

Ministère de l'Éducation ; l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année universitaire 2020 -2021

THEME

Thèse N° :..... /

**PORTAGE DE L'ANTIGENE HBS CHEZ LES
FEMMES ENCEINTES SUIVIES AU SERVICE DE
GYNECO-OBSTETRIQUE DU CHU POINT-G**

Présenté et Soutenu publiquement le 21/06/2021 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

BAHOKEN BEKOL Alain Raoul

Pour l'obtention du Grade de Docteur en médecine (Diplômé d'Etat)

JURY

Président : Pr. Tioukani Augustin THERA
Membre: Dr. Sanra Déborah SANOGO
Membre : Dr. Mamadou SIMA
Co-Directeur : Dr. Jean Paul DEMBELE
Directeur : Pr. Soukalo DAO

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

ADMINISTRATION

DOYEN : **M. Seydou DOUMBIA** - Professeur

VICE-DOYENNE : **Mme Mariam SYLLA** - Professeur

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : **M. Mozon TRAORÉ** - Maître-assistant

AGENT COMPTABLE : **M. Yaya CISSE** - Inspecteur de trésor

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

1. M. Yaya FOFANA	Hématologie
2. M. Mamadou L. TRAORÉ	Chirurgie Générale
3. M. Mamadou KOUMARÉ	Pharmacologie
4. M. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
5. M. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
6. M. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
7. M. Sinè BAYO	Anatomie-pathologie et Histo-Embryologie
8. M. Sidi Yaya SIMAGA	Santé-Publique
9. M. Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
10. M. Boulkassoum HAIDARA	Législation
11. M. Boubacar Sidiki CISSÉ	Toxicologie
12. M. Massa SANOGO Chimie	Analytique
13. M. Sambou SOUMARÉ	Chirurgie Générale
14. M. Abdou Alassane TOURÉ	Orthopédie-Traumatologie
15. M. Daouda DIALLO	Chimie-générale et Minérale
16. M. Issa TRAORÉ	Radiologie
17. M. Mamadou K. TOURÉ	Cardiologie
18. Mme. Sy Assitan TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
19. M. Salif DIAKITÉ	Gynéco-Obstétrique
20. M. Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologue
21. M. Abdel Karim KOUMARÉ	Chirurgie générale
22. M. Amadou DIALLO	Zoologie-biologiste
23. M. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
24. M. Kalilou OUATTARA	Urologie
25. M. Mahamdou DOLO	Gynéco-Obstétrique
26. M. Baba KOUMARÉ	Psychiatrie
27. M. Boubou DIARRA	Bactériologie
28. M. Brehima KONARÉ	Bactériologie-Virologie
29. M. Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie
30. M. Souleymane DIALLO	Pneumologie

31. M. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
32. M. Seydou DIAKITÉ	Cardiologie
33. M. Amadou TOURÉ	Histo-Embryologie
34. M. Mahamadou Kalilou MAIGA	Néphrologie
35. M. Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
36. M. Djibril SANGARÉ	Chirurgie générale
37. M. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
38. M. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologue
39. M. Alhousseini AG MOHAMED	O.R.L
40. Mme.Traoré J. THOMAS	Ophthalmologie
41. M. Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
42. Mme. Habibatou DIAWARA	Dermatologie
43. M. Yéya Tiémoko TOURÉ	Entomologie-Médicale Biologie Cellulaire
44. M Seko SIDIBÉ	Orthopédie-Traumatologie
45. M Adama SANGARÉ	Orthopédie-Traumatologie
46. M. Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
47. Mme. SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
48. M. Adama DIAWARA	Santé Publique
49. Mme Fatoumata Sambou DIABATE	Gynéco-Obstétrique
50. M. Bokary Y SACKO	Biochimie
51. M. Moustapha TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
52. M. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
53. M. Boubakar DIALLO	Cardiologie
54. M. Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
55. M. Hamar A TRAORE	Médecine Interne
56. M. Mamadou TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
57. M. Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
58. M. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
59. M Moussa I. DIARRA	Biophysique
60. M. Kassoum SANOGO	Cardiologie
61. M. Arouna TOGORA	Psychiatrie
62. M. Souleymane TOGORA	Stomatologie
63. M. Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
64. M Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
65. M Saharé FONGORO	Néphrologie
66. M. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
67. M. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
68. M. Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
69. M. Aly TEMBELY	Urologie
70. M. Tièman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
71. M. Zanafon OUATTARA	Urologie

- 72.M. Abdel Kader TRAORE Médecine interne
73.M. Bah KEITA Pneumo-Phtisiologie

LES ENSEIGNANTS DÉCÉDÉS

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| 1. M. Mohamed TOURÉ | Pédiatrie |
| 2. M. Alou BAH | Ophtalmologie |
| 3. M. Bocar SALL | Orthopédie-Taumatologie-Secouriste |
| 4. M. Balla COULIBALY | Pédiatrie |
| 5. M. Abdel Kader TRAORÉ DIT DIOP | Chirurgie générale |
| 6. M. Moussa TRAORÉ | Neurologie |
| 7. M Yéminégué Albert DEMBÉLÉ | Chimie Organique |
| 8. M. Anatole TOUNKARA | Immunologie |
| 9. M. Bou DIAKITÉ | Psychiatrie |
| 10. M. Boubacar dit Fassara SISSOKO | Pneumologie |
| 11. M. Modibo SISSOKO | Psychiatrie |
| 12. M. Ibrahim ALWATA | Orthopédie-Traumatologie |
| 13. Mme. TOGOLA Fanta KONIPO | O.R.L |
| 14. M. Bouraima MAIGA | Gynéco-Obstétrique |
| 15. M. Mady MACALOU | Orthopédie-Traumatologie |
| 16. M. Tiémoko D. COULIBALY | Odontologie |
| 17. M. Mahamadou TOURÉ | Radiologie |
| 18. M. Gangaly DIALLLO | Chirurgie Viscérale |
| 19. M. Ogobara DOUMBO | Parasitologie-Mycologie |
| 20. M. Mamadou DEMBÉLÉ | Chirurgie-générale |
| 21. M. Sanoussi KONATÉ | Santé Publique |
| 22. M Abdoulaye DIALLO | Ophtalmologie |
| 23. M Ibrahim ONGOIBA | Gynéco-Obstétrique |
| 24. M Adama DIARRA | Physiologie |
| 25. M Massambou SACKO | Santé Publique |
| 26. M. Mamby KEITA | Chirurgie Pédiatrique |

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R ET PAR GRADE

D.E.R CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. M. Nouhoum ONGOIBA | Anatomie et Chirurgie générale |
| 2. M. Youssouf COULIBALY | Anesthésie et Réanimation |
| 3. M. Djibo Mahamane DIANGO | Anesthésie et Réanimation |
| 4. M. Mohamed KEITA | Anesthésie-Réanimation |
| 5. M. Zimogo Zié SANOGO | Chirurgie générale |
| 6. M. Adégné TOGO | Chirurgie générale |
| 7. M. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ | Chirurgie générale |

8. M. Alhassane TRAORÉ	Chirurgie générale
9. M. Drissa TRAORÉ	Chirurgie générale
10.M. Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
11. M. Mohamed Amadou KEITA	O.R. L
12. M. Samba Karim TIMBO	O.R. L Chirurgie cervico-faciale chef de DER
13. M. Sadio YÉNA	Chirurgie cardio-Thoracique
14.M. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
15.M. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
16.M. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
17.M. Hamady TRAORÉ	Stomatologie

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
2. M. Broulaye Massaoulé SAMAKÉ	Anesthésie-Réanimation
3. M. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
4. M. Aladji Seidou DEMBÉLÉ	Anesthésie-Réanimation
5. M Lassana KANTE	Chirurgie Générale
6. M. Birama TOGORA	Chirurgie générale
7. M. Adama Konoba KOITA	Chirurgie générale
8. M. Bréhima COULIBALY	Chirurgie générale
9. M. Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
10. M. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie cardio-thoracique
11.M. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
12. M. Ibrahim TÉGUÉTÉ	Gynéco-Obstétrique
13. M. Youssouf TRAORÉ	Gynéco-obstétrique
14. M. Tioukani THERA	Gynéco-Obstétrique
15. M. Boubacar BAH	Odontostomatologie
16. M Lamine TRAORÉ	Ophtalmologie
17. Mme. Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
18. Mme. Doumbia Kadiatou SINGARÉ	O.R. L
19. M. Hamidou Baba SACKO	O.R. L
20. M. Siaka SOUMAORO	O.R. L
21. M. Mamadou Lamine DIAKITÉ	Urologie
22. M. Honoré Jean Gabriel BERTHÉ	Urologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHES

1. M. Youssouf SOW	Chirurgie Générale
2. M. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
3. M. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale

4. M. Amadou TRAORÉ	Chirurgie Générale
5. M. Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
6. M. Madiassa KONATÉ	Chirurgie Générale
7. M. Sékou Bréhima KOUMARÉ	Chirurgie Générale
8. M. Boubacar KAREMBÉ	Chirurgie Générale
9. M. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
10. M. Idriss TOUNKARA	Chirurgie Générale
11. M. Ibrahim SANKARÉ	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
12. M. Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
13. M. Amed BAH	Chirurgie-Dentaire
14. M. Seydou GUEYE	Chirurgie-Buccale
15. M. Issa AMADOU	Chirurgie-Pédiatrique
16. M. Mohamed Kassoum DJIRÉ	Chirurgie-Pédiatrique
17. M. Boubacary GUINDO	O.R. L-C.C.F
18. M. Youssouf SIDIBÉ	O.R. L
19. M. Fatogoma Issa KONÉ	O.R. L
20. Mme. Fadima Koreissy TALL	Anesthésie-Réanimation
21. M. Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
22. M. Hamadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
23. M. Moustapha Issa MANGANÉ	Anesthésie-Réanimation
24. M. Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
25. M. Mamadou Karim TOURÉ	Anesthésie-Réanimation
26. M. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
27. M. Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
28. M. Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
29. M. Siriman Abdoulay KOITA	Anesthésie-Réanimation
30. M. Mahamadou COULIBA	Anesthésie-Réanimation
31. M. Aboulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
32. M. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
33. Mme. Aissatou SIMAGA	Ophtalmologie
34. M. Seydou BAGAYOGO	Ophtalmologie
35. M. Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
36. M. Adama GUINDO	Ophtalmologie
37. Mme. Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
38. M. Addoulay NAPO	Ophtalmologie
39. M. Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
40. M. Bougadary COULIBALY	Prothèse Scellée
41. Mme. Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-Dento-Faciale
42. M. Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
43. M. Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
44. M. Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
45. M. Mamadou Salia DIARRE	Neurochirurgie
46. M. Moussa DIALLO	Neurochirurgie
47. M. Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie-Traumatologie

48. M. Laya TOURE	Orthopédie-Traumatologie
49. M. Mahamdou DIALLO	Orthopédie-Traumatologie
50. M. Louis TRAORE	Orthopédie-Traumatologie
51. Mme. Hapssa KOITA	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
52. M. Alfousseiny TOURE	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
53. M. Amady COULIBALY	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
54. M. Amadou KASSOGUE	Urologie
55. M. Dramane Nafo Cisse	Urologie
56. M. Mamadou Tidiane COULIBALY	Urologie
57. M. Moussa Salifou DIALLO	Urologie
58. M. Alkadri DIARRA	Urologie
59. M. Soumana Oumar TRAORE	Gynéco-Obstétrique
60. M. Abdoulaye SISSOKO	Gynéco-Obstétrique
61. M. Mamadou SIMA	Gynéco-Obstétrique
62. Mme. Aminata KOUMA	Gynéco-Obstétrique
63. M. Seydou FANÉ	Gynéco-Obstétrique
64. M. Amadou BOCOUM	Gynéco-Obstétrique
65. M. Ibrahima Ousmane KANTE	Gynéco-Obstétrique
66. M. Alassane TRAORE	Gynéco-Obstétrique

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme. Lydia B. SITA Stomatologie

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. M. Bakarou KAMATE Anatomie-Pathologie
2. M. Cheick Bougadari TRAORE Anatomie-Pathologie, **chef de DER**
3. M. Mamadou A. THERA Physiologie

MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHES

1. M. Djibril SANGARE Entomologie Moléculaire
2. M. Guimogo DOLO Entomologie Moléculaire Médicale
3. M. Bakary MAIGA Immunologie
4. Mme. Safiatou NIARE Parasitologie-Mycologie
5. M. Karim TRAORE Parasitologie-Mycologie
6. M. Moussa FANE Parasitologie Entomologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. M. Bourama COULIBALY Anatomie Pathologie
2. M. Mamadou MAIGA Bactériologie-Virologie
3. M. Aminata MAIGA Bactériologie-Virologie
4. Mme. Djeneba Bocar MAIGA Bactériologie-Virologie

5. Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie
6. M. Mamadou BA	Biologie/Parasitologie Entomologie-Médicale
7. M. Boubacar Sidiki I. DIAKITE	Biologie-Médicale Biochimie Clinique
8. M. Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
9. M. Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
10. M. Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
11. M. Nouhoum SACKO	Hématologie/Oncologie/Cancérologie
12. M. Sidi Boula SISSOKO	Histologie Embryologie Cytogénétique
13. M. Saidou BALAM	Immunologie
14. M. Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
15. M. Abdoulaye KONE	Parasitologie-Mycologie
16. M. Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie
17. Mme. Mariam TRAORE	Pharmacologie
18. M. Bamodi SIMAGA	Physiologie
19. M. Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
20. M. Bassirou DIARRA	Recherche-biomédicales
21. M. Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. M. Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
2. Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3. M Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
4. M. Moussa KEITA	Entomologie-Parasitologie

