



Revue Burkinabè de Santé Publique

ISSN: 2756 – 7621

Aspects cliniques et thérapeutiques de la prise en charge des enfants nés de mères séropositives au VIH et suivis dans le cadre de l'élimination de la transmission mère-enfant de 2019 à 2023 au centre hospitalier universitaire de Bogodogo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Clinical and therapeutic aspects of the care of children born to HIV-positive mothers and followed up in the context of the elimination of mother-to-child transmission from 2019 to 2023 at the university hospital center of Bogodogo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Lassané ZINABA^{1*}, Danielle YUGBARE BELEMSAGA², Bernadette SIMPORE, Cathérine Marie OUEDRAOGO¹, Félicité W. NANA², Solange OUEDRAOGO¹

1 : Service de pédiatrie, Centre hospitalier universitaire de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso

2 : Institut de Recherche des sciences de la Santé (IRSS), Centre national de recherche Scientifique et Technologique (CNRST), Ouagadougou, Burkina Faso

*Auteur correspondant : ZINABA Lassané : laszinaba@gmail.com +22671720208

Résumé

Objectif : décrire les aspects cliniques et thérapeutiques de la prise en charge des enfants nés de mères séropositives au VIH et suivis dans l'eTME

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude transversale rétrospective à visée descriptive et analytique sur des enfants nés de mères séropositives suivis en consultation externe dans le service de pédiatrie du CHU-B de 2019 à 2023.

Résultats : Nous avons 292 enfants nés de mère séropositive, avec un sex-ratio de 1,18. L'âge moyen des mères était de 32,60. La voie d'accouchement principale était basse (93,43%). Les ménagères représentaient 49,08% des patientes. La prophylaxie antirétrovirale était la Dolutégravir (TLD) chez 70,21% des mères, il y a 98,63% des mères séropositives dont 99,31% étaient infectées par le VIH 1 et 72,65% ont partagé leur sérologie avec leurs conjoints. La majorité des nouveau-nés avaient un poids $\geq 2500g$, avec un diagnostic dans un délai > 45 jours de vie chez 49,09% et une sérologie négative de 96,13% au diagnostic précoce. La prophylaxie antirétrovirale était la névirapine 89,82% et un allaitement exclusif de 93,77%.

Le taux de mortalité était de 1,02% avec 155 enfants en eTME.

Conclusion : La transmission du VIH de la mère à l'enfant est relativement élevée au CHU B. Le suivi de la grossesse des mères séropositives au VIH, la prévention des infections et les soins précoces des nouveau-nés de mères séropositives au VIH du prématuré contribueront à l'eTME au CHU B.

Mots clés : enfants nés de mères séropositives-VIH-ETME-CHU-B

Abstract

Objective: to describe the clinical and therapeutic aspects of the management of HIV-positive mother's infants and followed up under the elimination of mother-to-child transmission (eMCT).

Methodology: This was a cross-sectional retrospective, descriptive and analytical study of infants of HIV-positive mothers followed up in the outpatient unit of the pediatrics department of Bogodogo University Hospital from 2019 to 2023.

Results: We found 292 infants of HIV-positive mothers, with a sex ratio of 1.18. The average age of mothers was 32.60. The vaginal delivery represented 93.43%. Housewives accounted for 49.08% of mothers. Antiretroviral prophylaxis was Dolutegravir (TLD) in 70.21% of mothers. There were 98.63% HIV-positive mothers, of whom 99.31% were infected with HIV 1 and 72.65% shared their serology with their spouses. The majority of newborns weighed $\geq 2500g$, with a diagnosis within > 45 days of life in 49.09% and a negative serology of 96.13% at early diagnosis. Antiretroviral prophylaxis was

nevirapine in 89.82% and exclusive breastfeeding in 93.77% of infants. The mortality rate was 1.02% with 155 infants in eMCT.

Conclusion The mother-to-child transmission of HIV is relatively high at CHU B. HIV-positive mothers must receive early, high-quality pregnancy follow-up and care for their infants. Pregnancy monitoring for HIV-positive mothers, infection prevention and early care for newborns of HIV-positive mothers of premature babies will contribute to eMCT at CHU B.

Key words: Infants of HIV-positive mothers-HIV-eMCT-CHU-B

Introduction

La transmission de l'infection du virus de l'immunodéficience acquise (VIH) de la mère à l'enfant demeure un problème majeur de santé publique notamment dans les pays en développement (1-3). Particulièrement en Afrique subsaharienne, cette transmission verticale demeure extrêmement élevée en raison du non-accès aux services de base de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (3-7). En 2020, chaque jour, 400 enfants de moins de 15 ans étaient infectés par le VIH essentiellement pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement maternel. Malgré la baisse de nouvelles infections à VIH dans le monde de près de 50%, 150 000 nouvelles infections ont été enregistrées avec plus d'1/2 million de nouveau-nés en Afrique sud-saharienne qui étaient infectés par la transmission mère-enfant (2, 5, 8). Face à ce constat, l'administration précoce du traitement antirétroviral chez les femmes séropositives dès le début de leur grossesse s'imposait comme une stratégie essentielle, puisqu'elle permettait de réduire de façon significative le risque de transmission du VIH à l'enfant (9).

