumière des déterminants socio-économiques importants et cible les populations nécessitant une attention particulière en matière d'information et d'accès aux soins. Sur le plan clinique, la majorité des patientes présentaient une charge virale indétectable ,le taux élevé de co-infection VHB-VHC observé et la proportion non négligeable de patientes Ag HBe positif révèle un sous-groupe à haut risque de transmission et de complications hépatiques.

Une prise en charge thérapeutique antivirale encore trop peu mise en œuvre. La prévention de la transmission verticale par sérovaccination est bien adoptée, mais son efficacité pourrait être optimisée. La fréquence élevée des co-infections VHB-VHC et VHB-VIH appelle à un renforcement du dépistage intégré et une prise en charge multidisciplinaire.

RECOMMANDATIONS : Au terme de cette étude nous recommandons :

1) Aux autorités sanitaires:

- Informer, sensibiliser et éduquer le personnel soignant sur l'hépatite B et la prévention de la transmission mère-enfant,
- Introduire la vaccination contre l'hépatite B dans le programme élargie de vaccination dès la naissance chez tous les nouveau- nés.
- Organiser des campagnes d'information, de sensibilisation et de dépistage gratuit des hépatites virales.
- Rendre accessible et à moindre coût la prise en charge de l'hépatite B sur toute l'étendue du territoire national.
- Veiller à la vaccination des mères Ag HB s négatives

2) Aux praticiens :

- Dépister systématiquement toutes les femmes enceintes au virus de l'hépatite B dès le 1er trimestre de la grossesse,
- Dirigez toute femme enceinte testée positive pour Ag HBs vers une consultation spécialisée afin d'assurer un suivi approprié,
- S'assurer que tous les enfants nés de mères AgHBs positives bénéficient la sérovaccination contre l'hépatite B.

3) A la population :

- Respecter les règles d'hygiène pendant les pratiques traditionnelles de scarifications.
- Réaliser un dépistage régulier de l'infection par le virus de l'hépatite B,
- S'informer et utiliser tous les moyens nécessaires pour prévenir le virus de l'hépatite B, « vaccination »
- Prévoir la sérovaccination à la naissance des nouveau-nés issus des mères Ag HB s positives .

4) Aux Gestantes :

- Faire régulièrement les consultations prénatales ;
- Réaliser tôt le bilan prénatal ;

REFERENCES :

1. **Fouquet A, JambanA- C, CanvaV, BocketML, GottrandF, Subtil D.** Hépatite B et grossesse. Partie 1. Treize questions pratiques en période anténatale.JGynecolObstetBiolReprod.2016 ; 45(6) : 531-539.
2. World Health Organisation- guidelines on prevention of mother -to-child transmission of hepatitis B, September2019.
3. **Sbiti M, KhalkiH, Benbella I, Louzi.** Séroprévalence de l'AgHBs chez la femme enceinte dans le centre du Maroc. Pan Afr Med Jr.2016; 24: 187.
4. **Spearman CW ,Afihene M, Ally R, Apica B, Awuku Y , Cunha L, et al.** Gastroentrology and Hepatology Association of Subsaharan Africa.2017.Hepatitis B in sub-Saharan Africa: strategies to achieve the 2030 elimination targets .Lancet Gastroenterol Hepatol 2:900 - 909.[https://doi.org/10.10016/S2468-1253\(17\) 30295-9](https://doi.org/10.10016/S2468-1253(17) 30295-9).
5. **Carlos APN, Martin WB, Rene H, Caroline CS, Louisa W, Julija P,et al.** Transmission of Hepatitis B and D viruses in an African Rural Community.September/October2018 Volume 3 Issue 5 e00120-18.
6. **Reuter TQ, Gomes-Gouvea M, Chuffia S, Duque UH, Carvalho JA, Perini W, et al.** Hepatitis B virus genotypes and subgenotypes and the natural history and epidemiology of hepatitis B. Annals of Hepatology 27 (2022)100574
7. **Kouakou C, DainguyME, Djoman A, Ake Assi, Gro Bi A, Djivehousoun A, Kouadio E, Angan G, Folquet AM.** Transmission mère -enfant des marqueurs du virus de l'hépatite B dans un hôpital de référence en COTE D'IVOIRE.MALI MEDICAL 2020 TOME XXXV N°2. P :43-6
8. **De Gois JG, Guedes SJKO, Vieira AP, Follador FAC, Dip LF, Lucio LC, et al.** Seroprevalence and factors associated with hepatitis B virus exposure in the incarcerated population from southern Brasil.PLoS ONE (2022) 17(11): e0278029