D.E.R DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. M. Adama Diaman Keita	Radiologie et Imagerie Médicale
2. M. Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
3. M. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
4. M. Boubacar TOGO	Pédiatrie
5. M. Moussa T. DIARRA	Hépto-Gastro-Entérologie
6. M. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
7. M. Ousmane FAYE	Dermatologie
8. M. Youssoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
9. M. Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie, chef de DER
10. Mme. Mariam SYLLA	Pédiatrie
11. Mme. Fatoumata DICKO	Pédiatrie
12. M. Souleymane COULIBALY	Psychiatrie
13. M. Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale
14. M. Ichiaka MENTA	Cardiologie

MAITRES DE CONFÉRENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Mme. KAYA Assetou SOUCKO | Médecine Interne |
| 2. M. Abdoul Aziz DIAKITE | Pédiatrie |
| 3. M. Idrissa Ah. CISSE | Rhumatologie |
| 4. M. Mamadou B. DIARRA | Cardiologie |
| 5. M. Ilo Bella DIALL | Cardiologie |
| 6. M. Souleymane COULIBALY | Cardiologie |
| 7. M. Anselme KONATE | Hépto-Gastro-Entérologie |
| 8. M. Japhet Pobanou THERA | Médecine Légale/ Ophtalmologie |
| 9. M. Adama Aguisa DICKO | Dermatologie |

MAITRE ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. M. Mahamadoun GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. M. Salia COULIBALY | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 3. M. Konimba DIABATE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 4. M. Adama DIAKITE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 5. M. Aphou Sallé KONE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 6. M. Mory Abdoulaye CAMARA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 7. M. Mamadou N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 8. Mme. Hawa DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 9. M. Issa CISSÉ | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 10. M. Mamadou DEMBELE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 11. M. Ouncoumba DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 12. M. Ilias GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 13. M. Abdoulaye KONE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 14. M. Alassane KOUMA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 15. M. Aboubacar Sidiki N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 16. M. Souleymane SANOGO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 17. M. Ousmane TRAORE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 18. M. Boubacar DIALLO | Médecine Interne |
| 19. Mme. Djenebou TRAORE | Médecine Interne |
| 20. M. Djibril SY | Médecine Interne |
| 21. Mme. Djéneba DIALLO | Néphrologie |
| 22. M. Hamadoun YATTARA | Néphrologie |
| 23. M. Seydou SY | Néphrologie |
| 24. M. Hamidou Oumar BA | Cardiologie |
| 25. M. Massama KONATE | Cardiologie |
| 26. M. Ibrahim SANGARE | Cardiologie |
| 27. M. Youssouf CAMARA | Cardiologie |
| 28. M. Samba SIDIBE | Cardiologie |
| 29. Mme. Asmaou KEITA | Cardiologie |
| 30. M. Mamadou TOURE | Cardiologie |

31. Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
32. M. Mamadou DIAKITE	Cardiologie
33. M. Boubacar SONFO	Cardiologie
34. Mme. Mariam SAKO	Cardiologie
35. Mme. Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
36. Mme. Hourouna SOW	Hépto-Gastro-entérologie
37. Mme. Sanra Débora SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
38. M. Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicale
39. M. Abdoulaye M. TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicale
40. M. Yacouba COSSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicale
41. M. Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicale
42. M. Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicale
43. M. Mamadou AC. CISSE	Médecine d'Urgence
44. M. Seydou HASSANE	Neurologie
45. M. Guida LANDOURE	Neurologie
46. M. Thomas COULIBALY	Neurologie
47. M. Adama S SOSSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
48. M. Diangina dit Nouh SOUMARE	Pneumologie
49. Mme. Khadidia OUATTARA	Pneumologie
50. M. Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
51. M. Souleymane dit P COULIBALY	Psychiatrie
52. Mme. Siritio BERTHE	Dermatologie
53. Mme. N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
54. Mme. Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
55. Mme. Mamadou GASSAMA	Dermatologie
56. M. Belco MAIGA	Pédiatrie
57. Mme. Djeneba KONATE	Pédiatrie
58. M. Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
59. M. Karamoko SANOGO	Pédiatrie
60. Mme. Fatoumata Léoni DIAKITE	Pédiatrie
61. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
62. Mme Djénéba SYLLA	Pédiatrie
63. M. Djigui KEITA	Rhumatologie
64. M. Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
65. M. Drissa Massa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
66. M. Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
67. M. Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. M. Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
2. M. Yacouba FOFANA	Hématologie
3. M. Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie

9. M. Mamadou KARAMBE	Neurologie
10. Mme. Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
11. M. Alassane PEROU	Radiologie
12. M. Boubacar ZIBEIROU	Physique
13. M. Boubakary Sidiki MAIGA	Chimie-Organique
14. Mme. Doulata MARIKO	Stomatologie
15. M. Issa COULIBALY	Gestion
16. M. Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
17. M. Souleymane SAWADOGO	Informatique
18. M. Brahima DICKO	Médecine Légale
19. Mme Tenin KANOUTE	Pneumo-Phtisiologie
20. M. Bah TRAORE	Endocrinologie
21. M. Modibo MARIKO	Endocrinologie
22. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
23. M. Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
24. M. Aboubacar Sidiki Tissé KANE	OCE
25. Mme Rokia SANOGO	Médecine traditionnelle
26. M. Benoît Y KOUMARE	Chimie Générale
27. M. Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
28. M. Mamadou BAH	Chirurgie-Buccale
29. M. Baba DIALLO	Epidémiologie
30. M. Mamadou WELE	Biochimie
31. M. Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
32. M. Tietie BISSAN	Biochimie
33. M. Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
34. M. Babou BAH	Anatomie

ENSEIGNANTS EN MISSION

1. M. Lamine GAYE	Physiologie
-------------------	-------------



**DEDICACES ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

A Toi, mon DIEU, mon Seigneur et mon Roi : Quand tu dis OUI Seigneur, qui donc peut dire NON ? Si Dieu est pour moi, qui peut être contre moi ? Que d'années se sont écoulées...Mais j'y suis parvenu. Merci Seigneur...Tout ce que je suis, je le suis par ta grâce. Mon cœur est dans l'allégresse Seigneur, car tu m'as fait la grâce de te connaître, de t'appartenir, de t'aimer...C'est toi qui m'a séduit, consolé, guéri, restauré ; tu m'a aimé le premier. Ton amour Seigneur m'a donné la force d'avancer année après année. Aujourd'hui, je veux te dire encore Seigneur que je t'aime de tout mon cœur, de toute mon âme, de toute ma force même s'il m'arrive de t'être infidèle. Tu es mon berger, ma force, mon refuge, ma sécurité, ma providence, Celui qui prend soin de moi, mon avenir est entre tes mains, ma vie t'appartient. Tu es Seigneur, Celui qui écrit droit sur des lignes courbes, Celui qui appelle à l'existence les choses qui n'existaient pas comme si elles existaient. De toi seul, j'attends la vie....Si mon cœur se tait Seigneur, mon silence t'adore...Gloire sans fin au Père, au Fils et au Saint Esprit. Que ma bouche chante éternellement ta louange. Amen

A mon père BOUAISOKOK BEKOL,

Papa ce travail est le tien. Tu as guidé mes premiers pas dans la vie ; tu m'as appris le sens du travail, de la responsabilité, de la morale, de la dignité et de l'humilité. Tu es un exemple pour toute la famille car tu es un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et envers les autres. Merci pour tes prières, pour ton soutien inconditionnel aussi bien moral, affectif, matériel ou financier. A travers ce travail, j'espère te rendre aussi fier de moi que je le suis de toi. Tu es mon modèle d'homme. Que le Seigneur t'accorde longue vie et te garde en santé pour qu'un jour je puisse te faire bénéficier du fruit de tes efforts.

A ma mère Madeleine BEKOL,

Me donner la vie est le plus beau cadeau que tu m'ais fais. Femme affectueuse, femme généreuse, femme travailleuse, femme patiente, femme courageuse, femme vertueuse, telles sont les qualités qui font de toi une personne admirable. Tout ce que je suis aujourd'hui c'est à toi que je le dois. Les mots me manquent pour t'exprimer ma gratitude pour tous les sacrifices que tu fais chaque jour pour mes frères et moi afin que nous ne manquons de rien. Soit rassurée que tes leçons me suivront toujours. Que l'Eternel le tout puissant te bénisse et te garde longuement auprès de nous.

A Prudence OMAM

Ma bien aimé, ma **BDF** comme j'aime bien t'appeler. Forte, dynamique, généreuse, patiente, gracieuse et aimante sont les qualificatifs qui te vont le mieux et qui ont su te faire gagner mon estime. Je ne saurais jamais assez te remercier pour tout le bonheur que tu m'as apporté. Le parcours n'a pas toujours été facile, mais avec l'aide du Seigneur, nous avons toujours pu surmonter tout les obstacles. Sache que je suis fier de la femme que tu es. Daigne le Seigneur demeurer notre guide. Merci

A mon fils OWEN ANDREW

Je remercis le Seigneur de t'avoir fait entrer dans ma vie. Ta présence dans ma vie m'a rendu plus fort, plus humain, plus sage, m'a donné une raison supplémentaire de vivre et de repenser mon avenir. Merci pour cette attention et cet amour inconditionnel que tu me donnes au quotidien. Puisse le Seigneur te donner la crainte de son nom et puisse m'aider à faire de toi un homme intègre.

REMERCIEMENTS

➤ **A mon pays le Cameroun,**

Berceau de nos ancêtres, terre sacrée et de prospérité

➤ **A mon pays d'accueil, le Mali,**

Terre d'adoption et d'hospitalité ; merci pour l'enseignement que vous m'avez donné. L'amour et la solidarité dont vous faites preuve ne cesse de rendre mon séjour agréable.

➤ **Au Professeur Sounkalo DAO,**

Tout ce travail est votre oeuvre, je suis parvenu à cette étape parce que vous avez su guider mes pas. Votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait, votre humanisme et votre modestie illustrent vos qualités d'homme de science. C'est l'occasion pour moi cher maître de vous exprimer mes sincères remerciements.

➤ **A Docteur Jean Paul DEMBELE,**

Votre sagesse, votre faculté d'écoute, votre simplicité sont des qualités professionnelles qui ont suscités en nous admiration et confiance. Respecté et respectable, votre exemple restera pour nous une référence. Soyez assuré, cher maître de notre profonde gratitude et de notre attachement fidèle.

➤ **Aux internes du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) du CHU du POINT-G: Aristide SOHE, Aicha DEGA, Anna ODJO, Essenam AKAKPO, Maimouna DIAWARA , Bamody SIDIBE, Abdoul karim SANGARE, Sadio BA, Jaurel MONKAM, Oumou SANOGO, Ismael NDIOUNANE, Limane VELTOMTOH, Sininta MODIBO.**

Avec vous j'ai d'avantage appris la notion du vivre ensemble et d'entraide. Merci à chacun d'entre vous pour la collaboration et les moments partagés.

➤ **A tout le personnel du SMIT du CHU du POINT-G**

Merci pour l'accueil, la courtoisie et les conseils, je ne vous oublierai pas

➤ **A l'Association des Elèves , Etudiants et Stagiaires Camerounais au Mali (AEESCM) et aux différentes promotions: CESAR, DEGAULLE, SPARTE, ASTURIE, STATE, TROIE, ROME, PARIS, ALSACE, PANAME, MARSEILLE, MADRID, ASGARD, TITAN, VICTORIA, JOSS.**

➤ **A LA PROMOTION ALSACE (Allons Loyalement et Solidairement Avec Courage vers l'Excellence),**

Ma promotion de Coeur, merci pour les moments passés ensemble, vous avez été pour moi une véritable famille. Daigne le Seigneur nous permettre d'être à l'image du nom de notre promotion.

➤ **A Constantin BAYIMBA,**

Merci pour les efforts déployés envers ma personne, dès mon arrivée au Mali, tu m'as pris sous ton aile et tu m'as soutenu de façon irréprochable. Merci pour tout.

➤ **Au Dr Clémence MATCHIM**

Je te remercie pour toute la considération que tu as toujours eue à mon égard, tu m'as toujours considéré comme ton petit frère et tu as toujours été là pour moi, je ne saurais avoir suffisamment de mots pour te remercier, que le Seigneur puisse te récompenser pour tes efforts.

➤ **Au Dr Grace TEPONDJOU,**

J'ai trouvé en toi une grande-soeur aimable, à l'écoute et toujours prête à apporter des conseils et ton aide. Que le Seigneur demeure ton guide.

- **A mes frères et soeurs: Rodrigue BATOUANEN , Serge Valery BAKAK, Judith Love ONGBALEHEN, Pierre Junior OPEKOL et Loic Arnold Fred BEKOL,**

Merci pour le soutien infallible que vous m'avez accordé chaque fois que le besoin s'est fait sentir, vous m'avez accompagné aussi bien dans les bons et les mauvais moments, ce travail est en partie votre oeuvre. Que le Seigneur nous permettent de toujours demeurer unis.

- **A mon groupe d'étude: Ali SOULEYMANOU, Serge TCHUENTE, Prudence OMAM, Cynthia SENDJONG,**

Merci!!! Je n'y serais jamais arrivé sans vous. Que Dieu fasse de nous des médecins selon son Coeur.

- **A mes amis Ali SOULEYMANOU, Borel KAMDEM, Lafortune LELE.**

Vous avez été des frères, nous avons passé de beaux moments ensemble, vous avez toujours été là pour moi, permettez moi à travers ce travail de vous témoigner ma gratitude,

- **A mes enfants de Bamako: Alida Ngueking, Christian TAGOMO, Armel Djoumessi, Joel LADO, Léo SIEWE,**

Merci pour les bons moments passés ensemble.

