

« Prévalence de l'infection VIH chez les enfants aux cliniques universitaires de Lubumbashi

Ilunga MT, Kasamba IE, Ntambue AM, Malonga KF

Résumé :

Introduction

L'objectif de l'étude était de déterminer la prévalence de résultats positifs au test VIH aux cliniques universitaires de Lubumbashi

Matériel et Méthodes

L'étude a inclus 318 patients enregistrés au service de laboratoire des cliniques universitaires dont d'âge compris entre 0 à 18 mois, l'étude était descriptive transversale au cours de la période allant de janvier à décembre 2017, la revue documentaire à l'aide d'une grille de collecte, Nous avons utilisé les logiciels SPSS v.20 pour l'analyse et Epi info7 pour la saisie des données et les considérations éthiques ont été respectés.

Résultats

l'âge de la plupart d'enfant étaient compris entre 0 et 12 mois avec un âge moyen de $2,5 \pm 2,4$ ans, 45,6% d'enfants étaient du sexe féminin contre 43,4% du sexe masculin le sex-ratio ?et 76,7% étaient placé sous traitement, 88,7% des enfants étaient allaités et 74,2% étaient sous allaitement maternel exclusif, 2,5% d'allaitement artificiel et 16,7 mixte, 27,4% d'enfants étaient placé sous cotrimoxazole, 72,8% étaient sous option A, 13,7% n'avaient d'option connu et 8,4% n'avaient rien reçu. Le PCR était positif dans 25,8% des cas, s'était plus les infirmiers 90,6% contre 9,4% des médecins qui demande l'examen, 60,9% des patients venaient de la province et l'examen du laboratoire étaient appuyées par IHAP à 35,8%, ICAP 32,4%, 25,8% par SANRU et 3,5% par l'ASF.

Conclusion

L'étude révèle que la prévalence de résultats positifs au test VIH aux cliniques universitaires de Lubumbashi était élevée à 25,8% au cours de la période de 2017. Nous Pensons que la lutte contre la transmission de l'infection VIH chez les enfants mérite une attention du personnel infirmier afin de réduire par la PTME à travers ces composantes.

Mots-clés : TME, prévalence, test positif, infection VIH, CUL

Date of Submission: 05-12-2020

Date of acceptance: 22-12-2020

I. Introduction

La transmission de l'infection VIH de la mère à l'enfant (TME) du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est l'une de plus grands défis de la pandémie du VIH/syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA), exigeant la mobilisation de beaucoup des ressources (Becquet R et Coll.2009)

Les mères peuvent transmettre l'infection VIH à leurs enfants pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement maternel. Les femmes enceintes ou les mères qui viennent d'accoucher et qui sont infectées par le VIH ou qui pensent qu'elles pouvaient des conseils. Néanmoins, Okonkwo et coll. ont constaté dans leurs études que la stigmatisation, la violence domestique et le désintérêt des hommes pour les soins prénatals découragent souvent les femmes de se rendre dans les services de la transmission mère enfant (Okonkwo KC et coll., Homby J et coll. 2007). A Lubumbashi, le taux de transmission de l'infection VIH de la mère à l'enfant était de 58,26% de 2007 à 2012 (J. Kimbala et Coll. 2016).

Cette situation nécessite beaucoup d'efforts réalisés de toute urgence pour étendre l'accès aux services dans ces payslequel ?selon l'objectif adopté en 2010 lors de la session extraordinaire de l'assemblée générale des nations unies sur le VIH/SIDA, à savoir que 80% des femmes enceintes séropositives aient accès au traitement antirétroviral afin de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant (OMS, PNLs, 2017).

Pour atteindre cet objectif qui est de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant, de nombreux pays ont renforcés leurs stratégies de lutte contre la transmission mère enfant du VIH en intégrant des services de PTME dans les structures de santé offrant les services de santé génésique. Malheureusement en Afrique subsaharienne en général, et en RDC en particulier ces services intégrés de PTME ne couvrent qu'une faible proposition des cibles des interventions. Ce qui rend inefficace ces programmes dans cette région. (OMS, ONUSIDA, UNICEF, 2018).

Les pays à revenu élevé disposent aujourd'hui d'une gamme complète et presque universelle de service pour prévenir la transmission mère enfant du VIH (PTME), et d'une batterie de mesures éprouvées qui ont pratiquement éliminé ce mode de transmission. Dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaires, l'accès aux services de PTME demeure insuffisant, et on estime que moins de 10% des femmes enceintes VIH positives y reçoivent une prophylaxie antirétrovirale

Quelle est le profil des enfants testés au VIH aux cliniques universitaires de Lubumbashi ?

Cette étude va nous permettre de déterminer la prévalence de l'infection VIH et déterminer le taux de transmission de l'infection VIH parmi les enfants testés.

II. Méthode

Cadre d'étude

L'étude a été réalisée aux cliniques universitaires de Lubumbashi ;

Une structure sanitaire de troisième échelon qui réalise plusieurs services avec la présence des médecins spécialistes, nous y trouvons aussi la présence du service de la prévention de la transmission mère-enfant, PTME en sigle, pour la prise en charge des femmes enceintes atteintes du VIH et leurs bébés.

Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale de 500 enfants testés au PCR aux cliniques universitaires de Lubumbashi entre janvier 2016 à mars 2018.

Période d'étude

Janvier à décembre 2017

Population

La population d'étude était constituée des enfants âgés de 0 à 18 mois

Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus dans cette étude, tous les enfants testés au PCR et la sélection est faite d'une manière exhaustive. Les informations nécessaires ont été recueillis à partir des fiches de teste PCR et celles des suivis biologiques ; la collecte des données était anonyme (sans noms et adresses des domiciles des patients) pour des raisons de confidentialité des données.

Ont été inclus dans l'étude, tous les enfants qui ont été testés au VIH pour qui leurs résultats ont été repris sur la fiche et ont été exclus de l'étude tous les enfants n'ayant pas remplis les critères d'inclusion.

Technique de collectes

Les données ont été collectées à l'aide de la revue documentaire sur les fiches des patientes (mère) des enfants, les registres du laboratoire et les fiches de demande des examens de laboratoire.

Echantillonnage

Nous n'avons pas échantillonné mais plutôt enregistré toutes les informations disponibles

Analyse des données

Les données ont été collectées et encodées sur l'office Excel 2007 et analysées sur le logiciel d'analyse SPSS v 20 et présentées sous forme des tableaux et des textes

Variables

Les informations maternelles ont été collectés tels que (l'âge, le management, l'option de traitement, la prise du traitement et la ligne thérapeutique)

Les informations des enfants tels que : l'âge de l'enfant, le sexe, le traitement, l'option de traitement, la prise du traitement, l'allaitement et choix, le résultat du test, la qualification du demandeur, le partenaire d'appui, la zone de santé.

Considérations éthiques

Les principes éthiques ont été respectées comme l'anonymat en lieu et place du nom des patients seul le code avait été utilisé, la confidentialité des résultats obtenus et le consentement éclairé était obtenu avant la collecte des informations dans tous le service de laboratoire des cliniques universitaire de Lubumbashi.

III. Résultats

A la lumière de ce tableau I, nous disons que la tranche d'âge allant de 31 – 35 ans regorge beaucoup de cas (81 cas) représentant un pourcentage de 25,5% suivi de la tranche de 26-30 dont 76 cas qui représentent 23,9% et aussi suivi des tranches d'âge reprises dans le tableau ci-haut avec un âge moyen de 30,5±5 ans.

La majorité des mères enquêtées soit 223 cas (70,1%) ont reçu un management de TDF – 3TC – EFV ; 49 cas (15,4%) ont un management inconnu ; 33 cas (10,4%) n'ont pas été management seulement 13 cas soit 4,1% ont reçu un management de AZT/3TC/NVP. Nous disons que sur les 318 enfants qui ont constitué cette enquête, 236 enfants soit 74,2% ont été placés sous traitement et 82 enfants soit 25,8% n'ont pas été placés sous traitement.

Nous disons que la deuxième ligne thérapeutique renferme beaucoup de cas soit 223 (70,1%), 49 cas soit 15,4% sont d'une ligne thérapeutique inconnue ; 33 cas soit 10,4% n'ont pas une ligne thérapeutique et 13 cas soit 4,1% sont sur la première ligne thérapeutique.

Sur les 223 cas soit 70,1% ont adopté l'option de la prise en charge B ; 49 cas soit 15,4% ont une option de prise en charge inconnue ; 33 cas soit 10,4% n'ont pas d'option de prise en charge et 13 cas soit 4,1% ont adopté l'option de la prise en charge A. La plupart des enfants avait un âge compris entre 0 et 1 an avec un âge moyen 2,5±2,4 ans ; Il ressort de ce tableau que 145 cas soit 45,6% étaient de sexe féminin et 35 cas soit 11% n'avaient pas précisé leur genre. Ce tableau renseigne que la majorité de cas soit 76,7% était pris en charge et seulement 23,3% ne l'étaient pas.

Il ressort que 229 enquêtés soit 72% ont reçu la molécule de Névirapine ; 46 enquêtés soit 14,5% ont reçu une molécule inconnue et 28 enquêtés soit 8,8% n'ont reçu aucune molécule. Il ressort que la majorité des enfants soit 282 (88,7%) a été allaitée et seulement 19 enfants soit 6% n'ont aucune précision sur l'allaitement. Nous voyons que sur les 318 enfants de notre enquête 236 soit 74,2% ont été exclusivement allaités aux seins maternels et 53 enfants soit 16,7% ont eu une alimentation mixte.

Les résultats nous renseignent qu'une bonne partie de nos enquêtés n'ont pas pris le cotrimoxazole soit 116 (36,5%) et seulement 87 enquêtés soit 27,4% ont pris le produit puis 115 soit 36,2% enquêtés n'ont pas précisé leurs profils.

A la lumière de nos résultats, nous disons que 244 enquêtés soit 72,2% ont adopté l'option de la prise en charge A ; 46 enquêtés soit 13,7% ont une option de la prise en charge inconnue et 28 enquêtés soit 8,4% n'avaient pas une option de la prise en charge. Le résultat renseigne que sur les 318 enfants qui ont fait l'objet de notre enquête, 236 enfants soit 74,2% avaient une prévalence négative à l'infection VIH.

Il ressort que les infirmiers ont la qualité de demandeur du test aux enquêtés par rapport aux médecins soit respectivement 90,6% et 9,4%. Les cas sont venus des différentes Zones de santé de la ville de Lubumbashi ainsi que d'ailleurs. Pour précision, nous citons quelques résultats de certaines Zones : Lubumbashi regorge beaucoup des cas avec 44 cas soit 13,8% ; Kisanga 20 cas soit 6,3% ; Kipushi 14 cas soit 4,4% ; sur les 114 enfants soit 35,8% ont bénéficié de l'appui des partenaires tels que IHAP ; 103 enfants soit 32,4% avaient reçu l'appui de ICAP et 82 enfants soit 25,8% ont reçu l'appui de SANRU.

IV. Discussion

L'âge des mères

Les mères séropositives de la tranche d'âge allant de 31 – 35 ans regorgent beaucoup de cas, soit 81 cas représentant un pourcentage de 25,5%. Cependant une étude menée sur la prévalence de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, au clinique universitaires de Lubumbashi en 2015, a révélé que la tranche d'âge entre 20 et 34 ans, soit 56,7% était la plus dominante. (Nsekela, 2015). Cette différence peut être expliquée par le fait que la répartition des tranches pour le travail de Nsekela comptait 15 d'écart et avec un échantillon de 70 sujets, tandis que dans notre étude la répartition est de 5 ans d'écart avec un échantillon de 318.

Mangement de la mère

La majorité des mères enquêtées soit 223 cas (70,1%) ont reçu un management de TDF – 3TC – EFV. Par contre, Aminata D a trouvé qu'AZT+3TC était plus reçu avec un pourcentage de 29,2%. (Aminata D, 2010). On discute seulement avec un seul auteur ??? Nous pensons que cette différence pourrait être influencée par les types des traitements choisis selon les pays.

Traitement des enfants

Sur les 318 enfants qui ont constitué cette enquête, 236 enfants soit 74,2% ont été placés sous traitement et 82 enfants soit 25,8% n'ont pas été placés sous traitement ce qui est presque égal au résultat d'Aminata D, de 70,82% des enfants sous traitement antirétroviral.

Option de PEC

Deux cent vingt-trois cas soit 70,1% ont adopté l'option de la prise en charge B ; 49 cas soit 15,4% ont une option de prise en charge inconnue ; 33 cas soit 10,4% n'ont pas d'option de prise en charge et 13 cas soit 4,1% ont adopté l'option de la prise en charge A.

Qualification du demandeur

Les infirmiers ont la qualité de demandeur du test aux enquêtés par rapport aux médecins soit respectivement 90,6% et 9,4%. Ceci est dû au fait que les infirmiers passent beaucoup des temps avec les patients que les médecins ??? à discuter.

Le partenaire d'appui

Les partenaires appuient plus les enfants que le gouvernement et ceci est prouvé par le fait que IHAP et ICAP appuient la majorité des enfants avec un nombre de 217 enfants soit 67,9% ; et 82 enfants soit 25,8% ont reçus l'appui de SANRU.

Limite de l'étude

Les faiblesses de l'étude

Nous avons constaté que la plupart des registres été incomplets, sur certaines fiches il n'y avait pas des codes patients et il y'avait certaines données manquantes sur l'information des mères mais cela n'enlèvent en rien la qualité de ces résultats trouvés.

V. Conclusion

L'étude révèle que la prévalence de résultats positifs au test VIH aux cliniques universitaires de Lubumbashi était élevée à 25,8% au cours de la période de 2017 parmi les mères qui prenaient le traitement aux ARV. Nous Pensons que la lutte contre la transmission de l'infection VIH chez les enfants mérite une attention du personnel soignant et les autres acteurs impliqués dans la lutte afin de réduire par la PTME à travers ces composantes qui doivent être renforcées.

Résultats

Tableau I. Répartition des enfants selon l'âge et le mangement de la mère

Age (année)	Effectifs (n=318)	Pourcentage	Moyenne
16-20	17	5,3	
21-24	2	0,6	
21-25	52	16,4	30,5±5
26-30	76	23,9	
31-35	81	25,5	
36-40	51	16	
41-45	14	4,4	
non précis	25	7,9	
Management de la mère			
TDF-3TC-EFV	223	70,1	
AZT/3TC/NVP	13	4,1	
inconnu	49	15,4	
Rien	33	10,4	
Prise du traitement			
Non	82	25,8	
Oui	236	74,2	
Ligne thérapeutique			
Première ligne	13	4,1	
Deuxième ligne	223	70,1	
Inconnu	49	15,4	
Rien	33	10,4	

Option de PEC		
A	13	4,1
B	223	70,1
inconnu	49	15,4
Rien	33	10,4

Tableau II. Répartition des paramètres démographiques des enfants

Age(en mois)	Effectifs n=318	Pourcentage	Moyenne Ecart-type
0-1	214	69,5	
2-3	26	8,4	
04-5	5	1,6	2,5±2,4
06-7	17	5,5	
08-9	24	7,8	
10-12	13	4,2	
13-15	3	1,0	
18	1	0,3	
Non précis	5	1,6	
Sexe			
Féminin	145	45,6	
Masculin	138	43,4	
Non précis	35	11,0	
Prise du traitement			
Oui	244	76,7	
Non	74	23,3	
molécule			
AZT	2	0,6	
AZT-3TC- NVP	13	4,1	
NVP	229	72,0	
Rien	28	8,8	
inconnu	46	14,5	

Tableau III. Répartition des enfants selon l'allaitement, le choix

Allaitement	Effectifs (n=318)	Pourcentage
Oui	282	88,7
Non	17	5,3
Non précis	19	6
Choix d'alimentation		
Allaitement exclusif	maternel 236	74,2
Lait artificiel	8	2,5
Mixte	53	16,7
Non précis	21	6,6

Cotrimoxazole		
Oui	87	27,4
Non	116	36,5
Non précis	51	16
Cotrimoxazole		
Commence	64	
Non disponible	51	
Non	116	
Oui	87	
Option de PEC chez les enfants		
A	244	72,8
inconnu	46	13,7
Rien	28	8,4
Demandeur		
Médecin	30	9,4
Infirmier	288	90,6
Partenaire d'appui		
ASF	11	3,5
ICAP	103	32,4
IHAP	114	35,8
SANRU	82	25,8
ND	8	2,5

Prévalence de la TME chez les enfants

PCR	Effectifs	Pourcentage
Positif	82	25,8
Négatif	236	74,2
Total	318	100

Tableau Répartition des enfants selon les zones de santé

Zone de santé	Effectifs n=318	Pourcentage
Bunkenya	2	0,6
Kamalondo	7	2,2
Kambove	3	0,9
Kamina	2	0,6
Kampemba	1	0,3
Kasenga	31	9,7
Kashobwe	2	0,6
Katuba	9	2,8
Kenya	14	4,4
Kikula	11	3,5
Kilwa	5	1,6
Kipushi	14	4,4
Kisanga	20	6,3
Likasi	10	3,1
Lubumbashi	44	13,8
Mufunga sampwe	8	2,5
Mumbunda	3	0,9
Panda	20	6,3
Pweto	2	0,6
Ruashi	2	0,6
Sakania	6	1,9
Tshamilemba	21	6,6
Vangu	11	3,5
Non précis	70	22
Total	318	100

Références

- [1]. **Abel TAMBUE**, (2010) cours de santé publique premier doctorat médecine humaine, Université de Lubumbashi, RDC.
- [2]. **Aboubacar S.** (2007), suivi des enfants nés des mères séropositives au VIH dans les centres de santé de références commune I et VI. Incomplète
- [3]. **Aminata Doyo KOITA** (2010), prise en charge des enfants nés des mères infectées par le VIH dans le service de pédiatrie du CHU Gabriel TOURE au Mali, thèse de docteur en médecine.
- [4]. **Anonyme** (2015) « Transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant au sein. Lien html ou internet
- [5]. **Anonyme** (2015) « Transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant pendant la grossesse'' <http://jac.oxford.journals.org/contect/4615/657>
- [6]. **Anonyme** (2015) « Transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant pendant l'accouchement'' creapharma.CH pour mieux vivre et plus longtemps. Lien html ou internet
- [7]. **Clavel F.** (1997) « les traitements antirétroviraux permettent-ils d'espérer une éradication de l'infection par le VIH ? », in médecine science. Incomplète
- [8]. **Homsy J et al**, (2007), la protection prolongée et l'efficacité de cotrimoxazole dans la prophylaxie des enfants de plus ou moins de 4 ans exposés au VIH. Incomplète
- [9]. **J. KIMBALANGA** (2012) prévalence de l'infection VIH dans la ville de Lubumbashi. Mal présentée
- [10]. **Médecins Morange (Michel)** (2004), « de la découverte de l'ADN au drame du sang contaminé », in médecin-sciences. Incomplète
- [11]. **Médecins sans frontière**, (1997). Les négligés de l'infection au VIH <http://issuu.com> date
- [12]. **Nsekela M**, (2015), la prévalence de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant. Mémoire santé publique/UNILU. Inédit
- [13]. **Okonkwo K.C et al**, (2007). Connaissance, attitude et pratique des femmes enceintes sur les VIH.
- [14]. **OMS PNLS**, (2007) Rapport 2006 de la surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes qui fréquentent les services de CPN, PNLS, 30.
- [15]. **OMS** (2009). La stratégie de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.
- [16]. **OMS** (2012) mortalité de l'enfant de moins de 5 ans en Afrique, 10-15.
- [17]. **OMS** (2014), Transmission du VIH/SIDA mère enfant numéro 360, 5-8.
- [18]. **OMS** (2015) Transmission du VIH/SIDA mère enfant numéro 360, 4-9.
- [19]. **OMS, ONUSIDA et UNICEF**, (2008) vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans les secteurs de santé, rapport de la situation avril 2008. Genève organisation mondiale de la santé.
- [20]. **ONUSIDA**, (2007), plus le point dur l'épidémie du SIDA, décembre 2007. Genève organisation mondiale de la santé sur le VIH/SIDA.
- [21]. **ONUSIDA**, (2010), (www.ONUSIDA.org/global_repart/document_2015).
- [22]. **ONUSIDA**, rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA 2012.
- [23]. **ONUSIDA**, (2011) nous pouvons empêcher que les mères meurent et que leurs bébés soient infectés par le VIH. Genève.
- [24]. **PNLS/RDC**, (2010) intégration du paquet minimum d'activités de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les services de santé de la reproduction, module des prestataires.
- [25]. **PNLS** (2012), la prévention de la transmission mère-enfant
- [26]. **PNLS**, (2015) taux de la prévalence du VIH/SIDA en baisse en RDC.
- [27]. **R. Becquet, D.K. Ekouévi, E. Arrive, J.S. Stringer, N. Meda, M.L. Chaix et al**, universal antiretroviral therapy for pregnant and breast-feeding HIV-1 infected women; towards the elimination of mother-to-child transmission of HIV in resource-limited setting, Clin infect Dis, 49 (2009), 1936-1945.
- [28]. **RDC-UNICEF** (2008-2012), suivi des programmes.
- [29]. **Rapport sérosurveillance** (2010). Genre et VIH/SIDA en RDC