9. **Aboudou RK, Moussiliou NP, Comlan NS, Khaddjatou SA, Rodolph KV, Rene KK, et al.** Hepatite virale B lors d'une campagne de dépistage en population générale au Bénin : séroprévalence et facteurs associés. Pan Afr Med J.2020; 37 :247.
 10. L'enquête AmBASS.Hépatite B, que retenir de l'enquête AmBASS menée à Niakhar ANRS 12356 entre 2018 et 2019 dans la zone de l'observatoire de Niakhar.ANRS2020 pl-20
 11. **Abdoulaye O ; Maiga DA ; Harouna AML.** Facteurs de Risque et Prévalence de l'Antigène HBs chez les femmes Enceintes et leurs Nouveau-nés à Niamey au Niger Health Science.Disease : Vol 19(3) Suppl 1 Aug 2018 ; p28
 12. **Fomulu NJ, Morfaw FL, Torimiro JN, Nana P, Koh MV, William T.** Prevalence, correlates and pattern of Hepatitis B among antenatal clinic attenders in Yaounde-Cameroon : is perinatal transmission of HBV neglected in Cameroon BMC Pregnancy Childbirth .2013 :13(1) :158-168
 13. **Sidibé M.** Prevalence de l'Ag Hbs chez les femmes enceintes au csref de la commune III du district de Bamako. Thèse de médecine ; USTTB; 2020; 74p.
 14. **Sanogo SD, Sima M, Dembélé JP, Bahoken AR, Drabo S, Théra TA et al.** L'Hépatite Virale B chez les Femmes Enceintes au CHU du Point G de Bamako (Mali) : Du Dépistage à l'Accouchement. Health Sci. Dis: 2024 ; 25(4) ; 101-103.
 15. **Sidibé S, Sacko Y, Traore Y.** Prévalence des marqueurs sérologiques du virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes dans le district de Bamako, Mali.Bull Soc Pathol Exot 2001; 94(4) : 339-341
 16. **Konaté A.** Epidémiologie de l'infection par le VHB. Développement et santé 2012 ; 200 : 7-16.
 17. **Antona D, Levy-Bruhl;** épidémiologie de l'hépatite B en France. Médecine et maladie infectieuses 2006 ;33 (suppl.A) :34-41
 18. **Coulibaly A K.** Etude du portage de l'antigène HBs chez les patients dépistés
-

- à l'institut nationale de recherche en santé publique au Mali : bilan de 10ans d'étude. Thèses : pharm : Bamako ; 2009, N°21, 91.
19. **Charkoui N.** Hépatite B et grossesse : revue de la Littérature ; Univ. Mohammed-V Rabat : 2010; 70,160
 20. **Zoulim F.** Virologie de l'hépatite B. EMC (Elsevier SAS, paris). Hépatologie 2004; 30 : 7-015
 21. **Catrice M** prévention de l'hépatite B dans les populations migrantes originaires des zones de forte épidémie : Afrique subsaharienne et Asie. Thèse méd., Paris VII, 2009, N°0054, 194.
 22. **Boa A et al.** Plaidoyer pour l'introduction du vaccin contre l'hépatite virale B à la naissance en Côte d'Ivoire. Santé Publique. 2017 ;29(5) :751-60.
 23. **Chevalier S, Pawlotzky JM.** Marqueurs virologiques de l'hépatite B et utilisation pratique des tests. In : Pawlotsky JM, Dhumeaux D. Hépatite B. Editions Médicales et Scientifiques. 2009.153-171.
 24. **McMahon BJ.** the natural history of hepatitis B virus infection. Hepatology 2009 ;49(5) :45-55.
 25. **Zoulim F et al.** The Lamivir Study Group. A prospective study of the evolution of lamivudine resistance mutations in patients with chronic hepatitis B treated with lamivudine. J Viral Hepat 2006 ;13 :278–88.
 26. **Bacq Y.** Hépatopathies au cours de la grossesse. Gastroenterol Clin Biol 2001; 25:791-8.
 27. **Su GG, Pan KH, Zhao NF, Fang SH, Yang DH, Zhou Y.** Efficacy and safety of lamivudine treatment for chronic hepatitis B in pregnancy. World J Gastroenterol 2004 ;10 :910-2.
 28. **Vranckx R, Alisjahbana A, Meheus A.** Hepatitis B virus vaccination and antenatal transmission of HBV markers to neonates. J Virol Hepatol 1999; 6:135
 29. **Levy M, Coren G.** Hépatitis B vaccine in pregnancy: maternal and fetal safety. Am j périnatol 1991 ;8 :27-32