- **A mes frères de Bamako: Dr Thierry FONGANG, Dr Tatiana PUENDJEU, Dr Marcelle-Paul TAYUE, Dr Mylene DONFACK, Dr Florent TCHIENCHEU, Loic Ngantchou, Ines NZOUEKEU,**

Avec vous je me suis sentis écoutés, aimés et encadrés, merci pour votre présence et pour tout les moments passés ensemble.

- **A mes aînés et Docteur: Dr Kevin Niasan, Dr John WAANI , Dr Arnaud GBERI, Dr Martial FASSEU , Dr Ernest FOGUE, Dr Mike TADJIE, Dr Avelino NGUENG, Dr Joel OUABO, Dr Grace TEPONDJOU, Dr Clémence MATCHIM, Dr Mylene DONFACK, Dr Van Jules Nkamen, Dr Stephane OWONA, Dr Patrick BOLEGA, Dr Anicia MBALLA, Dr Adrien FONGANG, Ibrahim MVOUTSI, Dr Yvan ATANGANA, Dr Brisse NDEMFAK, Dr Anicet SONKWE, Dr Thierry FONGAN.**

Merci pour votre aide, pour vos conseils, vous m'avez été d'un très grand soutien.
Merci pour tout.

- **A mes amis :Dr Danielle SIMO, Dr Marcelle-Paule TAYUE, Ulrich LEMALE,**

Merci pour votre présence et la considération dont vous avez toujours fait preuve à mon égard.

- **A mes cadets: Franck Marcelle KOTTO, Emerson, San junior**

Merci pour tout.

A decorative scroll border with a black outline and rounded corners, framing the central text.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

❖ A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Tioukani Augustin THERA

- ↳ **Professeur agrégé en gynécologie-obstétrique**
- ↳ **Chef de service de la gynécologie-obstétrique du CHU du Point-G**
- ↳ **maître de conférence agrégé à la FMOS**
- ↳ **Membre de la société malienne de gynécologie-obstétrique**
- ↳ **Membre de la société africaine de gynécologie-obstétrique**

Cher Maitre

Permettez-nous de vous remercier pour ce grand honneur que vous nous faites en acceptant de presider ce jury.

Votre qualité d'écoute, de compréhension et votre simplicité sont admirables

Votre rigueur dans le travail, votre sens élevé du travail bien fait, votre disponibilité associée à vos valeurs humaines font de vous un maître exemplaire.

Recevez ici, cher maître, le témoignage de notre profonde gratitude.

❖ A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Dr Mamoudou SIMA

↳ **Gynécologue obstétricien**

↳ **Maitre-assistant en gynécologie obstétrique**

↳ **Praticien hospitalier**

Chère maître,

Vos qualités d'homme de science, votre dévouement, votre courage et votre sens élevé d'humanisme font de vous un médecin très sollicité. Auprès de vous, nous avons su vous apprécier à votre juste valeur.

Trouvez ici cher maître l'expression notre profond respect.

❖ A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Sanra Deborah SANOGO

↪ **Maitre assistante à la FMOS.**

↪ **Spécialiste en Hépatogastro-entérologie.**

↪ **Médecin praticien au CHU du POINT-G**

↪ **Membre de la Société Malienne de l'Appareil Digestif
(SOMMAD)**

Chère maître,

Nous avons été particulièrement impressionnés par la simplicité, la sympathie, le sens dévoué du travail, le suivi et l'encadrement des étudiants dont vous faites preuves au quotidien. Merci de pouvoir juger ce travail. Soyez assurée cher maître, de nos remerciements les plus sincères.

❖ **A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

Docteur Jean Paul DEMBELE

↪ **Médecin infectiologue**

↪ **Praticien hospitalier du CHU du Point-G**

↪ **Maitre-assistant à la FMOS**

↪ **Sécrétaire aux relations extérieures et aux affaires sociales de la Société
Maliennne de Pathologie Infectieuse et Tropicale (SOMAPIT)**

↪ **Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI)**

↪ **Membre du conseil d'administration du CHU du Point-G**

Chère maître,

Nous avons apprécié votre simplicité, vos qualités intellectuelles et humaines. Passionné du travail bien fait, intransigeant de vos principes, soucieux de notre formation, vous êtes pour nous un modèle de réussite et surtout de courage. Puisse Dieu soutenir vos projets futurs.

❖ A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Sounkalo DAO

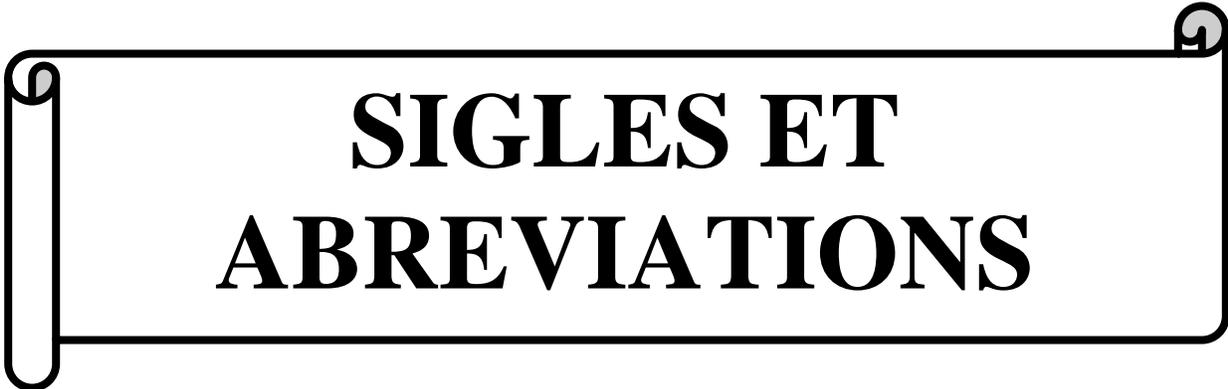
- ↪ **Professeur titulaire de Maladies Infectieuses et Tropicales**
- ↪ **Responsable de l'enseignement de Maladies Infectieuses à la FMOS**
- ↪ **Investigateur clinique au Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC)**
- ↪ **Coordinateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Maladies Infectieuses et Tropicales**
- ↪ **Président de la Société Malienne de Pathologies Infectieuses et Tropicales (SOMAPIT)**
- ↪ **Membre de la Société Africaine de Pathologies Infectieuses (SAPI)**
- ↪ **Membre du Collège Ouest Africain des Médecins**
- ↪ **Chef du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du Point-G**

Cher maître,

Nous tenons à vous témoigner toute notre reconnaissance pour avoir accepté de diriger ce travail malgré vos multiples et importantes occupations.

Professeur émérite, votre générosité, votre modestie, votre rigueur et votre désir permanent de perfectionnement dans tout travail scientifique font de vous un maître exemplaire et reconnu de tous.

Qu'Allah vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de vos explications enrichissantes.



SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABBREVIATIONS

Ac : Anticorps

ADV : Adéfovir Disoproxil

ADN : Acide désoxyribonucléique

Ag: Antigène

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

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

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

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

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

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

ALAT : Alanine amino-transférase

ASAT : Aspartate amino-transférase

BPN : Bilan Prénatal

CHC : Carcinome hépatocellulaire

CHN-YO : Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPN : Consultation Prénatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRef : Centre de Santé de Référence

ETV : Entecavir

FC: Fréquence Cardiaque

FR : Fréquence Respiratoire

GGT : Gamma Glutamyl Transpeptidase

GO : Gynéco-Obstétrique

HAS : Haute Autorité de Santé

Hb : Hémoglobine

HC : Hépatite Chronique

IgG : Immunoglobuline G

IgM : Immunoglobuline M

IMC: Indice de Masse Corporelle

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LAM : Lamivudine

ml : Millilitre

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Phosphatase Alcaline

SMIT : Service de Maladies Infectieuses et Tropicales

T° : Température

TA : Tension Artérielle

TAF : Ténofovir Alafenamide

TDF : Ténofovir Disoproxil Fumarate

TEV : Telbuvudine

TP: Taux de Prothrombine

VHB : Virus de l'hépatite B

VGM : Volume Globulaire Moyen

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

UI : Unité Internationale

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Evolution naturelle et classification de l'infection par le VHB14

Tableau II : Répartition des patientes selon l'âge.....38

Tableau III: Répartition des patientes selon leur statut matrimonial38

Tableau IV : Répartition des patientes selon leur scolarisation.....38

Tableau V : Répartition des patientes selon leur niveau d'étude.....40

Tableau VI : Répartition des patientes selon leur profession.....41

Tableau VII: Répartition des patientes selon leur IMC.....41

Tableau VIII: Répartition des patientes leur nombre de gestation.....42

Tableau IX : Répartition des patientes leur nombre d'accouchement.....42

Tableau X: Répartition des patientes leurs modes d'accouchement.....43

Tableau XI : Répartition des patientes selon la parité des gestations.....43

Tableau XII: Répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivants..43

Tableau XIII: Répartition des patientes le nombre d'enfants décédés.....44

Tableau XIV : Répartition des patientes selon leur nombre d'avortement...43

Tableau XV : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux...44

Tableau XVI : Répartition des patientes Ayant des antécédents chirurgicaux selon le type de chirurgie réalisé.....44

Tableau XVII: Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse (en SA).....45

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse (selon le trimestre de grossesse).....45

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la prise en charge des nouveaux – nés vis-à-vis de l'hépatite B à la naissance.....46

Tableau XX : Répartition des patientes selon les moyens de prise en charge des nouveau-nés à la naissance.....45

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION.....	2
II-HYPOTHESE DE RECHERCHE.....	4
III-OBJECTIFS.....	6
IV- GENERALITES.....	8
1-Définition	8
2-Epidémiologie.....	8
3-Physiopathologie.....	15
4-Etude clinique.....	16
5-Rétentissement.....	20
6-Hépatite B et accouchement.....	21
7-Hépatite B et allaitement.....	21
8-Diagnostic différentiel.....	22
9-Traitement.....	23
V- METHODOLOGIE.....	34
VI- LES RESULTATS.....	37
1-Données socio-démographiques	37
2-Antécédents obstétricaux.....	38
3-Facteurs de risque de contamination par le virus de l'hépatite B.....	41
4-Données sur la grossesse.....	44
5-Séroprévalence de l'AgHBs.....	45
VII- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	48
VIII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	51
IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	56
X-ANNEXES.....	64

INTRODUCTION

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].

L'organisation mondiale de la santé (OMS) estime à deux milliards le nombre de personnes ayant été exposées à ce virus et près de 10 à 30 millions de nouvelles contaminations par an, avec près d'un million de décès chaque année. Le réservoir du VHB est représenté par le nombre important de porteurs chroniques à travers le monde et qui est estimé à plus de 350 millions [2].

En effet, la contagiosité élevée du virus de l'hépatite B est liée à sa présence dans la majorité des liquides biologiques : sang, sperme, sécrétions vaginales et même en moindre proportion dans la salive. L'hépatite B fait partie des dix principales causes de décès par maladie infectieuse avec 1 à 2 millions de décès chaque année liée aux complications [3]

La prévalence de l'hépatite B est la plus élevée en Afrique subsaharienne et en Asie de l'Est, où entre 5 et 10% de la population adulte est atteinte d'hépatite B chronique. On trouve également des niveaux élevés d'infection chronique en Amérique latine dans la région de l'Amazonie et dans le Sud de l'Europe Centrale et Orientale. Au Moyen-Orient et sur le sous-continent indien, on estime que 2 à 5% de la population souffre d'hépatite chronique [4]

En Afrique subsaharienne, la prévalence de l'hépatite B est l'une des plus fortes, avec une proportion de la population adulte chroniquement infectée supérieure à 5% [5]. Au Niger, la prévalence est estimée à environ 17% selon les études menées sur le terrain [6,7]. En Côte d'Ivoire, la séroprévalence de l'AgHBs était estimée à 9% de la population générale [8]. Au Mali, des études réalisées à Bamako auprès de la population générale et des donneurs de sang ont rapportées une prévalence de l'AgHBs respectivement à 14,7 % et 14,9 % [9,10].

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 [1]. La transmission materno-fœtale du VHB représente un maillon essentiel d'entretien de l'infection, surtout dans les pays de forte endémicité. Ce risque est estimé de 90-100% si l'antigène HBe (AgHBe) est détecté dans le sérum maternel. La présence d'AgHBe a également été associée à un risque élevé d'échec de la prévention néonatale. Toutefois, même en l'absence d'AgHBe (mutants pré-core) le risque de transmission du VHB existe et l'interprétation doit tenir compte de la virémie [11].

Dans le district de Bamako, des études ont montrées qu'un bébé né de mère porteuse de l'AgHBs court près de 20fois plus de risque d'être contaminé par le VHB que celui dont la mère est AgHBs négatif [12].

Des mesures préventives sont recommandées par l'OMS à savoir l'introduction du vaccin contre le VHB et l'utilisation de l'immunoglobuline après l'accouchement [13].

Tous les nouveau-nés de mères porteuses de l'AgHBs doivent bénéficier d'une sérovaccination contre le virus de l'hépatite B. La première injection de vaccin et une injection de gammaglobulines anti-HBs (100 ou 200UI) sont effectuées dès les premières heures de vie. La vaccination est ensuite poursuivie selon le protocole recommandé. L'efficacité de la sérovaccination doit être contrôlée chez tous les enfants par un examen sérologique (AgHBs et anticorps anti-HBs) effectué à distance de la dernière injection vaccinale. [14].

Une étude réalisée sur la transmission mère-enfant du VHB dans le district de Bamako a révélé que la prévalence du portage de l'AgHBs chez les femmes enceintes était de 15,5% et était significativement supérieur à celle de la population générale malienne [12].