Le Burkina Faso est un pays à épidémie VIH mixte avec une prévalence du VIH qui a évolué à la baisse allant de 7,17 % en 1997 à 1% en 2013 et à 0,6 % en 2020 (11). Le taux de dépistage chez la femme enceinte est passé de 71% en 2012 à 84,5 % en 2020 et à 95,4% en 2024 avec un taux de positivité respectivement de 0,5% et 0,2% en 2020 et 2024. Dans cette dynamique, le dépistage par PCR des enfants nés de mères séropositives a connu une progression notable, passant de 39,8 % en 2012 à 75,7 % en 2020 (11). Cette amélioration s'est accompagnée d'une baisse du taux de transmission résiduelle, qui est passé de 6 % en 2012 à 5,2 % en 2021 (11). Enfin, les données les plus récentes montrent qu'en 2024, le taux de positivité à la PCR chez les nourrissons exposés n'était plus que de 2,2 % avec 97,5 % des enfants nés de mères infectées ayant bénéficié d'un schéma complet d'ARV pour la prévention dans les formations sanitaires (12).

Bien que le Burkina Faso ait consenti d'importants efforts, à travers le ministère de la Santé et ses partenaires, pour renforcer la prévention et la prise en charge du VIH chez les enfants, les résultats demeurent contrastés. En effet, malgré une amélioration du dépistage et de l'accès aux ARV, la transmission mère-enfant persiste au-delà du seuil fixé par l'OMS pour l'élimination. C'est dans cette perspective que s'inscrit notre étude, dont l'objectif est de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques de la prise en charge des enfants nés de mères séropositives au VIH au sein du service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Bogodogo, sur la période 2019–2023.

1 Patients et matériels

1.1 Cadre de l'étude

L'étude a été menée dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Bogodogo (CHU-B) situé dans la ville de Ouagadougou (capitale du Burkina Faso). Le CHU-B est l'un des hôpitaux de référence du pays. Le service de pédiatrie offre les prestations pour les patients âgés de 0 à 14ans. La consultation externe : Elle assure le suivi des malades atteints de pathologies chroniques, l'accueil des nouveaux patients, suivi des patients déjà hospitalisés et le suivi de la file active pédiatrique. La prise en charge du VIH dans le cadre de l'élimination de la transmission mère enfant commence dans le service de la maternité et au niveau des urgences pédiatriques. Les mères positives au VIH sont orientées après l'accouchement à la consultation externe pour la suite de prise en charge. Dans ce service, les enfants sont enrôlés dans la file active pédiatrique et reçoivent des soins appropriés jusqu'à l'âge adulte avant d'être orientés au service de maladie infectieuse ou le suivi se poursuit au niveau de la file active adulte

1.2 Type d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive et analytique avec une collecte rétrospective portant sur les enfants nés de mères séropositives suivis en consultation externe dans le service de pédiatrie du CHU-B pendant la période allant du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2023 soit une durée de 5 ans.

1.3 Population d'étude

La population d'étude était faite de l'ensemble des enfants nés de mères séropositives au VIH suivis en consultation externe dans le service de pédiatrie du CHU-B au cours de notre période d'étude.

Ont été inclus dans l'étude :

- Les enfants nés de mères séropositives
- Les enfants suivis en consultation externe dans le service de pédiatrie dans la période d'étude

Ont été exclus dans l'étude, les enfants nés de mères séropositives ayant un dossier non exploitable et ceux dont le suivi a été interrompu pour des raisons quelconques.

Il s'est agi d'une extraction de données des registres d'eTME, des dossiers d'eTME et du registre de la file active à l'aide d'une grille d'extraction. Les données ont été collectées à partir d'une fiche de collecte numérique sur la plateforme kobotoolbox. Un microordinateur a été utilisé comme outils de collecte.

1.4 Variables de l'étude

Les variables étudiées incluaient les données socioéconomiques des enfants et des parents, les paramètres cliniques, les caractéristiques des enfants, les résultats du diagnostic PCR et le suivi des enfants.