30. **Coulibaly M.O.** Résultat de la systématisation du test de l'hépatite virale B pendant la grossesse au centre de santé de référence de San à propos de 120 cas. Thèse de médecine ; USTTB ; Bamako ; 2023 ; 96p.
31. **Sacko D.** Connaissances, attitudes et pratiques des consultants à propos de l'Hépatite Virale B. Thèse médecine ; USTTB ; 2015 ; 84p.
32. **Guindo H, Maiga A, Coulibaly A, Kassambara Y, Dao K, Koné A et al.** Portage du Virus de l'Hépatite B chez les Gestantes à Gao. Health Res Afr, 2024, 2(7), 59-62.
33. **Abdoulaye O, Maiga DA, Harouna Amadou ML, Issoufou Y, Adakal O, Oumarou A, et al.** Facteurs de Risque et Prévalence de l'Antigène HBs chez les Femmes Enceintes et leurs Nouveau-Nés à Niamey au Niger. Health Sci Dis. 2018 ; 19 (3) : 27-31.
34. **Keita T.** Aspects épidémio-cliniques de l'hépatite B au cours de la grossesse au Centre de Sante de Référence de la Commune V de Bamako en 2022 ; Thèse de médecine ; USTTB ; 2022 ; 85p.
35. **Kasia JM, NoaNdoua Claude C, Kensoung H, Belinga E.** Aspects Cliniques et Pronostiques de l'Hépatite Virale B en Grossesse au CHRACERH. HealthSci Dis. 2020 ; 21 (2): 1-4.
36. **Sidibé M.** Prévalence de l'AgHBs chez les femmes enceintes au Csréf de la commune III du district de Bamako. Thèse de médecine ; USTTB ; 2020 ; 74p.
37. **Doumbia K, Sow H, Dicko MY, Sanogo SD, Traore A, Tounkara MS, et al.** L'infection par le virus de l'hépatite B chez la femme enceinte dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré ; Mali médical tome XXXVII N°2 ; 2022 ; 56-60.
38. **Diarra A.** Prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite chez les femmes enceintes au centre de sante de référence de Koulikoro. Thèse de médecine ; USTTB ; 84p.
39. **Koné BB.** Hépatite virale B et grossesse : aspects epidemio-cliniques, prise

- en charge et pronostic au centre de sante de référence de la commune II de Bamako. Thèse de médecine ; USTTB ; 2020 ; 85p.
40. **Aw M.** Hépatite B et grossesse : évaluation des stratégies de prévention de la transmission mère-enfant dans les dans les centres hospitaliers de Ziguinchor. Thèse de médecine ; Université Assane Seck ; Ziguinchor; 2020; 177p.
41. **Bahoken R.** Portage de l'antigène HBs chez les femmes enceintes suivies au service de Gynéco obstétrique du CHU Point-G. Thèse de médecine ; USTTB ; 2021 ; 97p.