Il nous a été donné de constater que peu d'étude ont été faite au Mali sur le portage de l'AgHBs chez les femmes enceintes, d'où nous nous proposons d'étudier la séroprévalence de l'AgHBs chez les femmes gestantes suivies au CHU Point-G ainsi que leur profil socio-démographique.

II- HYPOTHESE DE RECHERCHE :

Le portage de l'AgHBs est systématiquement recherché chez les femmes enceintes suivies dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU du Point-G

OBJECTIFS

III-OBJECTIFS

➤ **Objectif général :**

Etudier le portage de l'AgHBs chez les femmes enceintes

➤ **Objectifs spécifiques**

-Déterminer la séroprévalence de l'AgHBs chez les femmes enceintes

-Décrire les caractéristiques socio-démographiques des femmes enceintes porteuses de l'AgHBs

-Enumérer les mesures proposées aux nouveau-nés des femmes enceintes porteuses de l'AgHBs

GENERALITES

IV GENERALITES:

1. Définition:

L'hépatite B est définie par une inflammation du parenchyme hépatique associée à une nécrose hépatocytaire et parfois une cholestase due à un virus alphabétique B ou virus hépatotrope B (plus ou moins associée au D) [15, 16, 17].

2. Epidémiologie:

2.1. Fréquence:

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) constitue un problème de santé majeur en pays tropical du fait de sa fréquence et de ses conséquences. Dans une population donnée, le taux de prévalence de l'antigène HBs (AgHBs) est un indicateur de base. En France, la prévalence de l'AgHBs chez la femme enceinte varie de 0,54 à 1,56 % [18]. Dans cette étude, l'AgHBs était mis en évidence quelle que soit l'origine ethnique, mais la prévalence de l'infection par le VHB était significativement plus élevée chez les femmes immigrées (venant de pays de forte prévalence) que chez les femmes Française. Une étude a été effectuée chez 2303 femmes enceintes tunisiennes qui ont consulté à la maternité du centre hospitalier universitaire Farhat-Hached de Sousse (centre tunisien) et aux dispensaires régionaux de la ville de Sousse durant la période allant de janvier à août 2007, retrouve une prévalence de l'AgHBs de 4 % [19]. Cette prévalence chez les femmes enceintes au Bénin était de 14,02% [20], en Côte-d'Ivoire de 18,2% [21], de 15% au CHN-YO du Burkina-Faso [22] et de 2,35% au Centre du Maroc [23]. Une ancienne étude chez les femmes enceintes dans le district de Bamako au Mali avait retrouvé une prévalence de 15,5% [12].

2.2. Facteurs de risque :

L'infection par le virus de l'hépatite B touche surtout les groupes à risque comme : les homosexuels, les toxicomanes intraveineux, les hémodialysés, les hémophiles, le personnel de santé.

Les principaux modes de transmission du virus de l'hépatite B sont : la voie parentérale, la voie sexuelle, la transmission mère- enfant, la transmission communautaire. La transmission du virus de l'hépatite B est essentiellement parentérale. Une contamination familiale non sexuelle par contact intime ou parentéral a été également observée [24]. Il existe trois zones d'endémicité :

- Des zones de forte endémicité où le portage d'antigène HBs (Ag HBs) est supérieur à 8% de la population générale tels que l'Afrique intertropicale, la Chine et l'Asie du sud-est [25 ; 26].

- Des zones d'endémicité intermédiaire où le portage d'antigène HBs est compris entre 2 à 8% de la population générale tels que les pays du bassin de la Méditerranée.
- Des zones de faible endémicité où le portage d'antigène HBs est inférieur à 2% de la population générale tels que l'Amérique du nord. Dans ces zones, la transmission se fait généralement à l'âge adulte par voie sexuelle ou par le sang. Dans la région hyper-endémique comme l'Asie ou l'Afrique noire, la transmission du virus a lieu à la naissance ou pendant l'enfance. Lorsque la mère est atteinte d'une infection chronique avec multiplication virale, le risque de transmission au nouveau-né est important (90%). Lorsque le nouveau-né est Infecté, il devient le plus souvent porteur chronique (90%). Dans les régions de Faible endémicité comme l'Europe ou l'Amérique du Nord, l'infection par le virus de l'hépatite B touche moins de 1% de la population. Les enquêtes faites chez les donneurs de sang au Centre National de Transfusion Sanguine, indiquent que les porteurs chroniques de l'Antigène HBs représentent environ 5 à 20% de la population générale [17].

2.3. Caractéristiques du Virus de l'hépatite B :

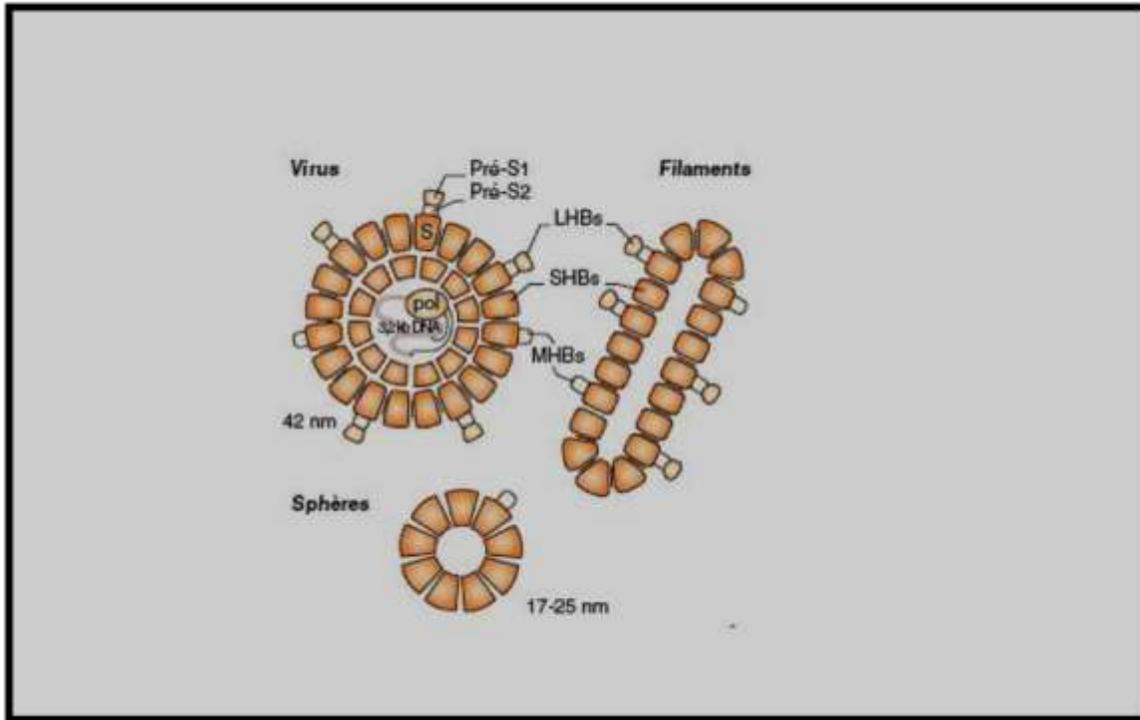


Figure 1: Structure du virus de l'hépatite B [27].

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

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

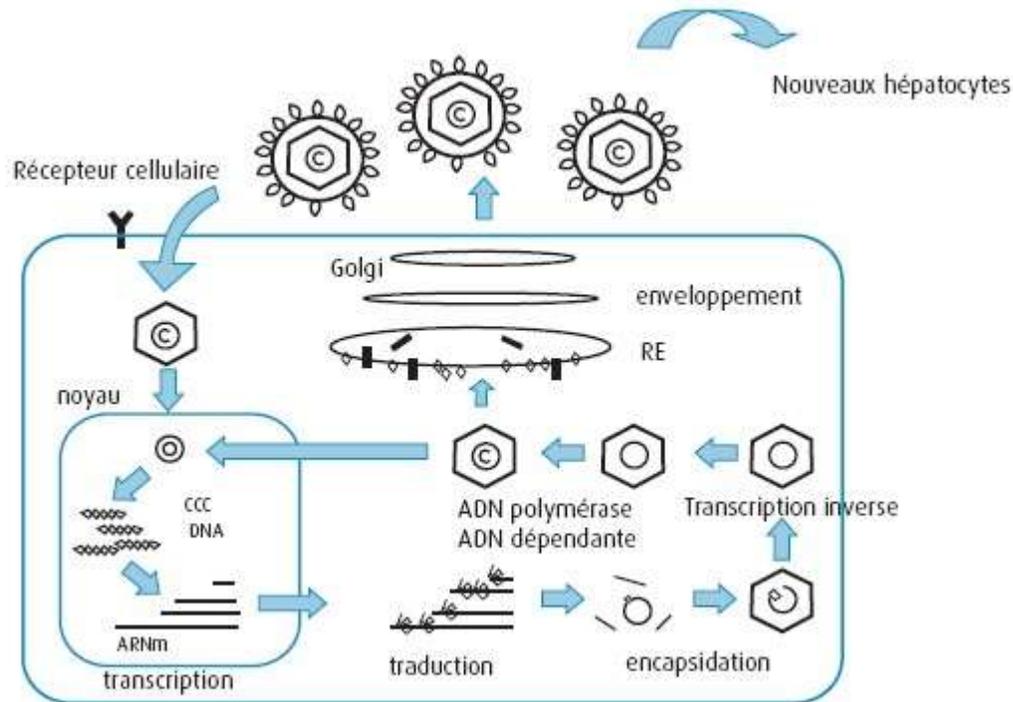


Fig.2 : Le cycle de réplication de génome viral [28].

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

- De petites particules sphériques qui ont environ 16 à 25 nanomètres. De formes filamenteuses ou tubules qui ont environ 22 nanomètres de diamètre.

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

- La région S précédée de régions pré S1 et pré S2 : codant pour l'enveloppe antigène HBs de surface (Ag HBs).
- La région C codant pour la capsid antigène HBc et Antigène HBe.
- La région P codant pour l'ADN polymérase qui assure la réplication virale.
- La région X qui a probablement une action dans la transaction de la réplication du virus de l'hépatite B.

- L'enveloppe extérieure du virus contient des protéines qui protègent la structure virale, et lui permettent de pénétrer dans les cellules cibles. Ces particules ne sont pas infectieuses et sont composées de lipides et de protéines qui font partie de la surface du virion qu'on appelle l'antigène de surface (AgHBs) et qui est produit en excès pendant la durée de vie du virus. La longueur du génome varie selon le sous type du virus de l'hépatite B.

Il existe quatre (4) sous types dont la prévalence varie en fonction des régions. Un déterminant antigénique est commun aux différents sous types. Deux paires de déterminants exclusifs sont associés au déterminant « a » définissant les sous types suivants : adw, adr, ayw, ayr. Les déterminants sont liés à des mutations nucléotidiques d'une région immunologiquement compétente de l'antigène HBs [24].

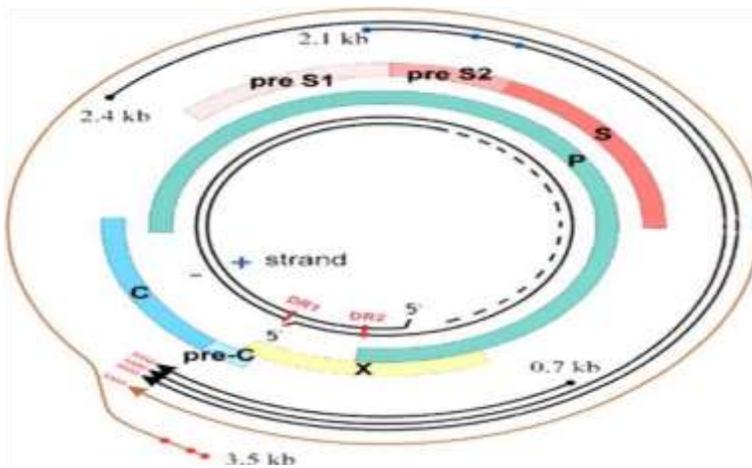


Fig. 3 : Organisation génomique de virus de l'hépatite B [29,30]

2.4. Évolution naturelle et classification de l'infection par le VHB : [31]

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

chez tous les patients. Elle est caractérisée par des différentes phases de progression distinctes qui sont le produit d'un processus d'interaction dynamique entre la réplication du virus et la réponse immunitaire du patient. A noter qu'une infection aiguë par l'hépatite B devient chronique dans 90 % des cas chez les nouveau-nés mais se résout spontanément chez 95 % des adultes immunocompétents.

Pour simplifier la compréhension de l'évolution naturelle de l'infection VHB et par conséquence de la prise en charge clinique des individus infectés, l'EASL propose une nouvelle classification des états chroniques de la maladie en 5 phases (tableau I). Elle est basée sur deux marqueurs indicatifs de la chronicité, la présence ou pas de l'antigène « e » du virus de l'hépatite B (AgHBe) et les niveaux sériques d'alanine amino- transférase (ALAT). Les phases décrites sont les suivantes :

- Phase 1 R infection chronique à AgHBe(+): présence de l'AgHBe, virémie élevée, ALAT dans la norme, nécro inflammation et fibrose hépatiques minimales ou absentes, haute contagiosité : cette phase est fréquente et prolongée dans le contexte d'une transmission verticale (selon l'ancienne nomenclature : porteur immunotolérant).
- Phase 2 R hépatite chronique AgHBe(+): présence de l'AgHBe, très haute virémie, ALAT élevée, nécro inflammation modérée ou sévère et fibrose rapidement évolutive (anciennement : stade de réactivité immunitaire).
- Phase 3 R infection chronique AgHBe(-) : absence de l'AgHBe, faible virémie, ALAT dans la norme, nécro inflammation ou fibrose minimales ou absentes, progression de maladie minimale (anciennement : portage inactif).
- Phase 4 R hépatite chronique AgHBe(-) : absence de l'AgHBe, haute virémie, ALAT élevée, nécro inflammation et fibrose installées, rémission spontanée improbable (anciennement : Hépatite chronique AgHBe-).
- Phase 5 R AgHBs(-) R infection occulte : absence de l'AgHBs, présence des anticorps anti-HBc, faible taux de réplication virale (avec charge virale sérique

non décelable dans la plupart des cas), ALAT dans la norme, faible risque de cirrhose ou de CHC (sauf dans le cas où la disparition de l'AgHBs est survenue après le développement d'une cirrhose).

