

UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2010

THESE N°: 80

Les infections sexuellement transmissibles
chez la femme enceinte ; Enquete a la maternite de chu
de rabat sur les ist chez la femme enceinte, causees
par la syphilis, le vih et le virus de l'hepatite b

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mr Mohamed BOURACHDI

Né le 08 Décembre 1985 à Ouezzane

Pour l'Obtention du Doctorat en
Pharmacie

MOTS CLES: Femme enceinte – Infection sexuellement transmissible – La syphilis –
Virus d'Immunodéficience humain – Virus de l'hépatite B

JURY

Mr. S. BARGACH

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mr. A. RAGALA

Professeur agrégé de Gynécologie Obstétrique

Mme. M. MALKI YOUSFI

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mr. H. TLIGUI

Professeur Agrégé de Parasitologie

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES



سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 32



اللهم إنا نسألك علما نافعاً وقلبا خاشعاً
وشفاء من كل داء وسقم



**UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969	: Docteur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen :	Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et Etudiantines	Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération	Professeur Ali BENOMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie	Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général :	Monsieur El Hassan AHALLAT

PROFESSEURS :

Décembre 1967

1. Pr. TOUNSI Abdelkader	Pathologie Chirurgicale
--------------------------	-------------------------

Février, Septembre, Décembre 1973

2. Pr. ARCHANE My Idriss*	Pathologie Médicale
3. Pr. BENOMAR Mohammed	Cardiologie
4. Pr. CHAOUI Abdellatif	Gynécologie Obstétrique
5. Pr. CHKILI Taieb	Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

6. Pr. HASSAR Mohamed	Pharmacologie Clinique
-----------------------	------------------------

Février 1977

7. Pr. AGOUMI Abdelaziz	Parasitologie
8. Pr. BENKIRANE ép. AGOUMI Najia	Hématologie
9. Pr. EL BIED ép. IMANI Farida	Radiologie

Février Mars et Novembre 1978

10. Pr. ARHARBI Mohamed	Cardiologie
11. Pr. SLAOUI Abdelmalek	Anesthésie Réanimation

Mars 1979

12. Pr. LAMDOUAR ép. BOUAZZAOUI Naima	Pédiatrie
---------------------------------------	-----------

Mars, Avril et Septembre 1980

13. Pr. EL KHAMLIHI Abdeslam	Neurochirurgie
14. Pr. MESBAHI Redouane	Cardiologie

Mai et Octobre 1981

- 15. Pr. BENOMAR Said*
- 16. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid
- 17. Pr. EL MANOUAR Mohamed
- 18. Pr. HAMMANI Ahmed*
- 19. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
- 20. Pr. SBIHI Ahmed
- 21. Pr. TAOBANE Hamid*

Anatomie Pathologique
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

- 22. Pr. ABROUQ Ali*
- 23. Pr. BENOMAR M'hamed
- 24. Pr. BENSOUA Mohamed
- 25. Pr. BENOSMAN Abdellatif
- 26. Pr. CHBICHEB Abdelkrim
- 27. Pr. JIDAL Bouchaib*
- 28. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie-Cardio-Vasculaire
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Biophysique
Chirurgie Maxillo-faciale
Physiologie

Novembre 1983

- 29. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
- 30. Pr. BALAFREJ Amina
- 31. Pr. BELLAKHDAR Fouad
- 32. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
- 33. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Décembre 1984

- 34. Pr. BOUCETTA Mohamed*
- 35. Pr. EL OUEDDARI Brahim El Khalil
- 36. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
- 37. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
- 38. Pr. NAJI M'Barek *
- 39. Pr. SETTAF Abdellatif

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

- 40. Pr. BENJELLOUN Halima
- 41. Pr. BENSaid Younes
- 42. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
- 43. Pr. IHRAI Hssain *
- 44. Pr. IRAQI Ghali
- 45. Pr. KZADRI Mohamed

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Janvier, Février et Décembre 1987

- 46. Pr. AJANA Ali
- 47. Pr. AMMAR Fanid
- 48. Pr. CHAHED OUZZANI ép.TAOBANE Houria
- 49. Pr. EL FASSY Fihri Mohamed Taoufiq
- 50. Pr. EL HAITEM Naïma
- 51. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
- 52. Pr. EL YAACOUBI Moradh
- 53. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
- 54. Pr. LACHKAR Hassan
- 55. Pr. OHAYON Victor*

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Médecine Interne

56. Pr. YAHYAOUI Mohamed

Décembre 1988

- 57. Pr. BENHMAMOUCH Mohamed Najib
- 58. Pr. DAFIRI Rachida
- 59. Pr. FAIK Mohamed
- 60. Pr. FIKRI BEN BRAHIM Noureddine
- 61. Pr. HERMAS Mohamed
- 62. Pr. TOULOUNE Farida*

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

- 63. Pr. ABIR ép. KHALIL Saadia
- 64. Pr. ACHOUR Ahmed*
- 65. Pr. ADNABOUI Mohamed
- 66. Pr. AOUNI Mohamed
- 67. Pr. AZENDOUR BENACEUR*
- 68. Pr. BENAMEUR Mohamed*
- 69. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
- 70. Pr. CHAD Bouziane
- 71. Pr. CHKOFF Rachid
- 72. Pr. FARCHADO Fouzia ép. BENABDELLAH
- 73. Pr. HACHIM Mohammed*
- 74. Pr. HACHIMI Mohamed
- 75. Pr. KHARBACH Aïcha
- 76. Pr. MANSOURI Fatima
- 77. Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda
- 78. Pr. SEDRATI Omar*
- 79. Pr. TAZI Saoud Anas
- 80. Pr. TERHZZAZ Abdellah*

Février Avril Juillet et Décembre 1991

- 81. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
- 82. Pr. ATMANI Mohamed*
- 83. Pr. AZZOUZI Abderrahim
- 84. Pr. BAYAHIA ép. HASSAM Rabéa
- 85. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
- 86. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
- 87. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdelatif
- 88. Pr. BENSOUDA Yahia
- 89. Pr. BERRAHO Amina
- 90. Pr. BEZZAD Rachid
- 91. Pr. CHABRAOUI Layachi
- 92. Pr. CHANA El Houssaine*
- 93. Pr. CHERRAH Yahia
- 94. Pr. CHOKAIRI Omar
- 95. Pr. FAJRI Ahmed*
- 96. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
- 97. Pr. KHATTAB Mohamed
- 98. Pr. NEJMI Maati
- 99. Pr. OUAALINE Mohammed*
- 100. Pr. SOULAYMANI ép. BENCHEIKH Rachida
- 101. Pr. TAOUFIK Jamal