ANNEXES :

FICHE D'ENQUETE N°..... Date : / / /2024

I- CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Q1) a- Nom :, Prénom :

b- Age en année /..... / 1= ≤ 19 ;2=[20-34] ;3= ≥35

Q2) Provenance :/.../ 1=commune I, 2=commune II ,3=commune

III,4=commune IV ,5=commune V,6=commune VI, 7 = Hors Bamako

Q3) Ethnie /... / 1=Bambara, 2=Soninké, 4=Bozo, 5=Malinké, 6=Peulh,

7=Sonrhaï 8= Mianka, 9=Dogon, 10=Sénoufo,

Q4) Statut matrimonial:/.../ 1=mariée,2=celibataire,3= veuve,4=divorcée

Q5) Regime matrimonial : /.../ 1 = monogamie , 2=polygamie

Q6) Niveau d'étude / ... / 1= Non scolarisée,2=Primaire, 3=Secondaire,

4=Supérieur,

Q7) Profession / ... / 1= Femme de ménage, 2= Travailleuse de sexe,

3=Etudiante 4=Commerçante ,5=Agent de santé,6= Fonctionnaire ;7= Aide-ménagère ;8=Couturière

II- ANTECEDENTS FAMILIAUX

Q8) Avez-vous un parent qui a contracté une maladie hépatique ? /.../ ;1=

Hépatite B,2=Cirrhose ;3= Carcinome hépato-cellulaire,

Q9) Autres maladies ? /..... / 1=Diabète ;

2=HTA ;3 =Drépanocytose ;4=Asthme ;5= VIH

III-ANTECEDENTS PERSONNELS

Q10) Avez-vous d'autres maladies ? /.../

1=Diabète ;2=HTA ;3=Drépanocytose ;4=Asthme ;5=VIH ;6=Hépatite B

Q11). Chirurgicaux ? /.... / 1=Césarienne ;2=Myomectomie ;3=Kystectomie de l'ovaire ; 4= Cure de GEU ;5=Appendicectomie ;6=Cure de prolapsus génital

Q12) Gynécologiques

a- Ménarche en année : /..../ 1= Inf. à 13 ans ;2=Sup à 13 ans

b- Régularité du cycle /.../ 1=Régulier,2=Irrégulier

c- Durée des règles /...../ 1 = 3-6 jours ;2 = ≥ 7 jours

d- Leucorrhées pathologiques /...../ 1= Oui ;2= Non

e-Dyspareunie : /...../ 1=Oui ;2=Non

f-Contraception : /...../ 1=Non ;2= Depo-provera ; 3= Jadel ;4=

Implanon ;5=DIU

Q13 Obstétricaux :

a- Gestité: /... . / 1=Primigeste ;2=Pauci geste ;3=Multigeste ;4=Grande Multigeste

b- Parité : /...../1=Primipare ;2 =Pauci pare ;3=Multipare 4=Grande Multipare

c- Enfants vivants : / / 1 = ≤ 4 ; 2 = ≥ 5

d- Enfants décédés : /... . / 1= Non ;2 = ≤ 4 ;3 ≥ 5

e- Avortements : /... . / 1= Oui ;2 = Non

Q14) Facteurs de risque : /..... / 1= Tatouage ;2 = Excision ;3 = Transfusion sanguine ;4 = Partenaires Multiples ;5= Piercings ;6 = Toxicomanie intraveineuse ;7 = Scarifications

Q15) Vaccination contre Hépatite B:/...../ 1 = Oui ;2 = non

a- Information sur hépatite B : /...../ 1 = Non,2 = Radio ;3 = Télé ;4 = Agent de sante,5 = Ecole

b-Avez-vous une proche qui a une hépatite B ? /.../ 1 = Oui ; 2 = Non ;3 = Ne sait pas

c- Est-ce qu'elle a été vaccinée ? /.../ 1 = Oui ;2 = Non ;3 = Ne sait pas

IV- Admission

Q16) Mode d'admission : /...../ 1 = Venue d'elle -même ;2 = Référée

Q17) Motif d'admission : /...../ 1 = Travail d'accouchement ; 2 = Rupture prématurée des membranes ;3 = CPN ;4 = Ag HB s positif ; 5 = Utérus cicatriciel ;6 = Grande multiparité