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

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

2.5 Modes de transmission :

La contamination se fait surtout de la mère à l'enfant lors de l'accouchement ; ou par voie sexuelle, mais également par voie sanguine (Aiguilles contaminées notamment chez les toxicomanes ; lors des tatouages ou de piercing...). Le virus est fortement contagieux, 100 fois plus que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). [31]

2.5. a La transmission verticale et materno-foetale:

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

La transmission verticale du virus de l'hépatite B de la mère à l'enfant est due à l'exposition du nouveau-né aux sécrétions maternelles lors du passage dans la filière génitale ou pendant la période néonatale [32]. Il semble exister un passage transplacentaire du virus de l'hépatite B qui entraîne une immunotolérance chez le nouveau-né. Celui-ci devient porteur chronique du virus de l'hépatite B. En France, le dépistage du virus de l'hépatite B est obligatoire chez la femme enceinte. Si ce dépistage est positif, une sérovaccination de l'enfant sera réalisée à la naissance [33 ; 17 ; 34].

2.5. b. La transmission sanguine :

La transmission sanguine est un mode de transmission de l'infection par le virus de l'hépatite B par manque de technique adéquate de dépistage du virus de l'hépatite B chez les donneurs de sang. La transmission est aussi parentérale par exposition percutanée ; par toxicomanie intraveineuse ; par accident d'exposition au sang (piqûre par un matériel mal stérilisé). D'autres modes de contamination parentérale existent comme la contamination accidentelle du personnel de santé, l'excision, les scarifications et les tatouages [35].

2.5. c. La transmission sexuelle :

2.5. d. La transmission horizontale :

3. Physiopathologie : [9; 35 ; 36 ; 17]

L'effet cytopathogène du virus de l'hépatite B est faible. Les lésions sont secondaires à des réactions immunologiques à médiation cellulaire. Ces réactions sont dirigées contre les hépatocytes qui expriment sur leur membrane les antigènes

de la nucléocapside du virus de l'hépatite B, en cas de répllication virale complète. Les interférons jouent un rôle important dans le contrôle de ces réactions.

L'hépatite aiguë est le rejet immunologique des hépatocytes infectés.

La virémie et la présence dans le foie des antigènes viraux sont brèves. Les Cellules impliquées sont les lymphocytes T et les non T (cellules Natural killer Ou cellules tueuses). La cytotoxicité va de pair avec l'expression à la surface de l'hépatocyte des antigènes de classe I du complexe majeur d'histocompatibilité qui sont fortement exprimés. Cette expression est sous la dépendance des trois types d'interféron.

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

4. Etude clinique :

4.1. Circonstance de découverte :

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

4.2. Type de description : hépatite ictérique aiguë commune de la femme enceinte.

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

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

Dans la forme typique après une incubation qui dure environ dix semaines, survient une phase pré-ictérique de 3 à 7 jours environ. Elle est caractérisée par : - Un syndrome pseudo-grippal avec : une asthénie souvent intense, une fièvre en règle modérée à 38°-38°5 avec parfois des frissons, des myalgies, des arthralgies et des céphalées.

- Des signes digestifs inconstants qui peuvent être des nausées, des douleurs abdominales, des vomissements. Rarement une urticaire évocatrice du diagnostic surtout lorsqu'elle est associée à des céphalées et à des arthralgies (classique triade de Caroli). Les manifestations notées lors de cette phase disparaissent lorsque l'ictère s'installe.

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

Les signes généraux :

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

Les signes fonctionnels : sont généralement absents à ce stade.

Les signes physiques :

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

Les signes para cliniques :

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

4.3. L'évolution :

Le plus souvent, l'évolution est spontanément favorable avec une disparition de l'ictère en 2 à 4 semaines, une normalisation des transaminases. La disparition de

l'AgHBs et l'apparition de l'anticorps anti-HBs signent la guérison. La persistance d'une asthénie peut se prolonger plusieurs mois. La persistance du virus au-delà de six (6) mois, définit le passage à la chronicité qui expose au risque de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire.

4.4. Les formes cliniques : [9 ; 35 ; 32]

4.4. a. Les formes chroniques :

L'hépatite virale chronique est définie biologiquement par la persistance d'une élévation des transaminases à plus de six (6) mois après une hépatite aiguë virale. L'hépatite chronique est définie histologiquement par l'existence de lésions hépatiques associant à un degré variable en fonction du stade et de l'activité de la maladie, une nécrose hépatocytaire, un infiltrat inflammatoire constitué de cellules mononucléées et de la fibrose. La chronicité de l'hépatite B se définit classiquement par la persistance de l'AgHBs, la persistance des transaminases élevées et la persistance de la virémie pendant plus de six (6) mois. Cependant, si dans le cas d'une hépatite aiguë, l'antigène HBs n'a pas disparu au bout de deux (2) mois, il est recommandé de rechercher l'ADN viral et l'antigène HBe. Leur persistance en ce moment, serait un facteur prédictif d'une évolution chronique. Globalement, on estime que 5 à 10 % des personnes infectées par le virus de l'hépatite B, développent une hépatite chronique.

4.4. b. Les formes asymptomatiques :

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

4.4. c. Les formes anictériques :

Les formes anictériques sont peu ou même pas symptomatiques. Tous les signes peuvent être présents sauf l'ictère. Elles sont très fréquentes dans 90% des cas

environ. Il faut savoir demander un dosage des transaminases devant les symptômes suivants : le syndrome grippal, l'asthénie, l'anorexie, la douleur abdominale, les arthralgies, les céphalées, les prurits, et l'urticaire.

4.4. d. Les formes cholestatiques :

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

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

Les phosphatases alcalines et le Gamma Glutamyl Transpeptidase sont franchement élevées.

4.4. e. Les formes avec manifestations extra hépatiques :

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

4.4. f. Les formes fulminantes :

Au cours d'une hépatite fulminante, la surveillance du taux de prothrombine (TP) ou temps de quick doit être systématique ; le taux de prothrombine (TP), le facteur

V sont généralement bas et la cytolysse est majeure. Un taux de prothrombine (TP) inférieur à 50 %, définit une hépatite sévère et le malade doit être hospitalisé.

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

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

4.4. g. Les formes de l'immunodéprimé :

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

5. Retentissement :

5.1 Influence de l'infection par le VHB sur le déroulement de la grossesse Dans une étude cas-témoins de 253 femmes Chinoises enceintes et porteuses de l'AgHBs, appariées à 253 femmes non porteuses de l'AgHBs, l'infection par le VHB augmentait la fréquence du diabète gestationnel et la menace d'accouchement prématuré [36]. Le risque de l'amniocentèse a été étudié dans une étude prospective incluant 28 femmes porteuses de l'AgHBs [37]. Parmi ces 28 femmes, 21 couples mère-enfant ont été étudiés (AgHBe chez une seule mère), et aucun des 21 enfants n'était porteur de l'AgHBs sur le test effectué entre 9 et 15 mois. Tous les enfants avaient bénéficié d'une sérovaccination dès la naissance [37].

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

Peu d'études ont été consacrées au rôle de la grossesse sur l'infection par le VHB. Des phénomènes de réactivation ont été rarement rapportés durant la grossesse [18]. Des séroconversions AgHBe / anticorps anti-HBe, mais également des

séroconversions AgHBs/anticorps anti-HBs ont été observées durant le postpartum [18]. Dans une étude rétrospective, il a été montré que la charge virale augmentait en fin de grossesse ou lors du post-partum, quelque soit le statut HBe [38]. En pratique, une réactivation du VHB doit être évoquée en cas de signes cliniques évocateurs d'hépatopathie, et le diagnostic différentiel doit être fait avec une hépatopathie intercurrente ou une hépatopathie gravidique [39]. Dans tous les cas, le niveau de réplication du VHB doit être évalué à nouveau à distance de l'accouchement.

6. Hépatite B et Accouchement : [40].

Voie basse autorisée dans tous les cas

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

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

7. Hépatite B et Allaitement : [40].

Chez les mamans non traitées, l'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué tant que le nouveau-né est protégé et qu'il n'y a pas de crevasses du mamelon. La très faible excrétion dans le lait et la faible absorption par le nouveau-né font que le TDF pris par la mère ne contre-indique pas l'allaitement maternel.

8. Diagnostic différentiel :

8.1. Hyperhémie gravidarum :

C'est une pathologie du premier trimestre de la grossesse et qui se manifeste par des vomissements incoercibles, une asthénie physique. La prévalence est de 0,3 à 2% des grossesses [41].

8.1. Cholestase intra- hépatique de la grossesse ou cholestase gravidique

La cholestase intra hépatique de la grossesse (CIG) survient généralement au cours du deuxième ou troisième trimestre. Sa fréquence, plus élevée dans les pays scandinaves et au Chili ou en Bolivie [42]. Elle fait évoquer une origine génétique, ainsi que les variations saisonnières de la fréquence de cette pathologie suggèrent que des facteurs environnementaux sont impliqués [43]. Le meilleur marqueur de CIG est l'augmentation constante de la concentration sérique des acides biliaires avec des concentrations pouvant dépasser 100 μ mol/l [44]. Le traitement par AUDC (L'acide Ursodésoxycholique) permettrait de diminuer le risque de prématurité [45].

8.3 Pré-éclampsie /HELLP syndrome :

La pré-éclampsie ou toxémie gravidique est définie par une pression artérielle systolique supérieure à 140mmHg et/ou une pression artérielle diastolique supérieure à 90mmHg associée à une protéinurie supérieure à 0,3 g toutes les 24 heures. Deux à 5% des femmes enceintes ayant une pré-éclampsie auraient une atteinte hépatique [43]. Dans 4 à 12% des cas, la pré-éclampsie se complique d'un syndrome de HELLP (Hemolysis Elevated Liver enzymes Low Platelet count).

Le HELLP syndrome survient généralement au cours du troisième, voire du deuxième trimestre de la grossesse mais il peut s'aggraver, voire être diagnostiqué seulement dans le postpartum. Le HELLP syndrome peut être un des modes de révélation du syndrome des anti-phospholipides (SAPL). Dans ce contexte, il est souvent plus précoce et sévère [47].

8.4. Stéatose hépatique aiguë gravidique (SHAG)

La SHAG survient principalement au cours du troisième trimestre de la grossesse. Une pré-éclampsie et/ou un HELLP s'associent dans 50% des cas [49]. La physiopathologie de la SHAG est imparfaitement connue. Elle pourrait être liée à un déficit de la longue chaîne «3-hydroxyacyl CoA déshydrogénase », enzyme mitochondriale ayant un rôle dans la bêta oxydation des acides gras.

Certains cas de SHAG ont été rapportés chez des femmes ayant un déficit hétérozygote de cette enzyme, leurs fœtus étant porteurs d'un déficit homozygote [48].

9. Le traitement :

9.1. Le traitement curatif

9.1.a. Buts

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

9.1.b. Les moyens :

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

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

résistance (l'Entecavir ou ETV, Tenofovir Disoproxil Fumarate ou TDF et le Tenofovir Alafenamide ou TAF).

Les analogues sont des inhibiteurs de la polymérase du VHB.

Ce sont :

- L'ETV est administré par voie orale (comprimé de 0,5 et de 1 mg), en une seule prise quotidienne sur un estomac vide.

La posologie de 0,5 mg/j est utilisée chez les patients naïfs et ayant une hépatite chronique ou une cirrhose compensée.

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

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

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

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

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

- Le TAF est administré par voie orale (comprimé de 25 mg), en une seule prise quotidienne.

La posologie de 25 mg/j est utilisée aussi bien chez les patients naïfs que chez les patients résistants.

La posologie de 25 mg/j est également préconisée en cas d'insuffisance rénale avec une clairance de la créatinine > 15 ou < 15 sous hémodialyse.

Les analogues sont globalement bien tolérés. La majorité des effets indésirables sont minimes à modérés et ne nécessitent pas l'arrêt du traitement. Les effets

sévères surviennent dans 7- 10 % des cas et sont responsables d'un arrêt du traitement chez 1 à 2 % des patients [48].

Les toxicités rénale et osseuse des analogues sont à considérer.

- **La néphrotoxicité :**

Tous les analogues nucléos(t)idiques sont éliminés par voie rénale sous forme active avec une filtration glomérulaire et une sécrétion tubulaire active. La dysfonction rénale peut se traduire par une insuffisance rénale, par une tubulopathie proximale ou par un syndrome de Fanconi.

Cette dysfonction s'observe surtout avec les analogues nucléotidiques (TDF) et plus rarement avec les analogues nucléosidiques (ETV).

Par rapport au TDF, le TAF est moins néphrotoxique [50-53].

- **La toxicité osseuse :**

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

Par rapport au TDF, le risque osseux est moindre avec le TAF [50-53].

- **L'acidose lactique :**

Malgré le bon profil de tolérance de l'ETV, la survenue d'une acidose lactique reste une complication redoutable. Cet effet indésirable sévère est secondaire à une toxicité mitochondriale de l'ETV et se voit chez les patients ayant une insuffisance hépatique avancée avec un score MELD>22.