➤ Paramètres socio-démographiques des parents :

Mère : âge, profession, résidence, situation matrimoniale, niveau de scolarisation, district de suivi

Père : âge, profession, résidence, situation matrimoniale, niveau de scolarisation

➤ Paramètres cliniques

Gynécologiques et obstétriques : geste, parité, enfants vivants, mort-né, décédé, avortement

Statut sérologique de la mère : sérologie rétrovirale, suivie, protocole de suivi

Statut sérologique du père : sérologie rétrovirale, suivie, protocole de suivi

Caractéristiques de la grossesse : primigeste, terme de la grossesse, consultation prénatale, voie d'accouchement

➤ Les caractéristiques des enfants

Données néonatales : lieux de naissance, date de naissance, constantes, sexe, âge de diversification alimentaire, âge d'ablactation, statut vaccinal

Traitement reçu dans le cadre de la PTME : prophylaxie rétrovirale, date d'arrêt de la prophylaxie, diagnostic précoce

4- Résultats du diagnostic précoce : statut actuel, traitement actuel, statut du suivi eTME, nombre de visite de suivi, état actuellement

Dans le cadre de cette étude, un enfant perdu de vue est un enfant né de mère séropositive, enrôlé dans le programme de suivi eTME mais qui n'a pas complété le calendrier au cours du suivi (18 mois)

1.5 Analyse des données

Les données collectées ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel EPI Info 7.2.6.0. et des logiciels Excel. Les résultats des analyses descriptives ont été exprimés en pourcentages et/ou en moyennes. Le test statistique de Khi-deux de Pearson a été utilisé pour la comparaison des proportions des caractéristiques des mères et des enfants avec le décès pour déterminer les facteurs associés à la mortalité infantile chez les enfants nés de mères séropositives

1.6 Aspects éthiques et déontologiques

Les accords du Directeur Général et du chef de service de pédiatrie du CHU-B ont été obtenus. La confidentialité des informations recueillies a été respectée.

2 Résultats

2.1 Diagramme de flux

Du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2023, 292 enfants reçus au service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Bogodogo pour la prise en charge dans le cadre de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH ont été inclus dans l'étude (Figure 1).

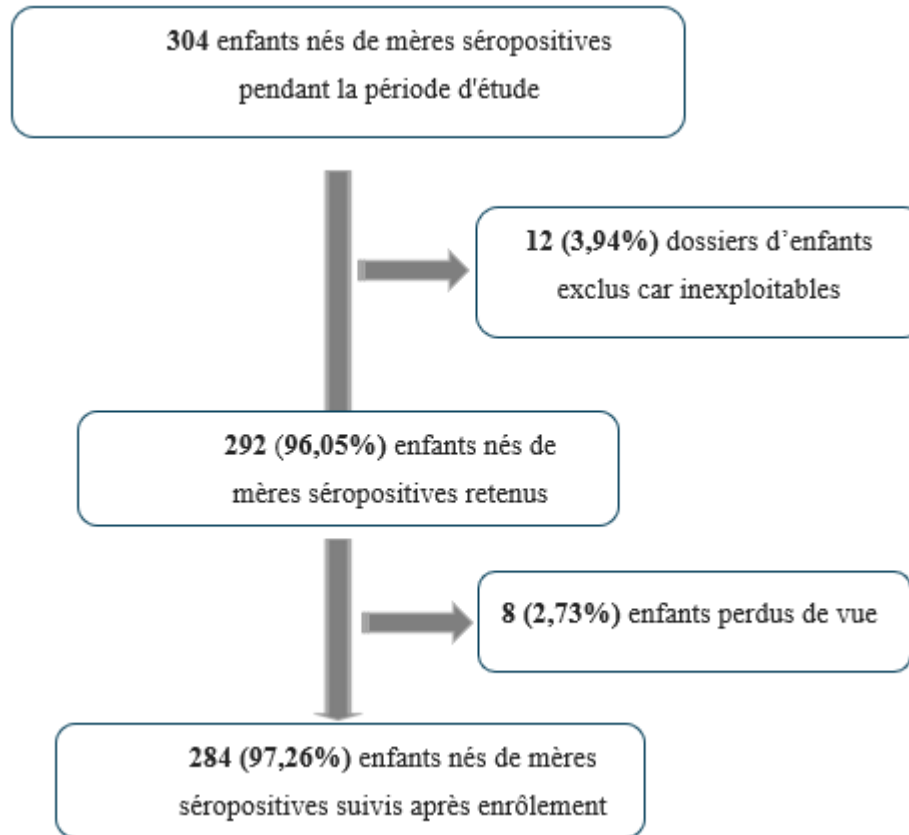


Figure 1 : Diagramme de flux des enfants nés de mères séropositives retenus dans l'étude

Caractéristiques socio-démographiques des enfants et des parents (Tableau I)

Les enfants de sexe masculin étaient les plus représentés 158/291 soit (54,30 %) et le sexe féminin 133/291 (45,70 %). Ils étaient majoritairement nés dans le district de Bogodogo 69,18 %. Les enfants de la tranche d'âge]30-60] jours étaient 103/273(37,73 %) et de moins de 31 jours 101/273(36,46 %).