Q18) SIGNES FONCTIONNELS :

a- Avez-vous eu à faire des nausées ? /.../ 1 = Oui, 2 = Non

b -Avez-vous eu à faire des vomissements ? /.../ 1 = Oui, 2 = Non

c-Avez-vous eu à faire des céphalées ? /.../ 1 = Oui, 2 = Non

d-Avez-vous eu à faire des frissons ? /.../ 1 = Oui, 2 = Non

e-Avez-vous eu à faire des arthralgies ? /.../ 1 = Oui, 2 = Non

f-Avez-vous eu à faire des myalgies ? /.../ 1 = Oui, 2 = Non

g-Avez-vous des urines marrons ou foncées ? /.../ 1 = Oui, 2 = Non

h-Avez-vous des selles décolorées ? /.../ 1 = Oui, 2 = Non

i-Avez-vous des démangeaisons ? /.../ 1 = Oui, 2 = Non

Q19) SIGNES PHYSIQUES

a -Ictère ? /.../1 = Oui, 2 = Non

b-Fièvre ? /.../1 = Oui, 2 = Non

c- Douleurs abdominale ? /.../ 1 = Oui, 2 = Non

d- Myalgie ? /.../ 1 = Oui, 2 = Non

e-Arthralgie ? /.../ 1 = Oui, 2 = Non

f -Amaigrissement ? /.../ 1 = Oui, 2 = Non

g-Ascite ? /.../ 1 = Oui, 2 = Non

h-Jaunisse sous la langue ? /.../ 1 = Oui, 2 = Non

i – Pâleur ? /...../ 1 : Oui ,2 : Non

Q20) -Information sur la grossesse en cours :

a - Date des dernières règles :/...../ 1 = Connue, 2= Inconnue

b-Age de la grossesse :/en semaine d'aménorrhée (S A), 1 = < 37 ; 2 = ≥ 37

c-Nombre de CPN : /.... / 1 = 1 à 3 ; 2 = 4 à 5 ; 3 = ≥ 6,

d-Auteur de CPN : /.../1 = Gynécologue obstétricien ; 2 = Médecin généraliste ; 3 = Sage- femme.

e-Lieu de CPN :/..../ 1 = Cs réf C1 ; 2 = Hors Cs réf

Q21) EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

a- Avez-vous dépisté à quel âge de la grossesse ? /.../ 1 = 24 SA à 28SA ; 2 = 32SA à 32SA ; 3 = 33SA et plus ; si autre,

préciser...../

b- Avez-vous eu à faire Ag HB e /.../ 1 = Non; 2 = Positif ;3 = Négatif

c- AC Anti HB e : / .../ 1 : Positif ;2 :Négatif

d- AC Anti-VHC ; ASAT :..... ;ALAT:.....; TP:.....; Score d'APRI: /.../ 1:

< 0,66;2: $\geq 0,66$; NFS ; Plaquettes:.....; Tx d'Hb :1= ≤ 11 g/dl,2= >

11g/dl..... FOGD:/.../ 1 : normale ;2 : signe d'HTP, Score d'APRI=(

ASAT*100/ASAT ref)/plaquettes.

e- Avez-vous eu à faire la prévalence du VIH ? /.../ 1 = Non ; 2 = Positif ;3 = Négatif

f-Avez-vous eu à faire la charge virale ? /...../ 1 = indétectable ; 2 = < 2000 UI ;3 : > 2000UI

g-Echographie du foie :1 : Normal 2 :foie dysmorphie 3 :Hépatomégalie homogène 4 :Hépatomégalie hétérogène 5 :Dilatation du tronc portale et la veine splénique

h-Avez-vous reçu une fiche de consultation hépato-gastro-entérologie avant et après l'accouchement ? /.../ 1 = Oui ; 2 = Non

i- Avez-vous reçu un traitement ? /.../ 1 = Oui ; 2 = Non

j-Quelle molécule:/.../ 1 = Lamivudine ; 2 = Ténofovir ; 3 = Ribavirine ; 4 = Interféron Pégylé alpha ;5 = Interféron ; 6 =Traitement traditionnel ; 7= Aucune Molécule

k- Evolution sous traitement ? /.../ 1=Favorable, 2=Non favorable ;3= Abandon

V-Accouchement

a- membranes:/...../ 1 : rupture prématurée 2 : rupture précoce 3 : rupture tempestive

b-mode d'accouchement ? /.../ 1 = Voie basse simple ;2 = Voie

Basse avec Manœuvre et préciser le type /.../ a : Ventouse, b : Attitude de vermeline, c : Attitude de Bracht