Il n'existe pas de véritables contre-indications aux analogues. Néanmoins, une adaptation des posologies s'impose en cas d'insuffisance rénale

En tenant compte du niveau de résistance, on distingue Le TAF a été récemment approuvé au cours de l'hépatite B [29; 54-57].

Comme le TDF, le TAF se métabolise en Tenofovir puis en Tenofovir diphosphate qui est le métabolite actif.

- **Les moyens endoscopiques :**

***Ligature des Varices**

* **Sclérose des Varices**

- **ces moyens chirurgicaux :**

***La transplantation hépatique**

* **Hépatectomie**

9.1.c Indications :

- **Hépatite fulminante :**

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

- **Cirrhose :**

*si ADN détectable

+ Cirrhose compensée : Analogues à haute barrière génétique.

+cirrhose décompensée : Analogues à haute barrière génétique ou transplantation si indiquée.

*si ADN non détectable : abstention de traitement anti viral.

- **Hépatite B aiguë durant la grossesse**

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

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

Le principe de l'efficacité de l'administration d'un analogue au 3^{ème} trimestre de la grossesse, cependant les parturientes déjà sous traitement continue durant toute la grossesse.

Le TDF est la molécule recommandée et le Mali ne fait pas exception à cette recommandation.

Dans un essai réalisé en Chine [58] où les auteurs ont inclus 200 femmes enceintes Ag HBe(+) avec une ADN VHB >200.000 UI/mL, les participantes ont été tirées au sort pour avoir soit une prise en charge habituelle soit recevoir du Tenofovir à la dose de 300 mg/j par voie orale à partir de 30-32 semaines de gestation et jusqu'à la 4^{ème} semaine du postpartum. Les 34 femmes ont été suivies jusqu'à la 28^{ème} semaine du post-partum. Tous les nourrissons ont reçu une immunoprophylaxie et une vaccination dans les 12h suivant l'accouchement.

A la 28^{ème} semaine post-partum, le taux de TME était significativement plus faible dans le groupe Tenofovir que dans le groupe contrôle. Ceci était vrai aussi bien dans l'analyse en intention de traiter (5% vs 18%) que dans l'analyse per protocole (0% et 7%). Dans ce même essai, Le profil de sécurité infantile était similaire dans le groupe TDF et le groupe contrôle, y compris les taux d'anomalies congénitales. Le profil de sécurité maternelle était aussi rassurant.

Les auteurs ont constaté tout de même plus d'élévation de la créatinine (1,3 à 3N) dans le groupe TDF (7 vs 0). Après arrêt du TDF, une élévation des ALAT au-dessus de la normale a été plus fréquemment observée chez les mères du groupe TDF que chez celles du groupe témoin (45% vs 30%) [58].

9.2. Le traitement préventif :

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

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

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

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

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

-Piqûre 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% [59]. Les effets indésirables sont exceptionnels, il convient de vacciner :

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

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

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

Des vaccins recombinants préparés grâce aux techniques de biologie moléculaire et de recombinaison en génétique sont actuellement disponibles : Engerix B et Genhevac B.

En cas de positivité l'AgHBs lors de dépistage au cours de la grossesse La mise en évidence de la positivité de l'AgHBs chez la future mère doit conduire à une démarche systématique qui comporte 3 volets :

- En premier lieu, il faut clairement informer la future mère de cette infection par le VHB et de la nécessité d'une sérovaccination de son enfant dès la naissance. Afin que la sérovaccination ne soit pas retardée à la naissance, la séropositivité pour l'AgHBs doit être clairement mentionnée dans le dossier de la maternité. Les sérologies des hépatites C, Delta et du VIH doivent aussi être demandées.
- En second lieu, une enquête sérologique pour le VHB (AgHBs, anticorps anti-HBc et anticorps anti- HBs) doit être systématiquement proposée dans l'entourage familial et chez les partenaires.
- Enfin, un bilan complémentaire doit être effectué à la femme enceinte, numération formule plaquettes, taux de prothrombine et bilan hépatique. La connaissance du statut AgHBe/anticorps anti-HBe et du niveau de répllication virale (ADN du VHB) 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 [40].

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

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

Le risque de contamination des nouveau-nés de mères porteuses chroniques du VHB, en l'absence de sérovaccination préventive dès la naissance, est estimé à 20 % si la mère est AgHBs+ et à 80 à 90 % si celle-ci est AgHBs+ et antigène HBe+ (AgHBe+) tandis que l'efficacité de la vaccination des nouveau-nés des mère AgHBs positif est de 89 % [60] à 100% [61]. En effet, selon les auteurs, cette efficacité est de 85 à 92 % chez les femmes AgHBe positif et de 100 % [59].

La vaccination est donc recommandée dès la naissance pour tous les enfants particulièrement chez les enfants nés de mères porteuses chroniques du VHB. Il persiste cependant un taux d'échec vaccinal, de 4 à 15 % selon les publications, chez les enfants nés de mères AgHBs+ et AgHBe+ [59, 62 , 63]

9.3.b. Les gammaglobulines anti-HBs

Il est recommandé de faire l'injection de gammaglobulines anti-HBs avant la douzième heure de vie [64], l'idéal étant probablement de la faire dès la naissance en salle d'accouchement. Chez le nouveau-né, l'injection est faite en intramusculaire dans la partie antéro-latérale de la cuisse, à un site différent de la première injection de vaccin.

Cette injection de gammaglobulines effectuée dès la naissance ne diminue pas la réponse à la vaccination. La dose de gammaglobulines varie selon les études (environ 30 UI/kg) [64]. 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) [65].

9.3.c. La vaccination du nouveau-né

Schéma de vaccination

La majorité des vaccins contre l'hépatite B autorisés actuellement sont obtenus par recombinaison génétique. C'est le schéma à 4 injections (0, 1, 6 et 12 mois) qui est actuellement recommandé. La première injection doit être faite dès la naissance, la deuxième injection doit être effectuée à l'âge de 1 mois, la troisième injection doit être effectuée à 6 mois et la quatrième à 12 mois. En cas de ressources financières suffisantes, comme à Taiwan, ces nouveaux nés reçoivent une dose d'immunoglobulines anti-VHB dans les 12 heures qui suivent la naissance. Ils recevront ensuite trois à quatre injections vaccinales dont la première quelques 12 heures après l'injection d'immunoglobulines antiVHB, les deuxièmes et troisièmes doses interviennent à un et six mois respectivement [66].

Certains pays où la prévalence de l'infection par le VHB est plus faible ont également mis en place une vaccination de masse. Dans ces pays, on a montré que la vaccination des groupes à risque était insuffisante à contrôler la dissémination du virus [67]. Une étude sur la région picarde en Nord-Est de la France indique un respect insuffisant des recommandations pour les schémas de sérovaccination (non-conformité et non-pertinence), il convient donc de diffuser les références correctes à toute occasion pour favoriser leur application ; elles sont accessibles sur Internet [68].

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

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

plaques [SEP], myélite transverse), de myofasciites et de maladies générales auto-immunes attribuables à la vaccination contre le VHB [69]. Parmi les arguments épidémiologiques contre une relation causale entre la vaccination antivirale B et la sclérose en plaques (délais d'apparition aléatoires de 1 jour à plus d'1 an), le plus significatif est certainement que le nombre de scléroses en plaques dans la population vaccinée n'est pas supérieur (l'odd ratio est calculé à 1,5 mais avec un intervalle de confiance incluant l'unité, témoignant de l'absence de significativité) à celui de la population non vaccinée. La coïncidence entre l'apparition d'une sclérose en plaques ou d'une myélite transverse à la suite d'une vaccination contre l'hépatite B ne constitue donc pas en soi la preuve d'une relation causale entre la vaccination et les symptômes observés même si la relation chronologique est indiscutable [70]. C'est pourquoi, à ce jour, les autorités n'ont pas retenu de lien causal, d'autant plus que dans la plupart des pays européens (et aux États-Unis) où des programmes de vaccination des nourrissons ont été systématiquement proposés, aucun pays n'a signalé de recrudescence d'événements indésirables de type neurologique associés à la vaccination. D'autres effets indésirables ont été décrits de manière exceptionnelle tels l'apparition de cryoglobulinémie, de péri artérite noueuse, d'uvéite, de vascularite, d'acrodermatite. Le caractère immunomédié de ces réactions pourrait plaider en faveur de l'origine vaccinale de ces manifestations ; cependant on ne peut exclure, de par leur caractère sporadique, de simples coïncidences.

METHODOLOGIE

V-METHODOLOGIE

1-Cadre et lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée au Service de gynéco-obstétrique du CHU du Point-G

2-Type et période :

Nous avons effectué une étude transversale descriptive rétrospective, s'étendant sur une période de 24mois allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019

3-Population d'étude :

Il s'agit des femmes gestantes prises en charge au service gynécologique-obstétrique pendant la période d'étude

4-Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans notre étude toute femme dont l'AgHBs était positif dans le bilan biologique prénatal.

5-Critères de non inclusion :

Nous n'avons pas inclus dans notre étude toute femme connue séropositive au VHB avant la réalisation du BPN

6-Echantillonnage

L'échantillonnage était non exhaustif. La taille minimale de cet échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz :

$$n = Z^2PQ/I^2$$

n = taille de l'échantillon

P=prévalence estimative de l'AgHbS chez les femmes enceintes au district de Bamako =15,5% [12]

I=précision souhaitée (8%)

$$Q=1-P = 0,845$$

Z= 1,96 (valeur dépendante du risque d'erreur)

$$N= (1,96)^2. (0,155). (0,845) / (0,08)^2= 78,609$$

$$N=79$$

9-Aspect éthique

Les dossiers ont été analysés dans le strict respect de la confidentialité ; les fiches d'enquête étaient anonymes, seul les numéros des dossiers ont été utilisés pour la saisie des données ; puis retournés et classés immédiatement après exploitation.

RESULTATS

VI-RESULTATS

1-séroprévalence de l'AgHBs

Du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019, 3024 femmes gestantes ont été suivies au service de gynéco-obstétrique du CHU Point-G parmi les quelles 84 étaient porteuses de l'AgHBs

$$\text{PREVALENCE (P)} = \frac{\text{NOMBRE DE CAS}}{\text{TOTAL DE LA POPULATION A RISQUE}} \times 100$$

$$P = (84 \div 3024) \times 100$$

$$= 0,0278 \times 100 = 2,78$$

$$P = 2,78\%$$

Résultat : la séroprévalence de l'AgHBs était de 2,78%

2-Données socio-demographiques

Tableau II : Répartition des patientes selon l'âge

Classe d'âge (années)	Effectif	Pourcentage (%)
< 20	12	14,3
[20-30[	41	48,8
[30-40]	10	34,5
>40	2	2,4
Total	84	100,0

La tranche d'âge 20-30 ans était majoritairement représentée et représentait à 48,8%. La moyenne d'âge était de $27,35 \pm 5,8$ avec des extrêmes de 15 et 41 ans.

Tableau III: Répartition des patientes selon leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Célibataire	2	2,4
Marié	82	97,6
Divorcé	0	0
Total	84	100,0

Les femmes mariées représentaient 97,6% des patientes incluses dans notre étude.

Tableau IV: Répartition des patientes selon leur scolarisation

Scolarisation	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	57	67,9
Non	27	32,1
Total	84	100,0

Le taux de scolarisation était de 67,9%.

Tableau V: Répartition des patientes selon leur niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Primaire	15	17,9
Secondaire	11	13,1
Supérieure	31	36,9
Non scolarisé	27	32,1
Total	84	100,0

Les patientes ayant effectuée des études supérieures représentaient 36,9% des cas.

Tableau VI : Répartition des patientes selon leur profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Ménagère	34	40,5
Elève	8	9,5
Etudiante	5	6
Commerçante	8	9,5
Enseignante	4	4,8
Agents de santé	5	6
Gestionnaire	4	4,8
Autres	16	19
Total	84	100

Autres : coiffeuse, animatrice, juriste, informaticienne, secrétaire, agent sociale, agent de nettoyage, douanière, monitrice, couturière, serveuse

Les ménagères représentaient 40,5% des cas.

Tableau VII: Répartition des patientes selon leur IMC

IMC (Kg/m ²)	Effectif	Pourcentage (%)
< 18,5	1	1,2
[18,5 -25[	21	25
[25-30[	37	44
[30-35[	18	21,4
[35-40[	3	3,6
>40	4	4,8
Total	84	100,0

L'IMC était compris entre 25 et 30 Kg/m² dans 44% des cas.

3-Antecedents obstétricaux

Tableau VIII: Répartition des patientes leur nombre de gestation

Nombre de grossesse	Effectif	Pourcentage (%)
1	21	25
2	22	26,2
3	20	23,8
4	9	10,7
5	6	7,1
6	4	4,8
7	1	1,2
8	1	1,2
Total	84	100

Les patientes étaient primigestes dans 25% des cas.

Tableau IX: Répartition des patientes selon la gestité

Nombre d'accouchement	Effectif	Pourcentage (%)
0	22	26,2
1	26	31
2	20	23,8
3	7	8,3
4	5	6
5	3	3,6
7	1	1,2
Total	84	100

Les patients primipares représentaient 31% des cas.

Tableau X: Répartition des patientes leurs modes d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage (%)
Voie basse	53	63,1
Césarienne	13	15,5
Grossesse en cours	18	21,4
Total	84	100

Les patientes ayant accouchées par voie basse représentaient 63,1% des cas.

Tableau XI: répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivants

Vivants	Effectif	Pourcentage (%)
0	25	29,8
1	29	34,5
2	17	20,2
3	6	7,1
4	4	4,8
5	3	3,6
Total	84	100

Les patientes ayant 01 enfant vivant représentaient 29,8 % des cas.