Les mères avaient un âge moyen de 32,60 +/- 6,32 ans avec des extrêmes de 20 et 45 ans.

Les mères ménagères étaient les plus représentées dans 49,08 % et les mères commerçantes dans 19,05 %. Les mères vivantes en zones urbaines étaient les plus représentées dans 90,75%

Quant aux pères, ceux exerçant dans le milieu informel étaient les plus représentés dans 72 (35,82 %).

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques des parents et des enfants

Caractéristiques socio démographiques	Effectif	Pourcentage
Lieu de naissance des enfants (n=269)		
District de Bogodogo	183	69,18
Autres districts	86	30,82
Sexe des enfants (n=291)		
Masculin	158	54,30
Feminin	133	45,70
Age des enfants (n=273)		
[0-30]	100	36,63
]30-60]	103	37,73
]60-90]	18	6,6
]90-120]	15	5,5
]120-150]	7	2,56
]150-180]	6	2,2
]180-210]	7	2,56
>210	17	6,23
Age des mères (n=209)		
< 20	1	0,48
[20-30[	85	40,6
[30-40[	102	48,80
≥ 45	21	10,05
Résidence des mère (n=282)		
Zone urbaine	265	90,75
Zone rurale	17	5,82
Situation matrimoniale des mères (n=276)		
Mariée	272	98,56
Célibataire	2	0,72
Veuve	2	0,72
Profession de la mère (n=273)		
Ménagère	134	49,08
Commerçante	52	19,05
Fonctionnaire	38	13,92
Autre	38	13,92
Etudiante	10	3,66
Chômage	1	0,37
Niveau de scolarisation de la mère (n=183)		
Non scolarise	60	32,79
Primaire	61	33,33
Secondaire	46	25,14
Supérieur	16	8,74
Profession des pères (n=201)		
Secteur informel	72	35,82
Commerçant	57	28,36
Fonctionnaire	57	28,36
Cultivateur	9	4,48
Etudiant	6	2,98

Caractéristiques socio démographiques	Effectif	Pourcentage
Niveau de scolarisation du père (n=109)		
Non scolarisée	33	30,28
Niveau primaire	25	22,94

Paramètres cliniques des parents (Tableau II)

Les mères de sérologie positive représentaient 98,63% et les sérologies indéterminées 1,36%, Les mères infectées par le VIH de type 1 étaient 290/292 soit 99,31% et celles infectées par le VIH de type 2 2/292 soit 0,68%. Le TLD (Dolutégravir) était le protocole le réalisé 198/282 (70,21 %) suivi de l'ATRIPLA (Efavirenz + emtricitabine + tenofovir) 80/282 (28,36 %). Ces protocoles ont été instaurés au moment du dépistage et de la mise sous traitement.

Sur les 267 partages de sérologies précisées, 194 mères (72,65%) ont partagé leurs statuts sérologiques avec leurs conjoints.

Sur les 194 partages de sérologies avec les conjoints, 160 (82,47 %) étaient sérologies inconnues, 23 (11,85 %) de sérologies positives (tous de types 1) et 11 (5,67 %) de sérologies négatives.

Tableau II : Paramètres cliniques des mères et des pères

Paramètres cliniques	Effectif	Pourcentage
Sérologie VIH de la mère (n=284)		
Positive	288	98,63
Indéterminée	4	1,36
Type de VIH (n=292)		
VIH type 1	290	99,31
VIH type 2	2	0,68
Protocole (n=282)		
TLD	198	70,21
ATRIPLA	80	28,37
TDF+3TC+EFV	4	1,42
Partage de sérologie avec le conjoint (n=267)		
Oui	194	72,65
Non	73	27,34
Sérologie VIH du père (n=194)		
Inconnue	160	82,47
Positive (VIH1)	23	11,85
Negative	11	5,67
Suivi du père (n=23)		
Oui	21	91,30
Non	2	8,69
Protocole du père (n=6)		
TLD	5	83,33
ATRIPLA	1	16,67

Paramètres cliniques des enfants (Tableau III)

Les nouveau-nés reçus en consultation entre 0 et 30 jours étaient de 125/283 (44,16 %). Deux cent cinquante-six 256 (93,43 %) mères ont accouché par voie basse.

Les enfants ayant bénéficié de la prophylaxie rétrovirale étaient de 285/292 (97,60 %) et ceux n'ayant pas bénéficié de 6/292 (2,05%). Les enfants sous névirapine étaient de 256 (89,83%).

Les enfants ayant bénéficié du cotrimoxazole étaient de 263/292 (90,07 %).

Les enfants ayant bénéficié d'un diagnostic dans un délai de plus de 45 jours étaient de 49,09 %.