3 = Voie haute ;

VI- Le nouveau-né:/. . . /

Q22) : 1 = Vivant(e) ; 2 = mort-né frais ; 3 = mort-né macéré,

Q23) : Sexe : 1 = Masculin ; 2 = Féminin

Q24) : Score d'Apgar (1ere Min) /.... / 1 = < 6 ; 2 = ≥ 6

Q25) : Taille : /...../ 1 = < 46 ; 2 = ≥ 47

Q26) : Poids : /..... / 1 = inf. 2500 g ; 2 = 2500-3999 g ; 3 = 4000g et plus

Q27) Bain antiseptique ? /.../, 1 = Oui ; 2 = Non

Q28) Sérovaccination après l'accouchement ? /.../ 1 = Oui ; 2 = Non

Q29) Molécule ? /...../ 1 = Immunoglobuline ; 2 = Vaccin ; 3 = 1 et 2 ; 4 = Ni

vaccin ni Immunoglobuline

Q30) : Délai d'administration /.... / 1 = inf. 12h ; 2 = 12-24 h ; 3 = sup 24h ; 4 =

Ni vaccin ni Immunoglobuline

Q31) Dépistage d'AgHBs du nouveau-né ? /.../ 1 = Oui ; 2 = Non

Q32) Résultat ? /.../ 1 = Positif ; 2 = Négatif ; 3 = Aucun

Q33) Traitement /...../ 1 = Oui ; 2 = Non

Q34) Evolution /.... / 1 = Favorable ; 2 = Non Favorable ; 3 = Ne sais pas

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Sountoura

Prénom : Lassina

Année universitaire : 2026-2027

Date de naissance : 11/10/1998

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

Titre : Hépatite B et grossesse au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

Résumé :

But : Etudier l'hépatite B et grossesse au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

METHODOLOGIE : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec une collecte prospective des données allant du 1^{er} Août 2024 au 31 Juillet 2025 qui a été réalisée au service de gynécologie -obstétrique du centre santé de référence de la commune I

Résultat : Notre étude nous a permis d'obtenir une prévalence de 1,17 % plaçant cette population d'étude dans une zone d'endémicité faible . L'âge moyen de nos patientes était 27 ans +/- 6,8 avec des extrêmes 16 ans et 45 ans. Nos patientes étaient des pauci-pares dans 38,1% des cas , 59,5% de ces femmes étaient des femmes au foyer avec 53,6 % des non scolarisées. 71,4% de nos patientes avaient été vu en première fois à la consultation prénatale entre 12 SA et 24 SA et 23,8% de nos patientes avaient un antécédent médical d'hypertension artérielle et 16,7% avaient un antécédent chirurgical d'appendicectomie . Les excisions et les partenaires sexuels multiples étaient les facteurs de risque les plus retrouvés associés aux transfusions sanguines . Les signes cliniques étaient majoritairement dominés par des douleurs

abdominales à 89,3% suivis des fièvre 70,2% . L'anémie était présente chez 39,29 % de nos patientes ; une réplication virale (Ag HBe) était retrouvé chez 31% des cas et la charge virale était élevée dans 33,3% des cas .L'échographie abdominale était normale dans 78,05% des cas et la fibrose était significative selon le score d'APRI chez 17,07% des cas . L'évolution était favorable avec une charge virale indétectable chez 91,5% de nos patientes et la sérovaccination était absente chez 7,3% de nos nouveau -nés.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples,
devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême,
d'être fidèle aux lois de l'honneur et

de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances
médicales contre les lois de l'humanité.

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

JE LE JURE !!!