Tableau XII: répartition des patientes le nombre d'enfants décédés

Décès	Effectif	Pourcentage (%)
0	71	84,5
1	10	11,9
2	3	3,6
Total	84	100

Les femmes n'ayant aucun enfant décédé représentaient 84,5% des cas.

Tableau XIII: répartition des patientes selon leur nombre d'avortement

Avortement	Effectif	Pourcentage (%)
0	65	77,4
1	17	20,2
2	2	2,4
Total	84	100

Les patientes n'ayant jamais eu un avortement était représenté à 77,4%.

4-Facteurs de risque de contamination par le VHB

Tableau XIV: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	24	28,6
Non	60	71,4
Total	84	100

Aucun antécédent chirurgical connu'a été retrouvé chez 71,4% des patientes

Tableau XV : Répartition des patientes présentant des antécédents chirurgicaux selon le type de chirurgie réalisé

Type de chirurgie	Effectif	Pourcentage (%)
Césarienne	20	83,3
Laparotomie	1	4,2
Hernioraphie	2	8,3
Amygdalectomie	1	4,2
Total	24	100

Parmi les patientes présentant des antécédents chirurgicaux, celles ayant des antécédents de césarienne représentaient 83,3%.

N.B: Les antécédents de multiparténariat sexuel, de toxicomanie intraveineuse et de transfusion sanguine n'ont été relevés chez aucune de ces patientes.

5-Données sur la grossesse

Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse (en SA)

Age grossesse (SA)	Effectif	Pourcentage (%)
< 14	0	0
[14 -28[	5	5,95
[28-41[	73	86,9
≥41	6	7,15
Total	84	100,0

L'âge de la grossesse était compris entre 28 et 41 SA dans 86,9% des cas.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la période de la grossesse (selon le trimestre de grossesse)

Trimestre grossesse	Effectif	Pourcentage (%)
1 ^{er}	0	0
2 ^{eme}	5	5,95
3^{eme}	79	94,05
Total	84	100,0

A leur inclusion dans l'étude, 94,05% des patientes étaient au 3eme trimestre de grossesse.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la prise en charge des nouveaux-nés vis-à-vis de l'hépatite B à la naissance.

Prise en charge	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	50	59,5
Non	34	40,5
Total	84	100

Les nouveau-nés qui ont reçu une prise en charge vis-à-vis de l'hépatite B représentaient 59,5%.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon les moyens de prise en charge des nouveaux-nés à la naissance

Moyen de prévention	Effectif	Pourcentage (%)
Sérothérapie	14	28
Vaccination	7	14
Sérovaccination	29	58
Total	50	100

Parmi les nouveau-nés pris en charge vis-à-vis de l'hépatite B 58% ont reçu la sérovaccination.



COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VII-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive rétrospective qui s'est déroulée sur la période allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019 et concernait le portage de l'AgHBs chez les femmes enceintes suivies au CHU Point-G. Au total 3024 femmes enceintes ont été suivies pendant la période d'étude parmi les quelles 84 femmes étaient porteuses de l'AgHBs. Le déroulement de l'étude a respecté toutes les conditions d'éthique.

Limites de notre travail :

Au cours de ce travail nous avons rencontré quelques difficultés qui étaient entre autres :

- La non réalisation systématique du dosage de l'AgHBs par les femmes enceintes suivies au service de gynéco-obstétrique du CHU du Point-G
- Le manque dans les dossiers des patientes de certaines informations importantes pour notre étude

Notre étude a rapporté une prévalence de l'AgHBs de 2,78 % chez les femmes enceintes. Ce résultat se rapproche de celui rapportés en 2011 par Aba. H et al (3,9%) au Nigéria [71]

Cependant ces résultats sont différents de ceux rapportés au Mali par Sidibe. S et al (15,5%) [12], au Benin par Bigot. K et al (8,26%) [72], par Ousmane et al au Niger (8,4%) [73] et par Fomulu. N et al au Cameroun (7,7%) [74].

Cette différence pourrait être due à la non réalisation systématique du dosage de l'AgHBs par les femmes enceintes suivies au service de Gynéco-obstétrique du CHU du Point G. Ceci démontre à suffisance qu'il serait important que les autorités politiques en synergie avec le personnel de santé mettent un accent sur la sensibilisation et le dépistage des femmes enceintes et rendent accessibles les bilans prénataux et plus particulièrement les bilans hépatiques à moindre cout, cela

pourra permettre d'avoir une meilleure vision de l'impact de la transmission materno-fœtale du VHB et d'élaborer des stratégies de lutte plus efficaces

L'âge moyen des patientes était de $27,3 \pm 5,8$ ans avec des extrêmes de 15 et 41. Ce résultat est similaire à celui de Traoré.A qui a trouvée une moyenne d'âge de $26,9 \pm 5,6$ ans et des extrêmes de 18 et 43 ans [75]. Ce jeune âge pourrait être en relation avec la contamination précoce périnatale du VHB

Nous avons pu constater que 32,1% des patientes n'avaient pas été scolarisée. Le niveau d'étude peut être déterminant dans la compréhension des messages d'éducation sanitaire et dans la connaissance et l'application des mesures préventives contre le VHB.

La grande majorité des patientes était mariées (97,6%). Nous avons constaté comme Bigot et al [73] que la majorité des patientes appartenaient à des couches socio-économique faibles, parmi les quelles les professions les plus représentées dans notre étude étaient les ménagères (40,5%), les élèves (9,5%), les commerçantes (9,5%) et les étudiantes (6%). ; Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que ces femmes de couches socio-économiques faibles et vivants majoritairement dans un foyer conjugal sont plus exposées à certaines pratiques qui favorisent la transmission du VHB (excision, scarification, rapport sexuel non protégé)

Les patientes étaient des multigestes dans 75% des cas. Ce résultat se superpose à celui de Sidibe. S et al [12] qui a également enregistré 75% de multigestes. Si l'on tient compte que les patientes de notre série ignoraient au préalable leur statut ceci montre l'impact qu'a la voie materno-fœtale dans la transmission du VHB.

Les patientes ayant des antécédents chirurgicaux représentaient 22,62% des cas dont 82,6% étaient des césariennes. Nous n'avons pas pu avoir de données concernant les antécédents de transfusion sanguine, d'hépatopathie familiale, de

scarification et de tatouages qui font pourtant partie des facteurs de risque de transmission du VHB.

Au cours de notre étude l'âge moyen de la grossesse était de $36,84 \pm 4,92$ SA avec des extrêmes de 14 SA et 42 semaines d'aménorrhée. Les nouveau-nés ont reçu une prise en charge vis-à-vis du VHB à la naissance dans 59,5% des cas.

Parmi les nouveaux-nés pris en charge vis-à-vis du VHB 58% ont reçu sérovaccination contre le VHB, 28% ont reçu uniquement la sérothérapie et 14% ont uniquement reçu la vaccination. D'après Bigot. K et al les femmes enceintes porteuses du VHB ne transmettent le virus au nouveau-né que dans 25% des cas [72]. Ceci prouve que la grande majorité des contaminations

Survient après la naissance. La contamination intra-familiale est donc importante dans l'enfance ; elle est favorisée par les soins de maternage (rôle du lait et de la salive), les mauvaises conditions d'hygiène et la promiscuité qui augmentent au cours des contacts entre enfants, l'inoculation des sérosités.

Infectantes en cas d'effraction cutanée ou de lésions suintantes cutanées ou muqueuses. Ainsi la prise en charge systématique du nouveau-né dès les premières heures de la naissance à travers la sérovaccination permet de réduire significativement la transmission périnatale et materno-foetale du VHB.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

CONCLUSION

Dans cette étude la prévalence de l'AgHBs était de 2,78%, la majorité des patientes appartenait à une couche socio-économique faible et était jeune. Bien que la prévalence de l'AgHBs de notre étude soit relativement basse, l'hépatite B n'en demeure pas moins un problème de santé publique au Mali de par sa prévalence élevée au sein de la population générale du Mali (14,7%) [9] et de par la non maîtrise des moyens de contamination. Une prise en charge systématique des nouveau-nés, de mères porteuses de l'AgHBs par la sérovaccination contre le VHB, dès les premières heures après la naissance permettra de réduire significativement la transmission materno-fœtale du VHB qui représente la principale voie de transmission en Afrique subsaharienne [11] et de réduire considérablement la prévalence de l'hépatite B au sein de la population malienne.

RECOMMANDATIONS :

Aux autorités politiques :

- Informer, sensibiliser et éduquer le personnel soignant sur l'hépatite B et la prévention de la transmission mère-enfant.
- Rendre le dépistage des femmes enceintes systématique et gratuit.
- Rendre accessible le coût du dépistage du VHB pour la population
- Former de façon continue le personnel soignant sur le dépistage des hépatites virales, en particulier chez les femmes enceintes.

Aux praticiens :

- Mettre à jour leur vaccination contre l'hépatite virale B.
- Sensibiliser les femmes enceintes sur les risques encourus par le nouveau-né et aussi par l'entourage proche en cas de positivité de l'AgHBs.
- Proposer systématiquement un dépistage à toutes les femmes en âge de procréer et en particulier aux femmes enceintes au 6ème mois de la grossesse par détermination de la présence de l'antigène de surface de l'hépatite B.
- Référer la femme enceinte dépistée AgHBs positif vers un spécialiste.
- Vacciner systématiquement le nouveau-né contre l'hépatite B à la naissance et administrer de l'immunoglobuline antihépatite B dans les 12 premières heures de vie à tous les bébés nés de femmes ayant un résultat positif pour l'antigène de surface de l'hépatite B

A la population :

- Respecter les règles d'hygiène pendant les pratiques traditionnelles de scarifications,
 - Les femmes enceintes doivent rechercher des informations sur l'hépatite B pour leur protection et la protection de leur enfant.
- Toute femme en âge de procréer doit se faire dépister.
- Toute femme en âge de procréer dépistée et non encore immunisée doit se faire vacciner contre l'hépatite B.

REFERENCES

VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Ranger-Rogez S, Alain S, Denis F.** Virus des hépatites :
Transmission mère–enfant. *Path boil.* 2002; 50(9):568–75.
- 2. Pierre Tiollais M, Chen Zhu M.** The hepatitis B. *Pathol Biol.* 2010; 58:243–4.
- 3. Pol. S.** Epidémiologie et Histoire naturelle de l'infection chronique par le VHB.
La lettre de l'hépatogastro-entérologue : 2006. 9(4) :173 – 177
- 4. Organisation Mondiale de la Santé.** Stratégie mondiale du secteur de la santé
contre l'hépatite virale, 2016-2021.
- 5. Stanaway JD, Flaxman AD, Naghavi M, Fitzmaurice C, Vos T, Abubakar I,
et al.** The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the
Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet.* Sept 2016; 388:1081-8.
- 6. Mamadou S, Ide, Maazou A, Aoula, Labo, Bozari.** HIV infection and
hepatitis B seroprevalence among antenatal clinic attendees in Niger, West Africa.
HIVAIDS - Res Palliat Care 2012;4 1–4
- 7. Schweitzer A, Horn J, Mikolajczyk RT, Krause G, Ott JJ.** Estimations of
worldwide prevalence of chronic hepatitis B virus infection: a systematic
- 8. Rouet F, Chaix M.L, Inwoley A, Mselloti P, Viho I, Combe P, et
al.** Prévalence VHB chez les femmes enceintes en RCI, 2004. *Sep*; 74(1) : 34-40
- 9. Bougoudogo F, Diarra S, Traoré S, Niangaly A.** Rapport sur la prévalence des
marqueurs de l'infection par le virus de l'hépatite B au Mali. *INRSP*; 2001 ; p 1-35
- 10. Tounkara A, Sarro Y, Kristensen S, Dao S, Diallo H, Diarra B, et al.**
Seroprevalence of HIV/HBV Coinfection in Malian Blood Donors. *J Int
AssocPhysicians AIDS Care.* 2009; 8:47-51.
- 11. Bacq Y, Gaudy-Graffin CD, Marchand S.** Prévention de la transmission
materno-infantile du virus de l'hépatite B. *Archives de pédiatrie.* 2015; 22(4):427-
434.

- 12. SIDIBÉ S, SACKO M, SANGHO HA, SACKO BY, DOUMBO O & TRAORÉ I** - Epidémiologie de la transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B dans le district de Bamako. L'Eurobiologiste, 2000, XXXIV, 93-96
- 13. Lee C, Gong Y, Brok J, Boxall EH, Glud C.** Effect of hepatitis B immunisation in newborn infants of mothers positive for hepatitis B surface antigen: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2006;332:328-36.
- 14. World Health Organisation-** guidelines on prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B, September 2019.
- 15 Bourel M.** Hépatologie. Paris: Ellipses, 1991 ; p383
- 16 Buffet Pelletier G.** Abrégé d'hépatologie Paris : Masson, 1994 ; p 59-85
- 17 Eugène C.** Les hépatites virales Paris : Masson, 2000 ; p 226
- 18 .Bacq Y.** Hépatite virale B et Grossesse. Gastroenterol clin et biol 2008; 32:S12RS19.
- 19 Hannachi N, Bahri O, Mhalla S, Marzouk M , Sadraoui A, Belguith A, Triki H, Boukadida J .** Hépatite virale B chez les femmes enceintes tunisiennes : facteurs de risque et intérêt de l'étude de la réplication virale en cas d'antigène HBe négatif. Pathologie Biologie 2009; 57 :43R47.
- 20 Khadidjatou SA, Rachidi S.I, Honorat S, Kabibou S, Edgar-Marius O.** Séroprévalence et facteurs associés à l'hépatite B chez les gestantes à Parakou en République du Bénin.Pan Afr Med J 2019; 33:226.
- 21 Lohoues MJK, Touré M, Camara BM.** Transmission materno-fœtale du virus de l'hépatite B en Côte-d'Ivoire. Plaidoyer pour la vaccination de masse.Cahiers santé : 1998; 8: 401-404.
- 22 Ba A.** Transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B au CHN-YO de Ouagadougou. Thèse Med, Ouagadougou, 2002; N°019.