Les enfants qui avaient une PCR négative étaient de 276 (96,13%), et ceux à PCR positive de 11 (3,87%). Le temps moyen d'obtention des résultats est de 26,85 +/-33,18 jours avec des extrêmes de 00 et 288 jours. L'AME était de 93,77 % suivi de l'alimentation par les substituts de lait maternel (SLM) 6,22 %. Vingt-neuf enfants (76,31 %) ont bénéficié de l'ablactation à l'âge de 12 mois.

Tableau III : Paramètres cliniques de l'enfant

Paramètres cliniques	Effectif	Pourcentage
Délai de consultation (n=283)		
<30jrs	125	44,16
[30-90jrs [	106	37,45
≥90jrs	52	18,37
Voie d'accouchement (n=274)		
Voie basse	256	93,43
Césarienne	18	6,57
Poids de naissance (n=169)		
≥ 2500g	132	78,11
< 2500g	37	21,89
Prophylaxie rétrovirale (n=285)		
Névirapine	256	89,83
Névirapine + Zidovudine	26	9,12
Zidovudine	1	0,35
Duovir-N	2	0,7
Cotrimoxazole (n=292)	263	90,07
Résultats de la PCR (n=284)		
PCR négative	273	96,13
PCR positive	11	3,87
Délai de rendu des résultats du DBS (n=284)		
<7jrs	79	27,81
[7-30jrs [	85	29,93
[30-90jrs [	101	35,56
≥90jrs	19	6,7
Mode d'alimentation des enfants à PCR négative (n=273)		
Allaitement maternel exclusif (AME)	256	93,77
Substitut de lait maternel (SLM)	17	6,22
Age d'ablactation en mois (n=38)		
12 mois	29	76,31
13 mois	3	7,89
14 mois	3	7,89
17 mois	3	7,89
Enfants enrôlés à la date du 31 Décembre 2023 (n=292)		
Sous eTME	155	53,08
Sortie eTME	126	43,15
Perdue de vue	8	2,74
Décédé	3	1,03

Deux cent quatre-vingt-quatre (284) enfants, soit 97,26 %, avaient bénéficié d'un suivi après enrôlements. Cependant nous avons enregistré, 3 décès (dont 2 séropositifs) soit 1,02 % et 8 perdues de vue (dont 1 séropositif) soit 2,73 %. Les enfants qui n'avaient pas atteint le terme de 18 mois de suivi étaient au nombre de 155 soit 53,08 %.

L'analyse des facteurs associés au décès des enfants nés de mères séropositives a montré que le décès était associé de façon significative au lieu de résidence de la mère ($p=0,0004$) avec un OR =0,0456. Cela signifie que les enfants dont les mères résidaient en milieu urbain étaient 0,04 fois protégés du risque de décès que ceux vivants en milieu rural.

3 Discussion

Cette étude avait pour objectif d'analyser les aspects cliniques et thérapeutiques de la prise en charge des enfants nés de mères séropositives au VIH dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Bogodogo du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2023. Elle a porté sur deux cent quatre-vingt-douze (292) enfants issus de mères séropositives au VIH. Les principaux résultats montraient que les enfants ayant bénéficié de la prophylaxie rétrovirale étaient 285 (97,60%) dont 256 (89,82%) étaient sous névirapine. Les enfants ayant bénéficié du cotrimoxazole étaient de 263 (90,07%). Les enfants ayant bénéficié d'un diagnostic dans un délai de plus de 45 jours étaient 136 (49,09%). Les enfants qui avaient une PCR positive 11 (3,87%). Au cours du suivi, 126 enfants (43,15 %) ont terminé leur suivi de 18 mois et sont sortis du programme eTME. Cependant, 3 décès ont été enregistrés soit 1,02% (2 enfants décédés étaient positifs) et 8 perdus de vue soit 2,73 %. Les enfants toujours sous eTME étaient 155 (53,08%). Le lieu de résidence de la mère était le seul facteur associé au décès de l'enfant.

Les enfants ayant bénéficié de la prophylaxie rétrovirale étaient 285 (97,60%). Au Burkina selon Ouédraogo et al (16), 92,5% des nouveau-nés avaient reçu un traitement antirétroviral à base de névirapine dans les 72 heures après la naissance. Nos résultats étaient également similaires à ceux de Sangho H et al au Mali en 2013 (14) qui retrouvaient 100% des enfants sous ARV. Les enfants n'ayant pas bénéficié de la prophylaxie antirétrovirale étaient dû au grand retard de consultation dans le cadre de la PTME.

Les enfants sous névirapine étaient 256 (89,82%) ; ceux ayant bénéficiés de la zidovudine et de la névirapine 26 (9,12%). Cependant Sangho H et al au Mali en 2013 (14) retrouvaient une bithérapie (névirapine+zidovudine) dans 70,80% des cas. Ces recommandations visent à réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la période périnatale et pendant l'allaitement chez les enfants à haut risque.

