

- [6] Albini E, Belluco G, Berton M, Schioppacassi G, Ungheri D. In vitro antibacterial activity of thiamphenicol glycinate acetylcysteinate against respiratory pathogens. *Drug Res* 1999;9:533–7.

M. Bergeret
N. Boutros
J. Raymond *

Service microbiologie, hôpital Saint-Vincent-de-Paul,
82, avenue Denfert-Rochereau, 75014 Paris, France
Adresse e-mail : j.raymond@svp.ap-hop-paris.fr

Reçu le 31 juillet 2002 ; accepté le 6 janvier 2003

* Auteur correspondant.

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.
PII: S 0 3 9 9 - 0 7 7 X (0 3) 0 0 1 0 4 - 5

Co-infection hépatite C et VIH chez les femmes enceintes à Ouagadougou (Burkina Faso)

Hepatitis C and HIV co-infection in pregnant women, Ouagadougou (Burkina Faso)

Mots clés : VHC ; VIH ; Gestation

Keywords: HCV; HIV; Pregnancy

Si l'épidémiologie du virus de l'hépatite B et du VIH est bien connue dans nos pays au Sud du Sahara, celle du virus de l'hépatite C (VHC), découvert seulement il y a une dizaine d'années, est encore très peu documentée du fait du coût élevé de ce type de sérologie. Pourtant, sa fréquence varie de 2 à 15,9 % en Afrique, avec une zone de haute endémicité en Afrique centrale ; au Burkina, elle était de 2,5 % chez les donneurs de sang [1]. Ainsi, 10 à 20 millions de personnes seraient infectées et 6 à 12 millions seraient des porteurs chroniques sur le continent.

Le VHC partage avec le VIH les mêmes voies de transmission. Ce qui favorise une possibilité de co-infection. Aux USA par exemple, le VHC affecte environ un tiers des sujets VIH positifs et la co-infection est associée à un taux plus élevé de la virémie [2]. Mais dans la mesure où la trithérapie maîtrise le développement du VIH, il est impérieux de connaître le devenir à court terme de l'affection hépatique par le virus C. En outre, la transmission verticale mère-enfant existe pour les deux virus, même si elle paraît inférieure à 5 % [2], mais l'influence de la séropositivité maternelle pour le VIH accroît le risque de transmission pour le VHC. En effet, ce risque est proche de 20 % et inférieur à 3 % respectivement lorsque la mère est séropositive et séronégative pour le VIH [3].

Or, la prévalence du virus C est de 0,2 à 7 % chez les femmes enceintes. Le but de cette étude est de préciser le

Tableau 1
Présentation des résultats sérologiques

Agent viral	Nombre	Pourcentage
VHC	12	5,8
VIH	18	7,9
VHC + VIH	4	1,7

taux de prévalence des deux virus chez la femme enceinte à Ouagadougou et évoquer les problèmes liés à cette situation.

1. Malades et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée dans les laboratoires de l'hôpital Ste Camille de Ouagadougou entre le 10 avril et le 4 juin 2000.

Elle a intéressé 288 femmes enceintes, d'au moins 32 semaines d'aménorrhée et vues en consultation prénatale. Ont été incluses dans l'étude, celles qui ont donné leur consentement éclairé.

Pour chaque parturiente, la recherche du HCV et HIV a été faite sur du sang veineux prélevé dans des tubes stériles contenant de l'Edta tripotassique.

Après centrifugation des échantillons à 3000 rpm pendant 10 min, les plasmas ont été séparés et congelés à -20 °C jusqu'aux analyses sérologiques à travers un spectrophotomètre lecteur de microplaques Sirio S de la Seac.

Les anticorps anti-HCV et anti-VIH ont été ensuite recherchés par technique EIA (Enzyme Immuno-Assay), en utilisant respectivement le kit HCV de la Maison Radim et le Genscreen HIV1/2 version 2 Sanofi Pasteur.

2. Résultats

2.1. Répartition des femmes selon l'âge

Les femmes étaient âgées de 17 à 40 ans avec un âge moyen de 25,14 ± 5,48 ans. La répartition par tranche d'âge a donné comme résultat : âge inférieur à 20 ans : 26,3 % (60), âge compris entre 20 à 30 ans : 57 % (130) et âge supérieur à 30 ans (38).

2.2. Statut sérologique des femmes

Dix-huit femmes étaient positives pour le VIH et pour le VHC soit 7,9 et 5,8 %.

L'âge moyen des femmes HIV positives était de 28,9 ans et celui des femmes VHC positives de 25 ans. Ces âges ne différaient pas significativement de celui des femmes séronégatives (Tableau 1).

Aucun antécédent transfusionnel n'a été retrouvé chez ces jeunes femmes mais les autres facteurs favorisants n'ont pas été recherchés.

3. Discussion

Si la fréquence du VIH est superposable à celle de la séropositivité au niveau de la population générale dans notre

pays qui est de 7,14 %, celle du VHC est supérieure à nos données antérieures (2,5 %). La co-infection intéresse 1,7 % des femmes enceintes. La fréquence dans cette étude est superposable aux données italiennes [4]. Aucune co-infection n'a été retrouvée au Maroc [5], un pays où la séroprévalence VHC est pourtant élevée (7,7 %).

En cas de co-infection, certains auteurs estiment que l'infection par le HCV chez les personnes VIH positives pourrait être considérée comme une maladie opportuniste car il est facteur de mauvais pronostic et accélère l'histoire naturelle de l'infection VIH [6].

Inversement, le VIH serait aussi un facteur de mauvais pronostic pour l'hépatite C, la co-infection VIH étant associée à un taux plus élevé de la virémie et à une évolution rapide de la maladie hépatique [2]. Cependant, la grossesse aurait un effet bénéfique sur la cytolysse qui décroît régulièrement jusqu'au 3^e trimestre pour augmenter après l'accouchement [2] mais favoriserait en revanche, les détériorations tissulaires hépatiques [7] ; cette aggravation serait d'origine essentiellement immune (action synergique de l'œstradiol et de la progestérone) mais l'évolution à long terme de ces lésions est à l'heure actuelle mal connue.

La fréquence de la transmission mère–enfant varie dans la littérature de 4 à 12 % ; elle serait 3,8 fois plus élevée en cas de co-infection par le VIH car dans ce cas la virémie HCV très élevée chez la mère [7]. Les risques de transmission semblent également liés à la présence de l'ARN viral (toujours positive en cas de contamination) et à la charge virale ; lorsque la charge virale est inférieure ou supérieure à 106, les fréquences seraient respectivement de 6 % et 30 % [7]. Cependant, le seuil de charge virale à risque de transmission n'est pas déterminé. Par ailleurs, la transmission ne serait pas liée au génotype viral en cause ; le rôle du mode d'accouchement reste controversé : si pour certains auteurs le mode de délivrance ne joue aucun rôle dans la transmission [6], d'autres affirment que la césarienne aurait un effet protecteur mais le rôle de l'allaitement n'est pas encore élucidé [7].

Si la majeure partie des enfants se débarrassera de ce virus, certains cependant resteront des porteurs chroniques et pourraient développer à un âge précoce, comme pour le virus de l'hépatite B, un hépatocarcinome. Malheureusement, si

pour l'hépatite B, une prévention par la vaccination existe et est efficace, il en est autrement pour le virus C pour lequel la seule prévention reste l'hygiène hospitalière et la sécurité transfusionnelle.

Références

- [1] Nicot T, Roget S, Denis F. Épidémiologie de l'hépatite C en Afrique. *Gastroentrol Clin Biol* 1997;596–606.
- [2] Cropley I, Main J. Hepatitis C virus infection: co-infection with HIV and HBV. *Res-clin Gastrentérol* 2000;14(2):265–75.
- [3] Gibb DM, Goodall RL, Dunn DF, Healy M, Neave P, Cafferkey M, Burler K. Mother to child transmission of hepatitis C virus: Evidence for preventable peripartum transmission. *The Lancet* 2000;356:904–7.
- [4] Baldo V, Floreani A, Mengon T, Grella P, Paternoster D, Trivello R. Hepatitis C virus, Hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection in pregnant women in north-east Italy: a seroepidemiological study. *Eur J Epidemiol* 2000;16(1):87–91.
- [5] Cacoub P, Ohayon V, Sekkat S, Dumont B, Sbai A. Étude épidémiologique et virologique de l'infection par le virus C au Maroc. *Gastroentrol Clin Biol* 2000;24(2 bis):169.
- [6] Conte D, Fraquelli M, Prati D, Colucci A, Miniola E. Prevalence and clinical course of chronic hepatitis C virus infection and rate HCV, vertical transmission in a cohort of 15250 pregnant women. *Hepatology* 2000;31(3):751–5.
- [7] Benzadon G. La grossesse favorise les détériorations hépatiques dues, au virus C. *Le Quotidien du Médecin* 2000:6781–8.

D. Ilboudo *

Faculté des sciences de la santé, université de Ouagadougou 03 BP, 7021, Ouagadougou 03, Burkina Faso

A. Sawadogo

Hôpital national de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

J. Simpore

Laboratoire Sainte Camille de Ouagadougou, Burkina Faso

* Auteur correspondant.