- 23 Sbiti M, Khalki H, Benbella I, Louzi L.** Séroprévalence de l'AgHBs chez la femme enceinte dans le centre du Maroc. *Pan Afr Med J* 2016; 24:187.
- 24 Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E.** Prevalence of hepatitis B and hepatitis C virus infections in France in 2004: social factors are important Predictors after adjusting for known risk factors. *J Med Virol* 2010; 82:546-55.
- 25 Jardi R, Rodriguez F, Buti M, Costa X, Cotrina M, Valdes A et al.** Quantitative detection of hepatitis B virus DNA in serum by a new rapid real time fluorescence PCR assay. *J Virol Hepatol* 2001; 8(6):465-71.
- 26 Mohr R, Boesecke C, Wasmuth J C.** Hepatitis B In: Mauss S, Berg T, Rockstroh J, Sarrazin C, Wedemeyer H. *Hepatology* 8^e édition 2017. Hamb Mediz Fokus Verlag 2017; 8:39-53.
- 27 Konaté M.** Prévalence de l'AgHBs chez les femmes enceintes au CSRef Commune IV du district de Bamako. Thèse Med, Bamako, 2019; N°380.
- 28. Werle-Lapostolle B, Bowden S, Locarnini S, Wursthorn K, Petersen J, Lau G et al.** Persistence of cccDNA during the natural history of chronic hepatitis B and decline during adefovir dipivoxil therapy. *Gastroenterology*. 2004; 126(7): 1750-8.
- 29. Zoulim F.** Virology of hepatitis B. Paris: Elsevier Ed.; 2004 ; p 47
- 30. Locarnini S, McMillan J, Bartholomeusz A.** The hepatitis B virus and common mutants. *Semin Liver Dis* 2003;23:5-20
- 31. European association for the study of the liver.** Clinical practice guidelines on the management of Hepatitis B infection. EASL 2017
- 32. Hess J, Gonvers J, Moradpour D.** Quand et comment traiter les hépatites B et C ? *Rev Med Suisse* 2005; 3: 1-5.

33 Lavanchy D. Hepatitis B virus epidemiology, disease burden, treatment, and current and emerging prevention and control measures. *J Virol Hepatol* 2004 ; 11 :97-107.

34 Coulibaly K. Contribution à la transmission verticale de l'hépatite B, prévalence de l'antigène HBs chez 206 couples mères enfants. Thèse Med, Bamako, 1983; N° 2.

35 Del Canho R, Grosheide PM, Mazel JA, Heijtkink RA, Hop WC, Gerards LJ, et al. Ten-year neonatal hepatitis B vaccination program. The Netherlands, 1982-1992: protective efficacy and long-term immunogenicity. *Vaccine* 1997; 15(15):1624-30.

36 Ngui SL, Andrews NJ, Underhill GS, Heptonstall J, Teo CG. Failed postnatal immunoprophylaxis for hepatitis B: Characteristics of maternal hepatitis B virus as risk factors. *Clin Infect Dis* 1998; 27(1):100-6.

37 Tse KY, Ho LF, Lao T. The impact of maternal HBsAg carrier status on pregnancy outcomes: a case-control study. *J Hepatol* 2005; 43:771-5.

38 Alexander JM, Ramus R, Jackson G, Sercely B, Wendel GD Jr. Risk of hepatitis B transmission after amniocentesis in chronic hepatitis B carriers. *Infect Dis Obstet Gynecol* 1999;7:283-6.

39 Soderstrom A, Norkrans G, Lindh M. Hepatitis B virus DNA during pregnancy and post-partum: aspects on vertical transmission. *Scand J Infect Dis* 2003; 35:814-9.

40 Bacq Y. Hépatopathies au cours de la grossesse. *Gastroenterol Clin Biol* 2001; 25:791-8.

41 Andrieu A, Boulot P, Criballet G, Chassagne P, Chanal C, Fournier FS et al. Référentiel grossesse et hépatites. Languedoc Roussillon Réseau hépatite 2013 ; p8

- 42 Ismail SK, Kenny L.** Review on hyperemesis gravidarum. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007; 21:755-69.
- 43 Riely CA.** Liver disease in the pregnant patient. *American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol* 1999; 94:1728-32
- 44 Chazouilleres O, Bacq Y.** Foie et grossesse. *Gastroenterol Clin Biol* 2004; 28:84-91.
- 45 Benjaminov FS, Heathcote J.** Liver disease in pregnancy. *Am Gastro enterol* 2004; 99:2479-88.
- 46 Ambros-Rudolph CM, Glatz M, Trauner M, Kerl H, Mullegger RR.** The importance of serum bile acid level analysis and treatment with ursodeoxycholic acid in intrahepatic cholestasis of pregnancy: a case series from central Europe. *Arch Dermatol* 2007; 143:757-62.
- 47 Le Thi Huong D, Tieulie N, Costedoat N, Andreu MR, Wechsler B, Vauthier-Brouzes D, et al.** The HELLP syndrome in the antiphospholipid syndrome: retrospective study of 16 cases in 15 women. *Ann Rheum Dis* 2005; 64:273-8.
- 48 Fesenmeier MF, Coppage KH, Lambers DS, Barton JR, Sibai BM.** Acute fatty liver of pregnancy in three tertiary care centers. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:1416-9.
- 49 Ibdah JA.** Acute fatty liver of pregnancy: an update on pathogenesis and clinical implications. *World J Gastroenterol* 2006;12:7397-404.
- 50 Lampertico P, Chan HL, Janssen HL, Strasser SI, Schindler R, Berg T.** Review article: long-term safety of nucleoside and nucleotide analogues in HBV monoinfected patients. *Aliment Pharmacol Ther* 2016; 44:16-34.
- 51 Chan HL, Fung S, Seto WK, Chuang W-L, Chen C-Y, Kim HJ, et al.** Tenofovir alafenamide vs tenofovir disoproxil f

umarate for the treatment of HBeAg positive chronic hepatitis B virus infection: a randomized, double-blind, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet Gastro Enterol Hepatol* 2016; 1:185-195.

52 Agarwal K, Fung S, Seto WK, Lim YS, Gane E, Janssen HL, et al. A phase 3 study comparing tenofovir alafenamide (TAF) to tenofovir disoproxil fumarate (TDF) in patients with HBeAg positive, chronic hepatitis B (CHB): efficacy and safety results at week 96. *J Hepatol* 2017; 66: S478.

53 Buti M, Gane E, Seto WK, Chan HL, Chuang W-L, Stepanova T, et al. Tenofovir alafenamide vs. tenofovir disoproxil fumarate for the treatment of patients with HBeAg-negative chronic hepatitis B virus infection: a randomized, double-blind, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet Gastro Enterol Hepatol* 2016; 1:196-206.

54 Brunetto M, Lim YS, Gane E, Seto WK, Osipenko M, Ahn SH, et al. A phase 3 study comparing tenofovir alafenamide (TAF) to tenofovir disoproxil fumarate (TDF) in patients with HBeAg negative, chronic hepatitis B (CHB): efficacy and safety results at week 96. *J Hepatol* 2017; 66: S25-S26.

55 Guidelines on hepatitis B and C testing - World Health Organization. February 2017 P. 56

56 Haute Autorité de Santé -Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C. [Mars 2011](#)

57 EASL-ALEH Clinical Practice Guidelines. Non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis. *J Hepatol* 2015; 63: 237-264.

58 American association for the study of liver diseases. Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance. P 1561-1563

59 Pan CQ et al. Tenofovir to Prevent Hepatitis B Transmission in Mothers with High Viral Load. *N Engl J Med* 2016; 374:2324-2334.

60 Vranckx R, Alisjahbana A, Meheus A. Hepatitis B virus vaccination and antenatal transmission of HBV markers to neonates. *J Viral Hepat* 1999; 6:135-9.

61 Liu ZH, Men K, Xu D. A follow-up study on correlated factors for intrauterine infection of hepatitis B virus. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi* 1997; 31:263-5.

62 Hamdani-Belghiti S, Bouazzaou NL. Transmission mère-enfant du virus de l'hépatite B. Etat du problème et prévention *Arch Pediatr* 2000 ; 7:879-82.

63 Song YM, Sung J, Yang S, Choe YH, Chang YS, Park WS. Factors associated with immunoprophylaxis failure against vertical transmission of hepatitis B virus. *Eur J Pediatr* 2007 ; 166 : 813-8.

64 Selton D, André M, Hascoët J-M. Efficacité de la sérovaccination chez des nouveau-nés de mères antigènes HBs positif : à propos de 60 observations. *J Gyn Obst et Biol* 2009 ; 38: 500-509.

65 Denis F. Vaccination contre l'hépatite B. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). *Hépatologie* 2007 ; B32 :7-015.

66 Zoulim F, Kay A, Merle P, Trepo C. Virologie de l'hépatite B. EMC (Elsevier SAS, Paris). *Hépatologie* 2006; B30: 7-015

67 Zuckerman JN. Review: hepatitis B immune globulin for prevention of hepatitis B infection. *Jr Med Virol* 2007; 79: 919-21.

68 Da Villa G. Rationale for the infant and adolescent vaccination programs in Italy. *Vaccine* 2000; 18(Suppl 1):S31-4.

69 Note d'information DGS/SD5C/DHOS/E2 no 2006-138 du 23 mars 2006 diffusant un avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section maladies transmissibles, relatif à la vaccination des nouveau-nés.

70 Hernan MA, Jick SS, Oleck MJ, Jick H. Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis: A prospective study. *Neurology* 2004; 63: 838.

71 Zipp F, Weil JC, Einhaupl KM. No increase in demyelinating diseases after hepatitis B vaccination. *Nat Med* 1999; 5: 964-5.

72.Aba H, Aminu M. Seroprevalence of hepatitis B virus serological markers among pregnant Nigerian women. *Ann Afr Med.* 2016;15(1):20-27.

73.Bigot KA, Kodjoh N, Zohoun IS, Hountondji A, Latoundji S, Takpara L et al .Séroprévalence de l'antigène HBs du virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes et leurs enfants. *Med Afr Noire.* 1992;39(7):487-90.

74.Abdoulaye Ousmane ; Maiga Daouda Alhousseyni ; Harouna Amadou Mahaman Laouali et Al 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*

75.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

76.Aïchatou TRAORE ,L'infection par le virus de l'Hépatite B chez la femme enceinte au service de Gynécologieobstétrique du CHU Gabriel Touré.these 2019 . P46

ANNEXES

IX-ANNEXES

Fiche de recueil des données

Fiche N° :.....

I- Données socio-démographiques

2- Date de naissance/...../..... Statut marital.....

3- Niveau d'étude..... Profession.....

4- Poids TailleIMC

Téléphone

II-Antécédents obstétricaux

6- Nombre de grossesse :

7-Nombre d'accouchement :

8-Nombre de parité :

9-Nombre d'enfants vivants :

10- Nombre d'enfants décédés :

11-Nombre d'avortement

12-Mode d'accouchement :

III-Facteurs de risque de contamination par le VHB

12-Transfusion sanguine ou dérivées : Oui Non

13-Hépatite B dans la famille : Oui Non

14-Si oui : Père Mère

Frères ou sœurs conjoint

15-Chirurgie : Oui Non

16-Si oui : type Date.../.../....

17-Toxicomanie intra-veineuse : Oui Non

18-Multiparténariat sexuel Oui Non

19-Excision/scarification Oui Non

IV-Données sur la grossesse

20-Age :.....SA ; trimestre

21-Dosage de l'AgHbS : Positif Négatif

22-Propositions de prise en charge du nouveau-né vis-à-vis de l'hépatite B :

Sérovaccination à la naissance : Oui Non

Vaccination à la naissance : Oui Non

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : BAHOKEN BEKOL

Prénom : Alain Raoul

Année universitaire : 2020-2021 TEL 50649278

Date de naissance : 30/05/1992

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Cameroun

Lieu dépôt : Faculté de médecine et d'Odontostomatologie

Titre : **Portage de l'AgHBs par les femmes enceintes suivies au service de GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE du CHU Point-G**

BUT : Cette étude qui a permis de déterminer la prévalence de l'AgHBs chez la femme enceinte au service de Gynéco-Obstétrique.

METHODOLOGIE : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive rétrospective, s'étendant sur une période de 24 mois allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2019

RESULTAT : Au cours de notre période d'étude 3024 gestantes avaient suivies leur consultation prénatale dont 84 étaient porteuses de l'antigène HBs pour une prévalence de 2,78 %. L'âge moyen des gestantes étaient de $27,3 \pm 5,8$ avec des extrêmes de 15 et 41 ans. Les gestantes étaient mariées dans 97,6% des cas et elles étaient ménagères dans 40,5% des cas. Le taux de scolarisation était de 67,9%. Les patientes étaient multigestes dans 75% des cas, l'âge moyen de la grossesse était de $36,84 \pm 4,92$ SA. Nous n'avons pas noté des antécédents de multiparténariat sexuel, toxicomanie intraveineuse, d'hépatopathie familiale et de transfusion de sanguine. En ce qui concerne les nouveaux-nés, 59,5% ont reçus une séroprophylaxie au VHB à la naissance. **Mots clés** : Femme enceinte, AgHBs, prévalence, hépatite B, CHU Point-G, Mali.

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'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de 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 la 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !