

LA SEROLOGIE TREPONEMIQUE DANS UN CENTRE PMI D'ABIDJAN. INTERETS ET LIMITES DES EXAMENS PRENATAUX SYSTEMATIQUES

S. TRAORE*, B. SORO*, J.L. REY*, Ch. DULAT**, N.COULIBALY*** et G.K. GUESSENND***

RESUME

L'étude d'un groupe de femmes enceintes séropositives et d'un groupe témoin de femmes enceintes séronégatives montre que les risques de positivité BW sont liés au niveau socioéconomique, au niveau de scolarité bas et à la date récente du statut matrimonial. Il n'existe pas de corrélation significative entre le résultat du BW et le nombre de grossesses ou d'avortements, par contre les femmes séropositives ont eu plus d'enfants décédés que les témoins. Le pourcentage de séropositivité se situe entre 5 et 13% alors que l'assiduité des femmes enceintes varie de 10 à 35% pour cet examen prescrit systématiquement.

I - INTRODUCTION

Depuis presque un siècle des réactions sérologiques tréponémiques sont pratiquées systématiquement en particulier en période prénatale ; alors que, aujourd'hui toutes les maladies sexuellement transmises se multiplient il nous a semblé utile de faire le point de l'utilisation de ces

Travail réalisé à l'Institut National de Santé Publique (INSP), B.P. V.47, Abidjan (Côte d'Ivoire)

Directeur : N. COULIBALY
Tirés à part : B. SORO - INSP - Abidjan

* Service d'Epidémiologie INSP
** Laboratoire de Biologie INSP
*** Professeurs d-à la Faculté de Médecine d'Abidjan

réactions dans un centre PMI de la ville d'Abidjan et de décrire les caractéristiques des mères séropositives. C'est ce que nous avons tenté de faire dans l'étude suivante.

II - METHODOLOGIE

L'étude a été réalisée au Centre PMI de l'Institut national de Santé Publique dans le quartier d'Adjamé à Abidjan.

En application de la réglementation, à toutes les nouvelles consultantes enceintes est prescrit une analyse de sang, d'urines et de selles. Dans l'exploration sanguine l'examen essentiel est le BW, accompagné d'un groupage sanguin.

Les résultats des examens cliniques et biologiques sont rapportés sur un carnet de santé qui suivra l'enfant après sa naissance.

Pour effectuer ces examens les femmes ont le choix entre le laboratoire de l'INSP qui jouxte le Centre PMI (mais les examens ne sont pratiqués que deux jours par semaine), le laboratoire du CHU de Cocody ou des laboratoires privés. Pour un BW les prix varient entre 300 et 5 000 F CFA.

En général l'examen BW consiste en une réaction d'agglutination avec antigène cardiolipidique (VDRL), dans les meilleurs des cas une réaction TPHA (réaction d'hémagglutination passive) est faite pour contrôler les cas douteux.

Sur une période de 4 mois, nous avons interrogé toutes les femmes à BW positif revenant pour chercher les résultats de leur examen ainsi qu'un groupe de BW négatif appariées selon l'âge et le lieu d'habitation.

Toutes les femmes séropositives ont été traitées gratuitement par deux injections d'Extencilline (2,4 M).

Médecine d'Afrique Noire : 1988, 35, (1)

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 27.948 exp 1

Cote : B M III P10

19 AVR. 1990

III - RESULTATS

3.1 Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons vu au total :

56 femmes enceintes BW positif

134 femmes enceintes BW négatif

Il n'est pas possible de mettre en évidence de différences significatives entre les deux groupes de femmes en ce qui concerne :

leur âge ($m = 22.7$ et 23.2)

leur ethnie

leur lieu d'habitation

leur profession.

Par contre les femmes BW positifs

- ont moins souvent l'eau courante chez elles (28,6 et 56,7% - $X^2 = 12,5$)
- sont depuis moins longtemps dans leur statut matrimonial actuel ($X^2 = 116,6$ pour 3 ddl),
- ont un niveau scolaire plus bas ($X^2 = 9$ pour 3 ddl),
- ont moins souvent des maris salariés (81,5% de salariés chez les BW - contre 18,5% chez les BW+ / $X^2 = 13,2$ pour 2 ddl).

TABLEAU N°1 :
Durée du statut matrimonial actuel.

Mariée ou concubine depuis	VDRL +		VDRL -	
	Nb	%	Nb	%
1 an	11	21,6	12	9,9
1 - 4 ans	21	41,2	66	54,5
5 - 9 ans	9	17,6	33	27,3
10 ans et +	10	19,6	10	8,3
TOTAL	51	100	121	100

TABLEAU N°2
Niveau scolaire des femmes enceintes selon leur séropositivité.

VDRL	Positif		Négatif	
	Nb	%	Nb	%
Analphabète	23	41,1	21	15,7
Parle français	9	16,1	30	22,4
Scolarisée Niveau primaire	18	32,1	40	29,8
Scolarisée Niveau secondaire	6	10,7	33	24,6
TOTAL	56	100	134	100

3.2 Résultats concernant les antécédents médicaux des femmes :

Il n'est pas possible de mettre en évidence une différence significative entre les deux groupes de femmes en ce qui concerne :

- les antécédents de pertes,
- la régularité des règles et la date des premières règles.

3.3 Résultats concernant les antécédents obstétricaux :

Les résultats sont rassemblés dans le tableau n° 3 ; y sont indiqués le nombre de grossesses et d'enfants décédés ainsi que des quotients calculés à partir du nombre de grossesses, du nombre d'enfants vivants et du nombre d'avortements rapportés au nombre d'années de vie génitale active de chaque femme.

Les femmes BW positif sont plus souvent primigestes alors que les femmes BW négatif sont plus souvent multigestes ($X^2 = 16,3$ pour 6 ddl).

Il n'est pas possible par contre de mettre en évidence une différence significative dans la répartition des quotients de gestation même si le quotient moyen est supérieur pour les femmes BW positif et si à 15 ans de vie génitale les

femmes BW positif ont une moyenne de 5,2 grossesses, pour 4,1 chez les femmes BW négatif.

En ce qui concerne les quotients moyens d'enfant vivants ils ne sont pas significativement différents mais leur répartition par classe est différente ($X^2 = 12.1$ pour 4 ddl). Les quotients intermédiaires sont plus fréquents chez les femmes BW négatif; les femmes BW positif ont soit des quotients bas, soit des quotients élevés.

Pour le nombre d'avortements spontanés 32 et 20% des femmes des deux groupes ont eu au moins un avortement, il n'est pas possible de mettre en évidence une différence ($X^2 = 2.85$).

Par contre la proportion, de femmes ayant eu au moins un enfant décédé est plus élevée chez les séropositives (47.5%) que chez les autres (17.5%) ($X^2 = 8,38$).

IV - COMMENTAIRES

Notre étude a permis de dégager un certain nombre de facteurs de risque de séropositivité tréponémique (agglutination VDRL) pour les femmes enceintes consultant le Centre PMI d'Adjamé à Abidjan. Le bas niveau de scolarisation, le bas niveau économique (traduit par des logements sans eau potable et des conjoints non salariés) et le statut matrimonial récent (pouvant traduire une instabilité antérieure) sont liés à la séropositivité. Ces caractéristiques sont classiques et connues (1.2.).

Dans notre étude nous n'avons pas retrouvé de lien avec les antécédents médicaux signalés par les femmes interrogées.

L'étude des antécédents obstétricaux ne nous a pas permis de retrouver une hypofécondité manifeste (3).

Le nombre moyen de grossesses et d'avortements est similaire chez les femmes séropositives et les témoins. Mais le nombre d'enfants décédés est plus élevé chez les femmes séropositives.

Les figures 1 et 2 semblent en fait montrer qu'il y a deux populations de femmes positives. Alors que les femmes négatives se répartissent grossièrement selon un mode "normal" la répartition des femmes positives montrent deux sommets, un vers les âges jeunes, l'autre vers les âges plus avancés. Il y aurait donc deux populations de femmes séropositives : des jeunes primi au paucigestes pour lesquelles la contamination se serait faite avant la vie conjugale et des femmes plus âgées (avec plusieurs

grossesses et examens sanguins antérieurs) dont la contamination se serait faite au cours de la vie conjugale (par le mari ?). Il serait intéressant de reprendre cette étude avec des effectifs plus importants pour essayer de séparer ces deux groupes de femmes.

Cette étude nous a montré la difficulté d'exploiter des registres traditionnels de laboratoire ; nous avons eu en effet du mal à calculer les taux de positivité des réactions sérologiques pratiquées à l'INSP.

Cela est d'autant plus regrettable que le nombre d'examens réalisés varient de 13.324 en 1980 à 18.719 en 1983 et pourrait servir d'indicateur pour la ville d'Abidjan.

Nous avons retrouvé les résultats concernant un trimestre de 1978 et un trimestre de 1983 ; en 1978 le taux de positivité était de 13% ; en 1983 il est de 5,4%.

D'autre part durant la durée de l'étude nous avons constaté que sur 2000 femmes venues en consultations prénatales et à qui il était demandé pour toutes un BW, 35% seulement faisaient faire cet examen alors que le laboratoire est contigu au centre PMI.

Ce faible taux peut s'expliquer par les inconvénients provoqués par les déplacements et les attentes nécessaires à la réalisation de cet examen. Le coût, qui à l'INSP est de 2500 F CFA pour l'ensemble des examens biologiques, peut être aussi un frein à l'assiduité des femmes enceintes.

Il semble que dans d'autres centres PMI d'Abidjan et de l'intérieur ce taux de présence à cet examen soit encore inférieur (10%), dans ce cas le maintien du BW dans le bilan prénatal a peu d'intérêt sur le plan de la santé publique (il en a bien sûr pour les femmes dépistées qui sont traitées, mais les femmes dépistées sont-elles toutes traitées ?). Si le risque de syphilis congénitale est considéré comme réel il faut envisager d'améliorer la fréquentation au dépistage sérologique en :

- réduisant l'attente et les déplacements au laboratoire
- diminuant le coût global des examens prénataux
- améliorant les horaires de fonctionnement des centres.