Les enfants ayant bénéficié du cotrimoxazole sont de 263 (90,07%). Nos résultats étaient similaires à ceux de Sangho H et al au Mali en 2013 (14) qui retrouvaient 88,88%. Ceci pourra s'expliquer par ses propriétés antibactériennes efficaces contre une large gamme de bactéries mais sa facilité d'administration.

Dans notre série, les enfants ayant bénéficié d'un diagnostic dans un délai de plus de 45 jours étaient 136 (49,09%). Dans la méta-analyse de Mugglin et al, 64% des enfants exposés ont reçu le diagnostic précoce au PCR à 6 semaines (17). Ceci correspond à l'âge idéal pour effectuer la PCR-ADN qui doit être faite de préférence entre 4-6 semaines de vie (18). Dans notre contexte de travail, les difficultés liées au retard du diagnostic pourraient également être les ruptures fréquentes des intrants pour la réalisation de la PCR, à la non-implication du père dans les soins de l'enfant et l'indisponibilité des parents pour les rendez-vous, d'où la nécessité d'éduquer tous les acteurs pour un changement de comportement.

Les enfants qui avaient une PCR négative étaient 273 (96,13%) et ceux à PCR positive 11 (3,87%). Ces résultats étaient similaires à ceux de Ouédraogo et al en 2015 [11] qui retrouvaient un taux de transmission résiduelle dans la cohorte de l'hôpital Saint-Camille de Ouagadougou de 3,6%. Ce taux à l'échelle nationale a progressivement baissé à 0,5 % en 2020 et à 0,2 % en 2024 (12).

Le temps moyen d'obtention des résultats est de 26,85 +/-33,18 jours avec des extrêmes de 00-288 jours. Ce temps d'attente très longue est dû le plus souvent à la distance des sites disposants de réactifs.

L'AME était de 93,77 % suivi de l'alimentation par les substituts de lait maternel (SLM) 6,22 %. Cependant nos résultats sont différents de ceux de Ouédraogo et al au Burkina [11] qui retrouvait 78% des enfants nourris par substitut du lait maternel. Ceci s'expliquerait par le fait que l'alimentation artificielle soit inaccessible mais aussi que l'allaitement maternel est la plus recommandé dans notre contexte car il protège plus l'enfant même de mère séropositive.

Au cours du suivi, 126 enfants, soit 43,15 %, ont terminé leur suivi de 18 mois et sont sortis du programme eTME. Cependant nous avons enregistré 3 décès soit 1,02% (2 enfants décédés étaient positifs) et 8 perdus de vue soit 2,73 % (1 enfant perdue de vue était positif). Les enfants toujours sous eTME étaient 155 (53,08%). Le lieu de résidence de la mère était le seul facteur associé au décès de l'enfant. En somme la résidence urbaine serait un facteur de survie. Les mères vivantes en zones urbaines étaient représentées de 265 (90,75 %) et des zones semi-rurales des 17 (5,82 %). Nos résultats corroborent ceux de Desta et al en Ethiopie (2019) qui retrouvaient que la majorité des nourrissons provenaient de zones urbaines 72,4 % (3). Ceci s'expliquerait par la situation géographique du CHU-B. Nos résultats étaient différents de ceux de Dembélé au Mali en 2017 qui lui retrouvait la détectabilité de la charge virale, le suivi des CPN, la prophylaxie ARV et le cotrimoxazole, le suivi pédiatrique et le sevrage de l'enfant comme facteurs de survie[4]. Le délai moyen de consultation est de 208,83 +/- 2617 jours. Les enfants reçus en consultation entre 30 et 90 jours étaient 106 (37,45%) et ceux reçus avant 1 mois 125 (44,16%). Cela se justifie par le fait que les mères reçoivent la névirapine au dernier trimestre de la grossesse ou à l'accouchement et sont sensibilisés pour l'administration aux nouveau-nées jusqu'à J45 si bien qu'elles ne se présentent que quand elles ont fini de donner la névirapine ou quand il leur manque la névirapine.

L'accouchement à voix basse était 256 (93,43%). Nos résultats étaient similaires à ceux de Sangho H et al au Mali en 2013 (14). Dans notre série, le sexe masculin était représenté dans 158 (54,30%) et le sexe féminin 133 (45,70%). Ces résultats corroborent ceux de Sangho H et al au Mali en 2013 (14) qui a une prédominance masculine avec 54,00%. Les mères mariées étaient 272 (98,55%). Ces résultats étaient similaires à ceux de Sangho H et al au Mali en 2013 (14) qui retrouvaient 92,4% de femmes mariées. Dans la littérature, Kahungu et al retrouvaient que la majorité 70,5 % étaient mariées tandis que 8,8 % étaient séparées ou divorcées et 9,3 % étaient célibataires (15). Cette prédominance de femmes mariées pourrait être un facteur de réduction de l'incidence de l'infection à VIH dans la mesure où elle procure aux femmes une certaine stabilité dans le foyer.

Les mères de sérologies positives étaient 288 (98,63 %) et les sérologies indéterminées 4 (1,36 %).

Nos résultats sont proches de ceux de Sangho H et al au Mali en 2013 (14) qui eux retrouvaient 100% des mères séropositives. Ceci s'expliquerait par le fait que certaines mères de sérologies indéterminées pour une protection de

leurs enfants ont été prises en compte dans notre étude. Les mères infectées au VIH1 étaient les plus nombreuses dans notre étude. La plus grande transmission du VIH1 pourrait s'expliquer par la prédominance de ce sérotype à 97% dans notre contexte (11).

Les mères ayant partagé leurs sérologies avec leur conjoint étaient 194 (66,44%). Nos résultats étaient similaires à ceux de Sangho H et al au Mali (14) qui retrouvaient respectivement 68,2 % des mères ayant partagé leur sérologie avec leurs maris. On peut expliquer les non-partages par des problèmes d'ordre sociaux mais aussi les cas non testés ou inconnus par la faible implication des hommes dans le programme de eTME. Par exemple, la non-implication des partenaires masculins, la stigmatisation et la discrimination vécue par les mères séropositives, la médiocrité du système pour les services de eTME dans les établissements de santé privés et ruraux.

L'âge moyen des mères des enfants était de 32,60 +/- 6,32 ans avec des extrêmes de 20 et 45 ans. Ces résultats étaient similaires à ceux de Baptiste (13), de Ba (2) et de Soubeiga (9). Cet âge moyen relativement jeune dans notre étude s'expliquerait par l'importance de l'exposition des femmes en âge de procréer à la transmission hétérosexuelle qui est le principal moyen de transmission dans notre contexte.

Concernant la profession des mères, les ménagères étaient de 134 (49,08%). Ce résultat corrobore avec celui de Sangho et al. en 2013 (14) qui retrouvaient respectivement 66,9%. Cependant ceux-ci étaient inférieurs à ceux Ba et al. (2) et de Soubeiga et al en 2015 (9) au Burkina qui retrouvaient 83,49 % et 75% de femmes ménagères. Cela traduit leur faible pouvoir d'achat et de décision en ce qui concerne leurs états de santé ainsi que celui de leurs enfants.

Néanmoins, certaines limites doivent être soulignées. Le type d'étude rétrospective, ne nous a pas permis d'avoir toutes les données recherchées dans les dossiers notamment certaines données sociodémographiques, cliniques et paracliniques. Par exemple dans certains cas, il est possible que les prélèvements sanguins pour la PCR aient été effectués mais les résultats n'aient pas été archivés dans les dossiers. A cela s'ajoute le fait que la maternité n'avait pas mis en place de dossier PTME, certaines mères accouchaient à la maternité du CHU de Bogodogo par référence mais continuaient leurs suivis au Centre de Santé et de Prévention Sociale (CSPS) et des mères suivies dans d'autres structures sanitaires venaient au CHU B pour le suivi de leurs enfants. Enfin, certains enfants étaient toujours sous suivi dans le cadre de l'eTME. Malgré ces insuffisances, l'étude nous a permis de préciser l'état de dépistage et le suivi des enfants exposés au VIH au CHU B.

Conclusion

Cette étude avait pour objectif de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques de la prise en charge des enfants nés de mères séropositives au VIH et suivis dans l'eTME au CHU B. Le suivi des enfants se faisait suivant les recommandations nationales donnant des résultats satisfaisants globalement. Les résultats montraient que les enfants ayant bénéficié de la prophylaxie rétrovirale étaient 273 (93,49%) dont 256 (89,82%) étaient sous névirapine. Les enfants ayant bénéficié d'un diagnostic dans un délai de plus de 45 jours étaient 136 (49,09%). Les enfants qui avaient une PCR positive 11 (3,87%). Cependant, 3 décès ont été enregistrés (1,02%) et 8 perdus de vue (2,73 %). Le facteur associé au décès des nouveau-nés de mères séropositives était le lieu de résidence de la mère. La prévention par une prise en charge codifiée de la grossesse, de l'accouchement et de la période néonatale précoce s'avère nécessaire. Ainsi, une collaboration pluridisciplinaire entre les prestataires de santé des services de maternité, de pédiatrie, et le laboratoire s'avère nécessaire pour améliorer la prise en charge des nouveau-nés de mères séropositives au VIH.

Conflits d'intérêts

Aucun

Remerciements

Aucun

Références

1. Ahmed S.; Kim M.H.; Sugandhi N.; Phelps B.R.; Sabelli R.; Diallo M.O. and al. Beyond early infant diagnosis: case finding strategies for identification of HIV-infected infants and children. *Aids*. 2013;27:S235-S45.
2. Ba A.; Ba; Sangare I.; Diallo I.; Diendéré A.; Toguyeni L. and al. Infection à VIH chez les femmes enceintes vues en consultation prénatales dans trois (3) Centres de santé de bobo-Dioulasso et facteurs de risques associés. *Burkina Medical*. 2019;23:29-40.
3. Desta M.L.; Saravanan M.; Hilekiros H.; Kahsay A.G.; Mohamed N.F.; Gezahegn A.A. and al. HIV prevalence and risk factors in infants born to HIV positive mothers, measured by dried blood spot real-time PCR assay in Tigray, Northern Ethiopia. *BMC pediatrics*. 2019;19(1):257.
4. Kdous M.; Hachicha R.; Gervaise A.; Jault T.; Renouvel F. and Lahmy O. La transmission materno-foetale du VIH: Mesures préventives et prise en charge périnatale. *Tunisie médicale*. 2003;81(11):839-46.
5. Beyene G.A.; Dadi L.S. and Mogas S.B. Determinants of HIV infection among children born to mothers on prevention of mother to child transmission program of HIV in Addis Ababa, Ethiopia: a case control study. *BMC infectious diseases*. 2018;18(1):327.
6. Simbeye T.S.; Phinias M.; Chisanga A.; Mwansa P.; Mona E.; Wosu N.N. and al. Assessment of factors influencing the uptake of elimination of mother to child transmission services among pregnant and breastfeeding mothers in Shangombo District, Zambia. *Journal of Infectious Diseases & Treatments*. 2024;2(1):1-8.
7. Cissé Z.; Sangho O.; Telly N.; Traore S.; Sangho F. and Sangho A. Facteurs associés à la transmission mère-enfant du VIH chez les enfants nés de mère séropositives à Bamako, Mali. *Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie*. 2020;15(2):30-7.
8. Gutema G.; Tola H.H.; Fikadu D.; Leta D.; Bejjga B.; Tura J.B. and al. Positivity rate, trend and associated risk factors of mother-to-child transmission of HIV among HIV-exposed infants. *BMC Pediatrics*. 2023;23(1):283.
9. Soubeiga S.T.; Compaore R.; Djigma F.; Zagre N.; Assengone E.; Traore L. and al. Evaluation du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes VIH-1 positif, sur la transmission de l'infection de la mère à l'enfant: cas du Centre Médical Saint Camille de Ouagadougou, au Burkina Faso. *Pan Afr Med J*. 2015;20:399.
10. Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA; Programme National de lutte contre le SIDA et les IST; Burundi. Plan de mise en œuvre des directives nationales pour la prévention et le traitement du vih. 2020.50p
11. Observatoire National de la Santé de la Population; Institut National de Santé Publique; Ministère de la santé et de l'hygiène publique; Burkina Faso. 25p
12. Ministère de la santé; Direction générale des études et des statistiques sectorielles BF. Annuaire statistique 2024. Ouagadougou, Burkina Faso; 2025 Avril 2025. 40p
13. Baptiste D.J.; Djibril D.; Assane S.; Ngagne M.; Baly O. and Ousmane N. Devenir sérologique et nutritionnel des nourrissons nés de mères séropositives suivis dans l'option B+ à Guédiawaye. *Pan Afr Med J*. 2016;25:224.
14. Sangho H.; Keïta A.S.; Dembélé K.H.; Sylla M.; Dia A.; Mint Tayeb M. and al. Suivi des nourrissons nés de mères séropositives au VIH au Mali. *Santé Publique*. 2013;Vol. 25(5):655-62.
15. Kahungu M.M.; Kiwanuka J.; Kaharuzza F. and Wanyenze R.K. Factors associated with HIV positive sero-status among exposed infants attending care at health facilities: a cross sectional study in rural Uganda. *BMC public health*. 2018;18(1):139.

16. OuédraogoYugbaré S.O.; Zagré N.; Koueta F.; Dao L.; Kam L.; Ouattara D.Y. and al. Efficacité de la prévention de la transmission mère-enfant du Virus de l'Immunodéficience Humaine par le protocole 2010 de l'Organisation Mondiale de la Santé au Centre Médical Saint Camille de Ouagadougou (Burkina Faso). *Pan Afr Med J.* 2015;22(1).
17. Mugglin C.; Wandeler G.; Estill J.; Egger M.; Bender N.; Davies M-Aaa. Retention in care of HIV-infected children from HIV test to start of antiretroviral therapy: systematic review. *PloS one.* 2013;8(2):e56446.
18. Conjoint Enoncé. L'évaluation et le traitement du nourrisson exposé au virus d'immunodéficience humaine de type. 2004.70p