

Prise en charge des enfants nés de mères infectées par le VIH au centre hospitalier régional de Tsévié, Togo.

K.E. Djadou (1), A. Ocloo (2), D. Dokounor (1), O. Agbodjan-Djossou (4), A. Akakpoussa (5) & D.Y. Atakouma (6)

(1) Service de pédiatrie, CHR de Tsévié, BP 51, Togo. Tél. : (228) 9068167 ou (228) 3304134, fax : (228)3304135, e-mail : edjadou@yahoo.fr

(2) UNICEF, Lomé, Togo.

(3) Service de pédiatrie, CHU Tokoin, BP 57, Lomé, Togo.

(4) Service de maternité, CHR de Tsévié, BP 51, Togo.

(5) Faculté de médecine et de pharmacie de Lomé, BP 1515, Togo.

Courte note n° 3020. "Santé publique". Reçue le 3 octobre 2006. Acceptée le 12 décembre 2006.

Summary: Treatment of children born of AIDS mothers in Tsevie hospital regional center, Togo.

The aim of this survey was to describe the components of the children medical care follow-up in the protocol of prevention of HIV/Aids from mother to child by nevirapine intake.

A four- year retrospective study was carried out in Tsevie hospital regional center. 90 children and their pregnant mothers who received nevirapine were recorded.

75 children received breast feeding. There was no follow-up for 42% of the children. The weight growth was correct in 90% of the children effectively followed. 49% of the children were completely vaccinated to PEV. The average children medical check up was 3,1 (minimum 1 maximum 8). The average age for breast feeding weaning was 6,2 months. The mother to child transmission rate was globally estimated at 12,5% at 18 months. 12 children (13%) died before HIV serology.

The survey confirms the potency of nevirapine in preventing HIV transmission from mother to child and lays emphasis on real problems for which appropriate solutions should be found.

child
mother
HIV-Aids
nevirapine
Tsevie
Togo

enfant
mère
VIH-sida
névirapine
Tsévié
Togo

Introduction

À la fin de l'année 2004, l'ONUSIDA a estimé à 2,6 millions le nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH/sida dans le monde. Près de 87 % de ces enfants résident en Afrique subsaharienne et plus de 90 % d'entre eux sont nés de mères séropositives au VIH (1). Le taux de transmission mère-enfant du VIH varie de 25 à 48 % dans les pays en développement en l'absence de prévention (2). Le programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) a été initié au Togo en 2002 par le Programme national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles grâce à l'appui de l'UNICEF dans le district sanitaire de Zio, chef-lieu Tsévié, avant son extension progressive dans tout le pays. Le programme PTME a opté pour le protocole court névirapine en raison de son efficacité (50 % de réduction de transmission du VIH de la mère à l'enfant), de son faible coût (5 dollars US), de sa simplicité de mise en œuvre (3) et surtout compte tenu des conditions de soins difficiles dans notre milieu. Le but de notre travail était de décrire la prise en charge des enfants nés de mères atteintes par le VIH/sida, dans le service de pédiatrie du cen-

tre hospitalier régional (CHR) de Tsévié du 1^{er} juin 2002 au 31 mai 2006 soit une période de 4 ans.

Population étudiée et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les dossiers de ces enfants, dont les mères gestantes porteuses du VIH/sida ont reçu la névirapine (200 mg) dès les premières contractions utérines, et qui ont reçu une dose de névirapine (2 mg/kg) dès leur naissance. Il était recommandé aux sages femmes d'appliquer le chlorure de benzalkonium dans la filière génitale maternelle dès le début du travail et d'en badigeonner le bébé dès son expulsion, afin de diminuer le risque de contamination.

Nous avons collecté les données suivantes : le sexe, le mode d'allaitement, la courbe de poids, les vaccinations, les infections opportunistes, le traitement reçu, le respect du calendrier de suivi prévu par le programme : à 1, 6, 10, 14 semaines, puis à 6, 9, 12, 15, 18 mois, l'effectivité de l'ab lactation à 6 mois, l'alimentation de remplacement et le statut sérologique à 18 mois.

Résultats

Durant les 4 ans d'activité, 90 enfants ont été enregistrés, dont 46 filles et 44 garçons. La majorité (90 %) étaient nés par voie basse. 75 nouveau-nés (83,3 %) ont été nourris par le lait de la mère. 42% des enfants (38/90) étaient perdus de vue pour des raisons diverses (dénî, crainte d'une stigmatisation, décès, etc.).

La croissance pondérale était satisfaisante chez 90,4 % des enfants effectivement suivis (47/52).

44 enfants, soit 49 % (44/90) étaient complètement vaccinés par le PEV à 12 mois de vie et avaient reçu de la vitamine A. Les infections opportunistes (candidose, diarrhée, infections respiratoires aiguës) étaient présentes chez 12 enfants soit 13,3 %. 48 enfants (53,3 %) ont eu un traitement prophylactique au cotrimoxazole dès la sixième semaine de vie.

Le nombre moyen de consultations par enfant était de 3,1 (minimum 1, maximum 8). Les mères de ces enfants recevaient à chaque consultation, des conseils nutritionnels.

L'âge moyen de l'ab lactation était de 6,2 mois (minimum 3, maximum 11). Dès un mois de vie, les mamans habitaient les nourrissons à prendre le lait maternel tiré à la cuiller et, progressivement, elles diminuaient le nombre de tétées; l'ab lactation se faisait alors sans trop de heurt à 6 mois. Ensuite, la maman remplaçait son lait par du lait artificiel avec introduction progressive de la bouillie légère préparée avec les céréales locales et plus tard le plat familial. Les mères ayant opté pour l'allaitement artificiel avaient du mal à l'assumer par manque de moyens financiers; les bébés étaient mal nourris, ce qui se répercutait sur leur croissance pondérale.

La sérologie VIH, faite après 18 mois chez 16 enfants, était positive chez 2 d'entre eux, soit 12,5 %. Ces derniers sont actuellement sous traitement anti-rétroviral en raison de leur stade évolutif ou de $CD4 < 15\%$.

12 enfants (13 %) sont décédés avant la connaissance de leur statut sérologique à 18 mois : 6 par complications des infections opportunistes, 1 par grande prématurité, 2 par infection néonatale et 3 décès à domicile.

Discussion & conclusion

Le déni de la maladie, la stigmatisation, la non appropriation du programme par les communautés de base, les décès survenus avant 18 mois, pourraient expliquer le fort taux de perdus de vue et le très faible nombre d'enfants testés à 18 mois. La recherche active des perdus de vue a été rendue difficile par les multiples changements d'adresses des mères. Le taux élevé d'enfants contaminés (12,5 %) pourrait être dû à l'état avancé du sida chez certaines gestantes, à la difficulté d'ab lactation à 6 mois.

Un effort doit être fait pour que les activités de la PTME rentrent dans les tâches routinières du service, et il faudra en outre trouver des financements pour soutenir les femmes qui ont choisi l'allaitement artificiel.

Un plaidoyer doit être fait auprès des partenaires au développement pour que notre centre soit doté du test PCR-ADN permettant un diagnostic précoce de l'infection à VIH.

Les mesures de prévention doivent être intensifiées auprès de la population en général et auprès des femmes enceintes et de leurs partenaires en particulier pour un dépistage volontaire. Les organisations non gouvernementales s'occupant du VIH/sida et les agents de santé doivent coordonner leurs actions pour une éducation des associations communautaires et une surveillance rapprochée des mères et des enfants.

Remerciements

Nos remerciements vont au Dr POTOUNGIMA TCHAMDJA et au Dr TCHAMA.

Références bibliographiques

1. UNAIDS/OMS AIDS – *Epidemic Update*. December 2004.
2. BLANCHE S – *L'infection à VIH de la mère à l'enfant*. Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 1998.
3. GUAY LA, MUSOKE P, FLEMING T, BAGENDA D, ALLEN M et al. – Intrapartum and single-dose nevirapine compared of zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 1999, **374**, 795-802.