Il nous semble que ces objectifs pourraient être en grande partie atteints si le dépistage tréponémique était réalisé dans le centre de PMI de la maternité au cours de la visite prénatale du dernier trimestre. L'existence actuelle de tests d'agglutination rapide sur cartes ou sur lames rend cet examen réalisable avec peu de matériel et un minimum de formation.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - OMS Genève 1975 Lutte contre les tréponématoses *Série de rapport technique n° 582.*
- 2 - OMS Genève 1982 Les infections tréponémiques *Série de rapport technique n° 674*
- 3 - Retel Laurentin A. 1974 - Infécondité en Afrique Noire = maladies et conséquences sociales - Paris Ed. Masson

REMERCIEMENTS :

Nous exprimons toute notre reconnaissance au personnel de la section prénatale du Centre PMI de l'INSP pour sa collaboration.

TABLEAU N° 3 - Antécédents obstétricaux.

Geste	1	2	3	4	5	6	7 et +	Moyenne
BW+	13	10	14	3	4	4	8	3,34
BW-	23	46	31	15	10	6	3	2,79
								DS
Quotient gestation	0,2	$\frac{0,2}{0,29}$	$\frac{0,3}{0,39}$	$\frac{0,4}{0,49}$	$\frac{0,5}{0,59}$	$\frac{0,6}{0,69}$	$\frac{0,7}{\text{et +}}$	Moyenne
BW+	6	7	12	7	14	6	4	0,44
BW-	18	31	30	26	17	6	6	0,37
								DNS
Quotient enfants vivants	0	0,1	$\frac{0,1}{0,19}$	$\frac{0,2}{0,29}$	$\frac{0,3}{0,39}$	0,4 et +		Moyenne
BW+	25	4	9	9	6	3		0,15
BW-	49	10	29	33	10	3		0,16
								DS
Quotient avortements	0,05	$\frac{0,05}{0,09}$	$\frac{0,09}{0,14}$	$\frac{0,14}{0,19}$	$\frac{0,20}{\text{et +}}$			Moyenne
BW+	43	4	2	0	7			0,074
BW-	110	8	3	5	8			0,068
								DNS
Nombre d'enfants décédés	0	1	2	3	4 et +			
BW+	35	14	6	1				
BW-	110	20	3	1				

Quotient gestation = Nombre de grossesses / Durée de vie génitale

Figure N° 1 : $Quotient = \frac{\text{nombre d'enfants vivants}}{\text{nombre d'années activité génitale}}$

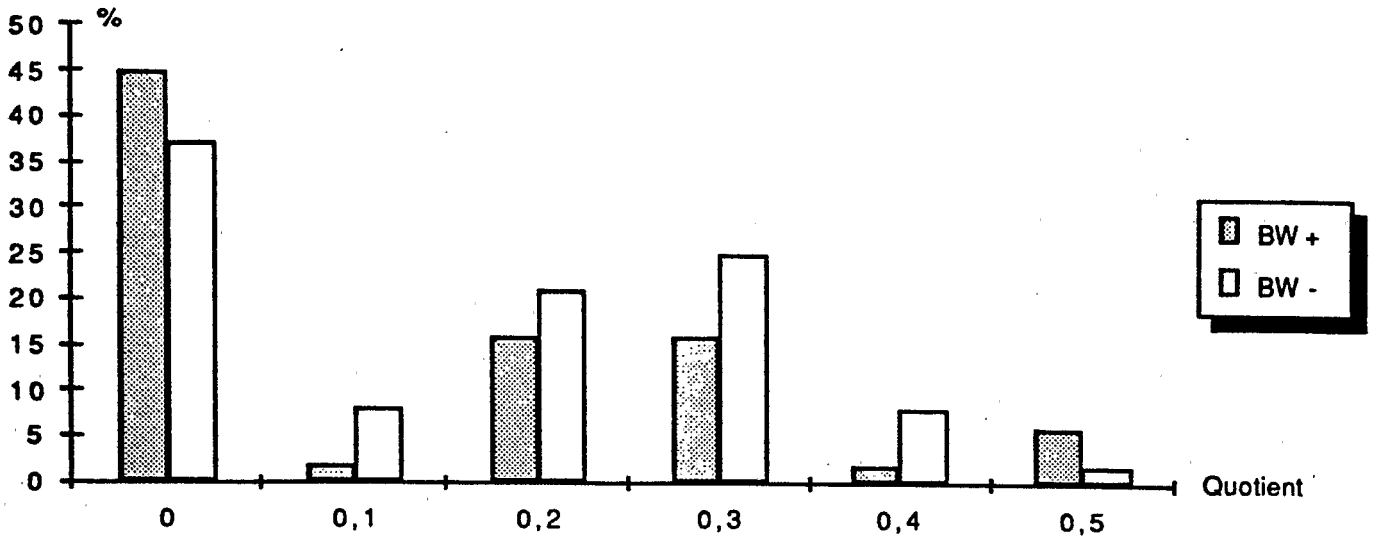


Figure N° 2 : $Quotient = \frac{\text{nombre total de grossesses}}{\text{nombre d'années activité génitale}}$