Neurologie

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Urologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Cardiologie
Chirurgicale
Médecine Interne
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Radiologie
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Pédiatrique
Médecine-Interne
Urologie
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Dermatologie
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Ophtalmologie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

- 102. Pr. AHALLAT Mohamed
- 103. Pr. BENOUDA Amina
- 104. Pr. BENSOUA Adil
- 105. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
- 106. Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
- 107. Pr. CHAKIR Nouredine
- 108. Pr. CHRAIBI Chafiq
- 109. Pr. DAOUDI Rajae
- 110. Pr. DEHAYNI Mohamed*
- 111. Pr. EL HADDOURY Mohamed
- 112. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
- 113. Pr. FELLAT Rokaya
- 114. Pr. GHAFIR Driss*
- 115. Pr. JIDDANE Mohamed
- 116. Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
- 117. Pr. TAGHY Ahmed
- 118. Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale
Microbiologie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

- 119. Pr. AGNAOU Lahcen
- 120. Pr. AL BAROUDI Saad
- 121. Pr. ARJI Moha*
- 122. Pr. BENCHERIFA Fatiha
- 123. Pr. BENJAAFAR Nouredine
- 124. Pr. BENJELLOUN Samir
- 125. Pr. BENRAIS Nozha
- 126. Pr. BOUNASSE Mohammed*
- 127. Pr. CAOUI Malika
- 128. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
- 129. Pr. EL AMRANI ép. AHALLAT Sabah
- 130. Pr. EL AOUAD Rajae
- 131. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
- 132. Pr. EL HASSANI My Rachid
- 133. Pr. EL IDRISSI LAMGHARI Abdennaceur
- 134. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
- 135. Pr. ERROUGANI Abdelkader
- 136. Pr. ESSAKALI Malika
- 137. Pr. ETTAYEBI Fouad
- 138. Pr. HADRI Larbi*
- 139. Pr. HDA Ali*
- 140. Pr. HASSAM Badredine
- 141. Pr. IFRINE Lahssan
- 142. Pr. JELTHI Ahmed
- 143. Pr. MAHFOUD Mustapha
- 144. Pr. MOUDENE Ahmed*
- 145. Pr. MOSSEDDAQ Rachid*
- 146. Pr. OULBACHA Said
- 147. Pr. RHRAB Brahim
- 148. Pr. SENOUCI ép. BELKHADIR Karima
- 149. Pr. SLAOUI Anas

Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie
Radiothérapie
Chirurgie Générale
Biophysique
Pédiatrie
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métabolique
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumatologie Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Cardio- Vasculaire
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Dermatologie
Chirurgie Cardio-vasculaire

Mars 1994

150. Pr. ABBAR Mohamed*
151. Pr. ABDELHAK M'barek
152. Pr. BELAIDI Halima
153. Pr. BARHMI Rida Slimane
154. Pr. BENTAHILA Abdelali
155. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
156. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
157. Pr. CHAMI Ilham
158. Pr. CHERKAoui Lalla Ouafae
159. Pr. EL ABBADI Najia
160. Pr. HANINE Ahmed*
161. Pr. JALIL Abdelouahed
162. Pr. LAKHDAR Amina
163. Pr. MOUANE Nezha

Urologie
Chirurgie - Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie - Obstétrique
Traumatologie - Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

164. Pr. ABOUQUAL Redouane
165. Pr. AMRAoui Mohamed
166. Pr. BAIDADA Abdelaziz
167. Pr. BARGACH Samir
168. Pr. BELLAHNECH Zakaria
169. Pr. BEDDOUCHE Amokrane*
170. Pr. BENAZZOUZ Mustapha
171. Pr. CHAARI Jilali*
172. Pr. DIMOU M'barek*
173. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
174. Pr. EL MESNAoui Abbes
175. Pr. ESSAKALI HOUSSEINI Leila
176. Pr. FERHATI Driss
177. Pr. HASSOUNI Fadil
178. Pr. HDA Abdelhamid*
179. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
180. Pr. IBRAHIMY Wafaa
182. Pr. BENOMAR ALI
183. Pr. BOUGTAB Abdesslam
184. Pr. ER RIHANI Hassan
185. Pr. EZZAITOUNI Fatima
186. Pr. KABBAJ Najat
187. Pr. LAZRAK Khalid (M)
188. Pr. OUTIFA Mohamed*

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Urologie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique

Décembre 1996

189. Pr. AMIL Touriya*
190. Pr. BELKACEM Rachid
191. Pr. BELMAHI Amin
192. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
193. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
194. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
195. Pr. GAMRA Lamiae
196. Pr. GAOUZI Ahmed
197. Pr. MAHFOUDI M'barek*
198. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie réparatrice et plastique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Parasitologie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale

199. Pr. MOHAMMADI Mohamed
 200. Pr. MOULINE Soumaya
 201. Pr. OUADGHIRI Mohamed
 202. Pr. OUZEDDOUN Naima
 203. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Médecine Interne
 Pneumo-phtisiologie
 Traumatologie – Orthopédie
 Néphrologie
 Cardiologie

Novembre 1997

204. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
 205. Pr. BEN AMAR Abdesselem
 206. Pr. BEN SLIMANE Lounis
 207. Pr. BIROUK Nazha
 208. Pr. BOULAICH Mohamed
 209. Pr. CHAOUIR Souad*
 210. Pr. DERRAZ Said
 211. Pr. ERREIMI Naima
 212. Pr. FELLAT Nadia
 213. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
 214. Pr. HAIMEUR Charki*
 215. Pr. KADDOURI Noureddine
 216. Pr. KANOUNI NAWAL
 217. Pr. KOUTANI Abdellatif
 218. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
 219. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
 220. Pr. NAZZI M'barek*
 221. Pr. OUAHABI Hamid*
 222. Pr. SAFI Lahcen*
 223. Pr. TAOUFIQ Jallal
 224. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie – Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Neurologie
 O.R.L.
 Radiologie
 Neurochirurgie
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Radiologie
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie – Pédiatrique
 Physiologie
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Neurologie
 Anesthésie Réanimation
 Psychiatrie
 Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

225. Pr. BENKIRANE Majid*
 226. Pr. KHATOURI Ali*
 227. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Hématologie
 Cardiologie
 Anatomie Pathologique

Novembre 1998

228. Pr. AFIFI RAJAA
 229. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
 230. Pr. ALOUANE Mohammed*
 231. Pr. LACHKAR Azouz
 232. Pr. LAHLOU Abdou
 233. Pr. MAFTAH Mohamed*
 234. Pr. MAHASSINI Najat
 235. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
 236. Pr. MANSOURI Abdelaziz*
 237. Pr. NASSIH Mohamed*
 238. Pr. RIMANI Mouna
 239. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Gastro - Entérologie
 Pneumo-phtisiologie
 Oto- Rhino- Laryngologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Neurochirurgie
 Anatomie Pathologique
 Pédiatrie
 Neurochirurgie
 Stomatologie Et Chirurgie Maxillo Faciale
 Anatomie Pathologique
 Neurologie

Janvier 2000

240. Pr. ABID Ahmed*
 241. Pr. AIT OUMAR Hassan
 242. Pr. BENCHERIF My Zahid
 243. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd

Pneumo-phtisiologie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Pédiatrie

244. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
 245. Pr. CHAOUI Zineb
 246. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
 247. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
 248. Pr. EL FTOUH Mustapha
 249. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
 250. Pr. EL OTMANYAzzedine
 251. Pr. GHANNAM Rachid
 252. Pr. HAMMANI Lahcen
 253. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
 254. Pr. ISMAILI Hassane*
 255. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
 256. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
 257. Pr. TACHINANTE Rajae
 258. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Pneumo-phtisiologie
 Neurochirurgie
 Chirurgie Générale
 Cardiologie
 Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Traumatologie Orthopédie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie-Réanimation
 Anesthésie-Réanimation
 Médecine Interne

Novembre 2000

259. Pr. AIDI Saadia
 260. Pr. AIT OURHROUIL Mohamed
 261. Pr. AJANA Fatima Zohra
 262. Pr. BENAMR Said
 263. Pr. BENCHEKROUN Nabih
 264. Pr. BOUSSELMANE Nabile*
 265. Pr. BOUTALEB Najib*
 266. Pr. CHERTI Mohammed
 267. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
 268. Pr. EL HASSANI Amine
 269. Pr. EL IDGHIRI Hassan
 270. Pr. EL KHADER Khalid
 271. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
 272. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
 273. Pr. HSSAIDA Rachid*
 274. Pr. MANSOURI Aziz
 275. Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
 276. Pr. RZIN Abdelkader*
 277. Pr. SEFIANI Abdelaziz
 278. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Neurologie
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Générale
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Neurologie
 Cardiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Pédiatrie
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Urologie
 Rhumatologie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Anesthésie-Réanimation
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Génétique
 Réanimation Médicale

PROFESSEURS AGREGES :

Décembre 2001

279. Pr. ABABOU Adil
 280. Pr. AOUAD Aicha
 281. Pr. BALKHI Hicham*
 282. Pr. BELMEKKI Mohammed
 283. Pr. BENABDELJILIL Maria
 284. Pr. BENAMAR Loubna
 285. Pr. BENAMOR Jouda
 286. Pr. BENELBARHDADI Imane
 287. Pr. BENNANI Rajae
 288. Pr. BENOUACHANE Thami
 289. Pr. BENYOUSSEF Khalil
 290. Pr. BERRADA Rachid
 291. Pr. BEZZA Ahmed*
 292. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi

Anesthésie-Réanimation
 Cardiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Néphrologie
 Pneumo-phtisiologie
 Gastro-Entérologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Rhumatologie
 Anatomie

293. Pr. BOUHOUCHE Rachida
 294. Pr. BOUMDIN El Hassane*
 295. Pr. CHAT Latifa
 296. Pr. CHELLAOUI Mounia
 297. Pr. DAALI Mustapha*
 298. Pr. DRISSI Sidi Mourad*
 299. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira
 300. Pr. EL HIJRI Ahmed
 301. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 302. Pr. EL MADHI Tarik
 303. Pr. EL MOUSSAIF Hamid
 304. Pr. EL OUNANI Mohamed
 305. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
 306. Pr. ETTAIR Said
 307. Pr. GAZZAZ Miloudi*
 308. Pr. GOURINDA Hassan
 309. Pr. HRORA Abdelmalek
 310. Pr. KABBAJ Saad
 311. Pr. KABIRI El Hassane*
 312. Pr. LAMRANI Moulay Omar
 313. Pr. LEKEHAL Brahim
 314. Pr. MAHASSIN Fattouma*
 315. Pr. MEDARHRI Jalil
 316. Pr. MIKDAME Mohammed*
 317. Pr. MOHSINE Raouf
 318. Pr. NABIL Samira
 319. Pr. NOUINI Yassine
 320. Pr. OUALIM Zouhair*
 321. Pr. SABBAH Farid
 322. Pr. SEFIANI Yasser
 323. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia
 324. Pr. TAZI MOUKHA Karim

Décembre 2002

325. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 326. Pr. AMEUR Ahmed*
 327. Pr. AMRI Rachida
 328. Pr. AOURARH Aziz*
 329. Pr. BAMOU Youssef *
 330. Pr. BELGHITI Laila
 331. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 332. Pr. BENBOUAZZA Karima
 333. Pr. BENZEKRI Laila
 334. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
 335. Pr. BERADY Samy*
 336. Pr. BERNOUSSI Zakiya
 337. Pr. BICHRA Mohamed Zakarya
 338. Pr. CHOHO Abdelkrim *
 339. Pr. CHKIRATE Bouchra
 340. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 341. Pr. EL ALJ Haj Ahmcd
 342. Pr. EL BARNOUSSI Leila
 343. Pr. EL HAOURI Mohamed *
 344. Pr. EL MANSARI Omar*

Cardiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Urologie
 Néphrologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie
 Urologie

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Gynécologie Obstétrique
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Rhumatologie
 Dermatologie
 Gastro – Entérologie
 Médecine Interne
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Urologie
 Gynécologie Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale

345. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
 346. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 347. Pr. HADDOUR Leila
 348. Pr. HAJJI Zakia
 349. Pr. IKEN Ali
 350. Pr. ISMAEL Farid
 351. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 352. Pr. KRIOULE Yamina
 353. Pr. LAGHMARI Mina
 354. Pr. MABROUK Hfid*
 355. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 356. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 357. Pr. MOUSTAINE My Rachid
 358. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
 359. Pr. OUJILAL Abdelilah
 360. Pr. RACHID Khalid *
 361. Pr. RAISS Mohamed
 362. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 363. Pr. RHOU Hakima
 364. Pr. RKIOUAK Fouad*
 365. Pr. SIAH Samir *
 366. Pr. THIMOU Amal
 367. Pr. ZENTAR Aziz*
 368. Pr. ZRARA Ibtisam*

Janvier 2004

369. Pr. ABDELLAH El Hassan
 370. Pr. AMRANI Mariam
 371. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 372. Pr. BENKIRANE Ahmed*
 373. Pr. BENRAMDANE Larbi*
 374. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 375. Pr. BOULAADAS Malik
 376. Pr. BOURAZZA Ahmed*
 377. Pr. CHERRADI Nadia
 378. Pr. EL FENNI Jamal*
 379. Pr. EL HANCHI Zaki
 380. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 381. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 382. Pr. HACHI Hafid
 383. Pr. JABOUIRIK Fatima
 384. Pr. KARMANE Abdelouahed
 385. Pr. KHABOUZE Samira
 386. Pr. KHARMAZ Mohamed
 387. Pr. LEZREK Mohammed*
 388. Pr. MOUGHIL Said
 389. Pr. NAOUMI Asmae*
 390. Pr. SAADI Nozha
 391. Pr. SASSENOU Ismail*
 392. Pr. TARIB Abdelilah*
 393. Pr. TIJAMI Fouad
 394. Pr. ZARZUR Jamila

Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Traumatologie Orthopédie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumo-phtisiologie
 Néphrologie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Chimie Analytique
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Traumatologie Orthopédie
 Urologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Gastro-Entérologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie

Janvier 2005

395. Pr. ABBASSI Abdelah
396. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
397. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
398. Pr. ALLALI fadoua
399. Pr. AMAR Yamama
400. Pr. AMAZOUZI Abdellah
401. Pr. AZIZ Nouredine*
402. Pr. BAHIRI Rachid
403. Pr. BARAKAT Amina
404. Pr. BENHALIMA Hanane
405. Pr. BENHARBIT Mohamed
406. Pr. BENYASS Aatif
407. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
408. Pr. BOUKALATA Salwa
409. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
410. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
411. Pr. EL HAMZAOUI Sakina
412. Pr. HAJJI Leila
413. Pr. HESSISSEN Leila
414. Pr. JIDAL Mohamed*
415. Pr. KARIM Abdelouahed
416. Pr. KENDOUCI Mohamed*
417. Pr. LAAROUSSI Mohamed
418. Pr. LYACOUBI Mohammed
419. Pr. NIAMANE Radouane*
420. Pr. RAGALA Abdelhak
421. Pr. REGRAGUI Asmaa
422. Pr. SBIHI Souad
423. Pr. TNACHERI OUZZANI Btissam
424. Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Néphrologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Radiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Ophtalmologie
Cardiologie
Chirurgie Cardio Vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Anatomie Pathologique
Histo Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

Avril 2006

425. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
426. Pr. AFIFI Yasser
427. Pr. AKJOUJ Said*
428. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra
429. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
430. Pr. BENCHEIKH Razika
431. Pr. BIYI Abdelhamid*
432. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
433. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
434. Pr. CHEIKHAOUI Younes
435. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
436. Pr. DOGHMI Nawal
437. Pr. ESSAMRI Wafaa
438. Pr. FELLAT Btissam
439. Pr. FAROUDY Mamoun
440. Pr. GHADOUANE Mohammed*
441. Pr. HARMOUCHE Hicham
442. Pr. HNAFI Sidi Mohamed*
443. Pr. IDRIS LAHLOU Amine
444. Pr. JROUNDI Laila
445. Pr. KARMOUNI Tariq

Rhumatologie
Dermatologie
Radiologie
Dermatologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie – Pédiatrique
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie

446. Pr. KILI Amina
 447. Pr. KISRA Hassan
 448. Pr. KISRA Mounir
 449. Pr. KHARCHAFI Aziz*
 450. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 451. Pr. MANSOURI Hamid*
 452. Pr. NAZIH Naoual
 453. Pr; OUANASS Abderrazzak
 454. Pr. SAFI Soumaya*
 455. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 456. Pr. SEFIANI Sana
 457. Pr. SOUALHI Mouna
 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Médecine Interne
 Parasitologie
 Radiothérapie
 O.R.L
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Anatomie Pathologique
 Pneumo-Phtisiologie
 Pneumo-Phtisiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES **PROFESSEURS**

1. Pr. ALAMI OUHABI Naima
 2. Pr. ALAOUI KATIM
 3. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
 4. Pr. ANSAR M'hammed
 5. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
 6. Pr. BOURJOUANE Mohamed
 7. Pr. DRAOUI Mustapha
 8. Pr. EL GUESSABI Lahcen
 9. Pr. ETTAIB Abdelkader
 10. Pr. FAOUZI Moulay El Abbes
 11. Pr. HMAMOUCHE Mohamed
 12. Pr. REDHA Ahlam
 13. Pr. TELLAL Saida*
 14. Pr. TOUATI Driss
 15. Pr. ZELLOU Amina

Biochimie
 Pharmacologie
 Histologie – Embryologie
 Chimie Organique et Pharmacie Chimique
 Applications Pharmaceutiques
 Microbiologie
 Chimie Analytique
 Pharmacognosie
 Zootechnie
 Pharmacologie
 Chimie Organique
 Biochimie
 Biochimie
 Pharmacognosie
 Chimie Organique

* *Enseignants Militaires*

DEDICACES



Tous les mots ne sauraient exprimer

*La gratitude, l'amour, le respect,
la reconnaissance...*



Aussi, c'est tout simplement que ...

Je dédie cette thèse

A MES CHERS PARENTS

A ma très chère mère :

Mme. MARIA BENMALEK

Ce travail est le fruit de tes efforts, des longues années de sacrifices auxquels tu as consentis.

Je ne trouverai jamais assez de mots pour t'exprimer toute ma gratitude et mon affection.



Qu'Allah t'accorde longue vie et te rende au centuple tout ce que tu fais pour nous.



A mon très cher père :

Mr. MOHYI EDDINE BOURACHDI

Tu as rempli ton devoir envers tes enfants, tu nous as mis dans le droit chemin. Tu nous as appris la simplicité, la politesse, le respect des autres et l'honnêteté. Nous sommes fiers de toi.

Reçoit à ton tour le témoignage de notre respect et de notre reconnaissance infinis. Que Dieu te garde longtemps parmi nous.



A decorative corner ornament in the top right corner, featuring a dark red L-shaped border with intricate black and white scrollwork and floral patterns at the corner.

A mon très cher frère yahya

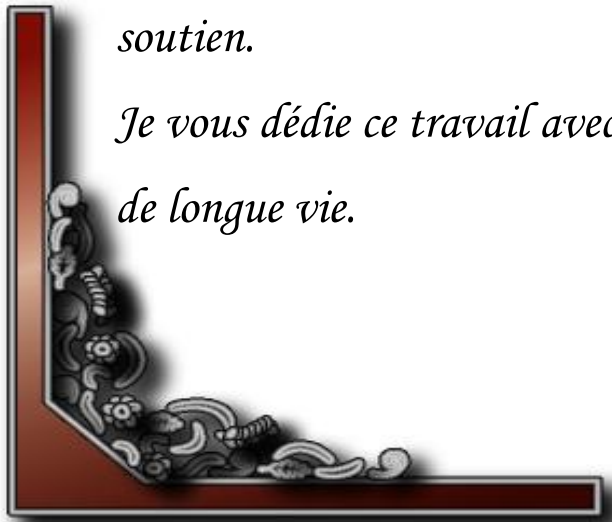
*En témoignage de mon affection fraternel et ma
profonde estime.*

Je vous souhaite beaucoup de bonheur et de réussite.

Restons unis et solidaires.

A ma grande mère

*En témoignage de mon attachement profond, sincère et
sans égale, mon amour et ma gratitude pour votre
soutien.*

A decorative corner ornament in the bottom left corner, featuring a dark red L-shaped border with intricate black and white scrollwork and floral patterns at the corner.

*Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur et
de longue vie.*

A mon oncle Samir

En témoignage de ma gratitude et l'expression de mon affection la plus sincère, je vous dédie ce travail.

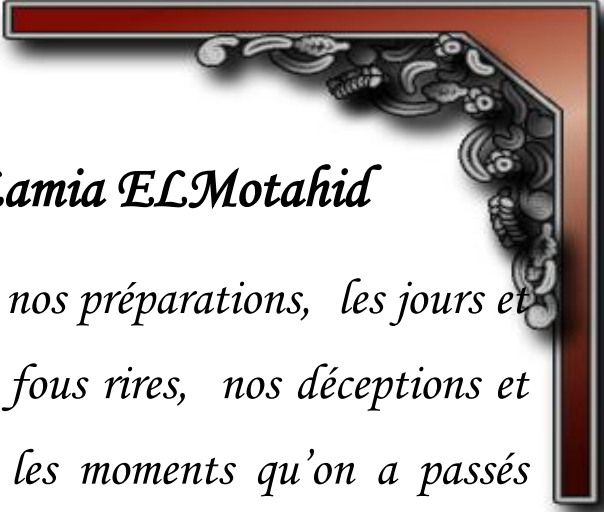
Que Dieu vous protège et vous procure bonheur, santé et prospérité.

***A Mon Maître de stage d'officine Dr. Mohamed
Rouichka***



Pour votre soutien, et vos encouragements.

*Je vous dédie ce travail, avec tous mes vœux de bonheur,
de santé, de réussite et de longue vie pleine de joie*



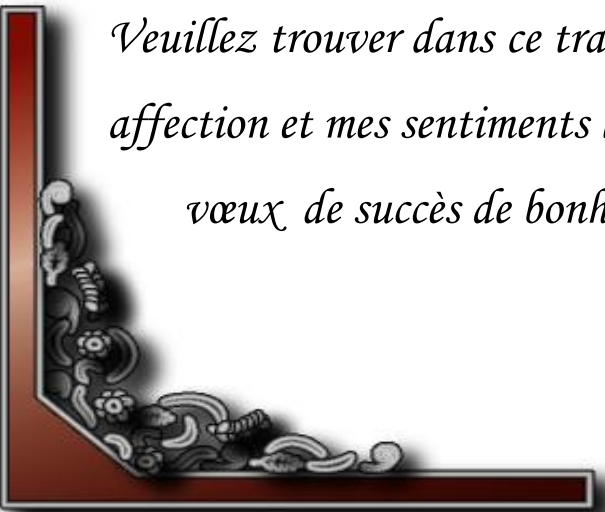
A ma très chère amie Lamia ELMotahid

Je dédie ce travail à toutes nos préparations, les jours et les nuits, nos larmes et nos fous rires, nos déceptions et nos éclats de joie. A tous les moments qu'on a passés ensemble. A notre belle amitié.

A tous les amis (es): Anass, Ilyass, Hicham, Ahmed

Mariemme, Soukayna, Younes, Hajjar

En souvenir des moments agréables passés ensemble.



Veillez trouver dans ce travail l'expression de ma tendre affection et mes sentiments les plus respectueux avec mes vœux de succès de bonheur et de bonne santé.

REMERCIEMENTS



A NOTRE MAÎTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

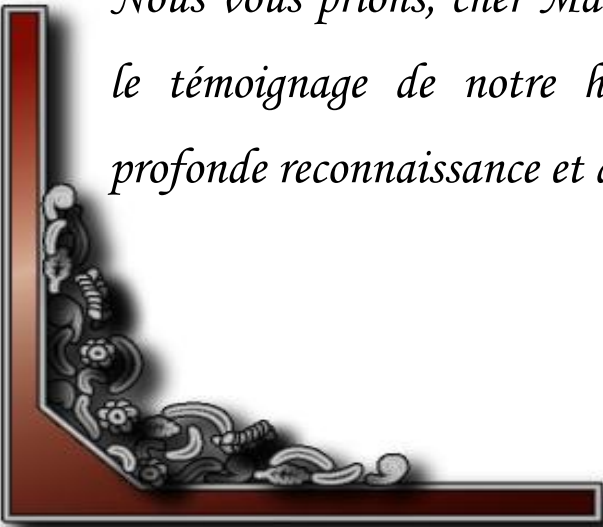
Monsieur le Professeur BARGACH SAMIR

Professeur de Gynécologie –Obstétrique

C'est un grand honneur de vous trouver parmi nos juges.

Nous vous remercions pour l'amabilité avec laquelle vous avez accepté de siéger à la présidence de notre jury.

Nous avons pu apprécier vos grandes qualités humaines et professionnelles, la richesse et la clarté de vos connaissances qui font de vous un maître estimé par tous.



Nous vous prions, cher Maître, d'accepter dans ce travail le témoignage de notre haute considération, de notre profonde reconnaissance et de notre sincère respect.



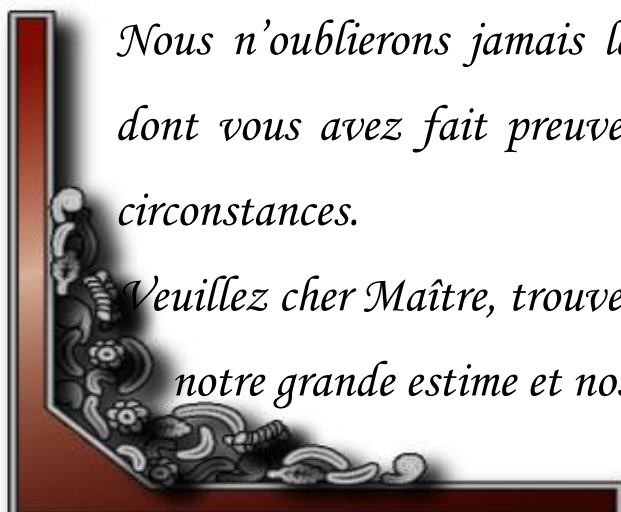
A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE

Monsieur le Professeur RAGALA ABDELHAK

Professeur Agrégé de Gynécologie –Obstétrique

*Nous vous remercions vivement de nous avoir fait l'honneur
de diriger ce travail sans ne jamais épargner aucun effort
pour nous guider dans le chemin sinueux de la recherche.*

*Sans votre Clairvoyance, vos corrections méticuleuses, ce
travail n'aurait pu être préparé et dirigé dans des conditions
favorables.*



*Nous n'oublierons jamais la gentillesse et la disponibilité
dont vous avez fait preuve en nous accueillant en toutes
circonstances.*

*Veuillez cher Maître, trouvez dans ce travail l'expression de
notre grande estime et nos sentiments les plus sincères.*



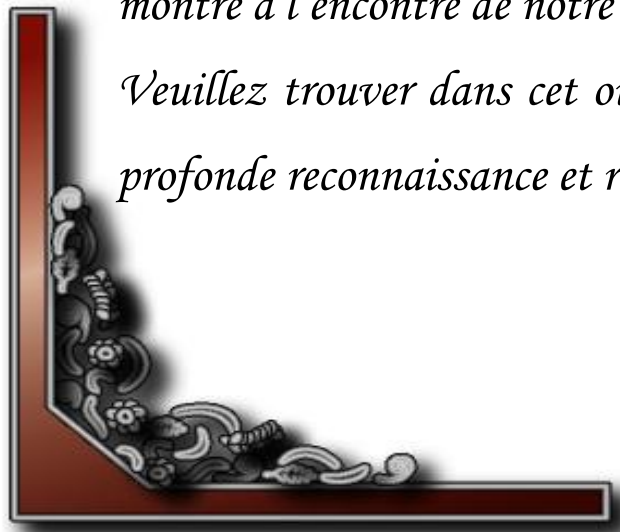
A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE

Madame le professeur YOUSFI MALKI MOUNIA

Professeur de Gynécologie –Obstétrique

Nous sommes particulièrement reconnaissants pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Notre gratitude est grande pour l'intérêt que vous avez montré à l'encontre de notre travail.



Veillez trouver dans cet ouvrage le témoignage de notre profonde reconnaissance et respect.



A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE

Monsieur le Professeur TLIGUI HOUSSAIN

Professeur Agrégé de parasitologie

Nous vous sommes très reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Qu'il nous soit permis, Monsieur, de vous exprimer notre reconnaissance, notre respect et notre estime.



Puisse ce travail vous témoigner notre profond respect et notre grande reconnaissance.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	2
-------------------	---

1^{ère} Partie :

Rappels sur certaines infections sexuellement transmissibles (IST) chez la femme et la femme enceinte en particulier

I. IST chez la femme.....	4
I.1 Définition des IST.....	4
I.2 Classification des agents responsables des IST.....	5
II. Syphilis.....	7
II.1 Agent causal.....	7
II.2 Aspect physiologiques et cliniques de la syphilis congénitale.....	8
II.3 Diagnostique biologique.....	9
a. Diagnostic directe : mise en évidence de tréponème pâle.....	9
b. Diagnostic indirect ou sérologique.....	10
b .1 tests non spécifiques ou non tréponémique.....	11
b .2 tests spécifiques ou tréponémique.....	12
II.4 Traitement.....	18
II.4.1 Traitement lors d'une syphilis précoce chez l'adulte.....	18
II.4.2 Traitement lors d'une neurosyphilis.....	18
II.4.3 Traitement de syphilis chez la femme enceinte.....	19
II.5 surveillance de traitement.....	19
III. VIH.....	20
III.1 Agent pathogène.....	21
III.2 Transmissions.....	21
III.2.1 transmission sexuelle.....	21
III.2.2 transmission par le sang et ses dérivés.....	21
III.2.3 transmission materno-foetale.....	22
III.3 Cliniques.....	22

III.4 Diagnostiques biologiques.....	24
III.4.1 Marqueurs immunologiques.....	24
a. cinétique.....	24
b. évolution des marqueurs et apparition des infections opportunistes.....	25
III.4.2 Tests biologiques.....	26
III.5 moyennes pour diminuer la transmission materno-foetale.....	29
III.5.1 AZT.....	29
III.5.2 césarienne.....	32
III.5.3 autres recommandations.....	32
IV. Hépatite B.....	33
IV.1 Agent pathogène.....	33
IV.2 Données épidémiologiques et cliniques.....	33
IV.3 Hépatite B et grossesse.....	36
IV.3.1 Transmission materno-foetale de VHB.....	36
IV.3.2 Transmission paternelle de VHB en période néonatale.....	37
IV.3.3 Infection de nouveau né.....	37
IV.3.4 Traitement.....	38
a. Mère.....	38
b. Enfant.....	38

2^{ème} Partie :

Enquête à la maternité de CHU de Rabat sur les infections sexuellement transmissibles chez la femme enceinte, causées par la syphilis, le VIH et le virus de l'hépatite B

I. Introduction.....	41
II. Objectifs de l'étude.....	41
III. Patientes et Méthodes.....	42
IV. Résultats.....	43

IV.1. Caractéristiques des femmes enceintes.....	43
IV.2. Syphilis.....	44
IV.2.1. TPHA.....	44
IV.2.2. VDRL.....	45
IV.3. VIH.....	46
IV.4. Hépatite B.....	49
V. Discussion.....	50
VI. Conclusion.....	53

RESUMES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

*TABLEAUX, FIGURES
ET ABREVIATINS*

TABLEAUX

Tableau 1 : les IST les plus courantes chez la femme.....	6
Tableau 2 : Interprétation simplifiée des sérologies de la syphilis.....	17
Tableau 3 : utilisation de l’AZT pour diminuer le risque de TMF.....	32
Tableau 4 : âge moyen des patientes et de grossesse.....	43

FIGURES

Figure 1 : apparition des anticorps après le chancre.....	14
Figure 2 : Evolution des anticorps dans une syphilis non traitée.....	16
Figure 3 : Cinétique des marqueurs viraux VIH.....	25
Figure 4 : Evolution des marqueurs au cours de l’infection par le VIH.....	26
Figure 5 : Technique ELISA en séries.....	27
Figure 6 : Les étapes de la réaction ELISA.....	28
Figure 7 : Les résultats pour le test TPHA chez les femmes enceintes.....	44
Figure 8 : Les résultats pour le test VDRL chez les femmes enceintes.....	45
Figure 9 : Les résultats pour le test VIH chez les femmes enceintes.....	46
Figure 10 : Le nombre estimé de femmes enceintes ayant le VIH au Maroc en fonction des années.....	47
Figure 11 : Le pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH au Maroc ayant reçu des antirétroviraux en fonction des années.....	48
Figure 12 : Les résultats pour le test de recherche de l’Ag HBs chez les femmes enceintes.....	49

ABREVIATIONS

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

TMF : Transmission Materno-foetale

VHB : Virus de l'Hépatite B

VIH : Virus d'Immunodéficience Humain

TPHA : Tréponème Pallidum Hémagglutination

VDRL : Venereal Disease Research Laboratory

FTA-abs : Fluorescent tréponémique Antibody absorption

AZT : azidothymidine

Ag HBs : Antigène HBs

AC : Anticorps

ELISA : Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

CV : Charge virale

PCR : réaction de polymérisation en chaîne

PVD : pays en voie de développement

pTMF : prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

A decorative rectangular frame with a dark red border and a white inner border. The word "INTRODUCTION" is written in a red, stylized, serif font with a slight shadow effect. The bottom right corner of the frame is decorated with a complex, swirling, scroll-like pattern in red, white, and grey.

INTRODUCTION

La recrudescence des infections sexuellement transmissibles est devenue depuis
Les années 2000, une préoccupation majeure de santé publique. L'organisation
Mondiale de la santé a mis en place en 2006 une stratégie pour accélérer la
Prévention et la lutte contre les IST^[1].

Les IST se transmettent principalement lors des rapports sexuels ; certaines se
transmettent de la mère à l'enfant pendant la grossesse, pendant l'accouchement,
par transfusion et lors de transplantation de tissus .Les agents infectieux sont
d'origine bactérienne, virale ou parasitaire.

Les IST sont souvent asymptomatiques, notamment chez la femme. Néanmoins,
elles peuvent être à l' origine de stérilité, de cancer du col de l'utérus et de
Maladies chroniques. Les IST sont pour la plupart curables lorsqu'elles sont
Dépistées à temps^[2,3].

Dans ce travail, après un rappel sur certaines IST chez la femme et la femme
enceinte en particulier, nous allons présenter les résultats d'une enquête sur les
IST chez la femme enceinte à la maternité de CHU de Rabat, On s'intéressera
particulièrement à la syphilis, l'hépatite B et au infections par le VIH.

1^{ère} Partie :

*Rappels sur certaines IST chez la
femme et la femme enceinte en
particulier*

I. Les IST chez la femme

I.1 Définition des IST :

Les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un groupe de maladies transmises principalement par contact sexuel entre deux partenaires dont l'un est infecté.

Les infections sexuellement transmissibles et les maladies sexuellement transmissibles sont deux façons de désigner la même réalité. Certaines organisations, comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), estime que le terme 'infection' est plus approprié pour désigner un état qui n'est pas toujours (ou pas tout de suite) associé aux symptômes d'une maladie déclarée.

Les IST constituent un véritable problème de santé publique. Selon les estimations de L'OMS, l'on dénombre chaque année autour de 250 millions nouvelles infections^[2,3]. L'éclosion de la pandémie du SIDA est venue amplifier la problématique des IST, dans la mesure où la transmission sexuelle est l'un des modes de propagation du VIH. Etant donné leur mode de transmission, les IST affectent aussi bien les hommes que les femmes, toutefois^[3] :

1. Les IST se transmettent plus facilement à la femme qu'à l'homme du fait des particularités anatomiques et physiologiques de l'appareil génital féminin.

2. Les IST chez la femme sont dans certains cas peu symptomatiques, voire asymptomatiques, et ont tendance à se manifester à un stade tardif de complications.

3. Enfin, la transmission verticale des agents infectieux pendant la grossesse et l'accouchement transfère les effets des IST de l'adulte au fœtus et au nouveau-né.

Toutes les IST peuvent être évitées à travers un comportement préventif adéquat. Par contre l'on ne dispose pas de traitement pour toutes ces infections. En particulier, certaines infections causées par des virus (comme le VIH, l'hépatite B ou encore l'herpès génital) ne peuvent pas être guéries.

I.2 Classification des IST :

Soit en se référant leur AGENT CAUSAL.

- Ainsi on peut avoir à faire à :
 - ☐ Des IST causées par des bactéries
 - ☐ Des IST causées par des virus
 - ☐ Des IST causées par des protozoaires
 - ☐ Des IST causées par des champignons
 - ☐ Des IST causées par des ectoparasites

Soit en se référant à leurs MANIFESTATIONS CLINIQUES (symptômes)

- Ainsi on peut avoir à faire à :
 - ☐ Des IST à écoulement (apparition d'un écoulement hors de l'appareil génital)
 - ☐ Des IST à ulcération ^[1,3] (existence de boutons et/ou de plaies au niveau de l'appareil génital)

Les IST les plus courantes : Tableau 1^[1,2]

**Les infections sexuellement transmissibles chez la femme enceinte, enquête à la maternité de
CHU de Rabat**

Infection	Type de germes	Non du germe	Mode de transmission
VIH	Virus	Virus de l'immunodéficience humaine	Voie sexuelle, voie sanguine, voie materno_foetale
Syphilis	Bactérie	Treponema pallidum	Contact sexuelles, voie materno_foetale
Gonococcies	Bactérie	Neisseria gonorrhoeae	Voie sexuelle, voie materno_foetale
chlamydioses	Bactérie	Chlamydia trachomatis	Voie sexuelle, voie materno_foetale
Hépatite B	Virus	Virus de l'hépatite B	Voie sexuelle, voie materno_foetale, voie sanguine
Mycoplasmes	Bactérie	Ureaplasma urealyticum et Mycoplasma hominis	Voie sexuelle
Infection à HPV	Virus	Papillomavirus humain	Voie sexuelle, contact d'une muqueuse avec une zone du corps infectée (condylomes)

Tableau 1 : les IST les plus courantes chez la femme

II. La syphilis

Treponema pallidum ou tréponème pâle, est l'agent de la syphilis. La syphilis est une maladie strictement humaine, à transmission presque toujours vénérienne (infection sexuellement transmissible ou IST). La bactérie peut être transmise également de la mère à l'enfant à partir du 3ème mois de grossesse.

II.1 L'agent causal :

Appartenant à la famille des spirochètes, le tréponème pâle est une bactérie spiralée et mobile. Il n'est pas cultivable *in vitro*. Sa vitalité à l'extérieur de l'organisme est extrêmement faible. Néanmoins, il peut être maintenu mobile et pathogène plusieurs jours dans un milieu de survie décrit par Nelson^[4], ainsi que chez le lapin^[4] (modèle de l'orchite expérimentale du lapin).

La composition antigénique de la paroi est complexe, expliquant la diversité des réactions immunitaires du sujet infecté. Parmi les nombreux antigènes décrits, on distingue^[4,5] :

- Le cardiolipide : phosphatidylglycérol localisé à la membrane plasmique de la bactérie, commun à toutes les espèces de tréponèmes et retrouvé dans les tissus animaux (cœur et foie en particulier).
- Un antigène lipoprotéique d'enveloppe (membrane interne) de 47 kDa, spécifique de l'espèce *pallidum* : TpN47.
- Autres Ag lipoprotéiques de membrane, utilisables pour le sérodiagnostic en Western Blot : Ag de 17 kDa (TpN17), de 15kDa (TpN15), et de 45kDa (TnpA, peptide tronqué de la protéine A transmembranaire).

Les tréponèmes pathogènes pour l'Homme présentent de très fortes homologies de leur ADN, qui font qu'il est impossible de les distinguer entre eux par les tests directs ou indirects pratiqués par un laboratoire non spécialisé.

Le mode de transmission de *Treponema pallidum* subsp. *pallidum* est le plus souvent sexuel alors que *Treponema pallidum* subsp. *pertenue*, l'agent du pian, *Treponema pallidum* subsp. *endemicum*, agent du bégel, et *Treponema carateum*, agent de la pinta ou caraté, sont responsables de lésions cutanées transmises dès l'enfance par contact direct^[4,6].

II .2 Aspect physiologiques et cliniques de la syphilis congénitale:

La syphilis peut être transmise au fœtus par une mère atteinte de syphilis vénérienne évolutive. Elle était devenue rare depuis le dépistage systématique lors de la déclaration de la grossesse en France^[6] (mais a tendance à réapparaître ces dernières années).

La transmission du tréponème se fait par voie hématogène transplacentaire suite à l'infection du placenta. Le risque de contamination du fœtus augmente avec l'âge gestationnel et diminue en fonction de l'ancienneté de l'infection maternelle. La transmission semble possible dès le 1er trimestre mais il n'y a pas d'infection du fœtus avant 16 à 20 semaines d'aménorrhée (moment où la barrière placentaire devient perméable).

Le passage transplacentaire de *T. pallidum* entraîne une atteinte septicémique du fœtus, responsable soit de la mort fœtale, soit d'un accouchement prématuré soit de manifestations cliniques de syphilis congénitale. Le taux de mortalité reste élevé^[6] (6.4 % aux USA en 2000 ; 26% des cas de décès à la naissance et 11% des décès en période néonatale en Afrique sub-saharienne)^[5,6].

Selon le moment d'apparition, on distingue :

- Les formes symptomatiques in utero : avortement, mort in utero, accouchement prématuré, retard de croissance, anasarque foetoplacentaire; leur issue est généralement fatale.
- Les formes néonatales précoces : atteintes hépatiques, cutanéomuqueuses et euro-méningées, de mauvais pronostic.
- La syphilis congénitale précoce (avant l'âge de 2 ans) : lésions cutanéomuqueuses, atteinte osseuse (ostéochondrite, périostite), et des troubles hématologiques (anémie, thrombocytopénie).
- La forme tardive (après 2 ans) : souvent asymptomatique mais pouvant entraîner des séquelles (lésions osseuses dystrophiques, atteintes cutanées et viscérales de la forme tertiaire de l'adulte) ; son diagnostic est sérologique.

II.3 Diagnostic biologique de la syphilis :

a. Diagnostic direct : mise en évidence de tréponème pâle :

C'est le diagnostic de certitude mais il est délicat (impossibilité de cultiver la bactérie). C'est dans les lésions primaires et secondaires érosives (chancres, ganglions satellites, plaques muqueuses) ou celles de la syphilis congénitale que *T.pallidum* peut être retrouvé.

Lorsqu'il existe une suspicion de fœtopathie d'origine syphilitique, un diagnostic anténatal peut être réalisé par ponction écho guidée à la recherche de *T.pallidum* dans le liquide amniotique, le liquide d'ascite ou d'épanchement pleural ^[5,7].

Examen au microscope à fond noir ou ultramicroscope :

A cause de la grande fragilité du tréponème pâle, le prélèvement de sérosité est effectué au laboratoire à l'aide d'un vaccinostyle ou d'une pipette. La sérosité est déposée sur une lame, recouverte d'une lamelle et examinée immédiatement au

microscope à fond noir. *T. pallidum* apparaît comme une bactérie fine, hélicoïdale et mobile. Seul un observateur entraîné peut le distinguer des autres tréponèmes commensaux des muqueuses génitales.

Une recherche négative n'élimine pas le diagnostic.

Les techniques d'immunofluorescence et de PCR sont également délicates à pratiquer ou à interpréter^[4, 5, 6].

b.Diagnostic indirect ou sérologique :

D'emblée, il faut dire que la sérologie ne permet pas de différencier entre les différentes tréponématoses.

Chez les sujets originaires des zones chaudes (désertiques ou humides) du globe, une sérologie syphilitique positive peut être liée à une tréponématose endémique non vénérienne (pian, bégel et pinta-caraté), autochtone, ancienne, due à des tréponèmes proches de *T. pallidum* subsp *pallidum*, qui provoquent la production d'anticorps détectés par les tests syphilitiques classiques. Or, ces tréponématoses ne présentent aucune menace de contamination ou de complication chez le fœtus. Il faut donc tenir compte de l'interrogatoire, des signes cliniques et des caractéristiques épidémiologiques du patient pour établir formellement le diagnostic de syphilis^[5].

Le diagnostic sérologique des tréponématoses fait appel à l'association de tests dits non spécifiques et d'autres dits spécifiques des tréponèmes. Ces tests sont standardisés, fiables, simples et bon marché. Selon la loi, une sérologie syphilitique doit comporter un test non tréponémique et un test tréponémique.

b.1 Les tests non spécifiques ou non tréponémique (VDRL latex, VDRL coloré, VDRL charbon) :

Ces tests utilisent un antigène cardiolipidique (ou phosphatidylglycérol), haptène lipidique ubiquitaire, constituant des tréponèmes mais aussi des cellules bactériennes, végétales ou animales (foie et cœur). Le plus utilisé est le test de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). Il s'agit d'une réaction d'agglutination passive. Les résultats sont rendus en croix (1 à 4) en fonction de l'intensité de la réaction. En cas de positivité, un titrage est effectué par dilutions du sérum de raison 2. L'inverse de la dernière dilution donnant une agglutination est le titre de la réaction.

Le VDRL se positive après le FTA et le TPHA (environ 15 j après l'apparition du chancre); il atteint un maximum en phase secondaire ou latente précoce, puis diminue très lentement avec les années. Comme c'est la 1^{ère} technique à se négativer après traitement, c'est le seul test biologique utilisé pour la surveillance sérologique d'une syphilis traitée.

Ce test n'est pas spécifique des tréponématoses. Il peut être isolément positif (réaction faussement positive) au cours de certains états physiologiques (grossesse) ou pathologiques (viroses, collagénoses, parasitoses, dysprotéinémies, cirrhoses). En revanche, il peut être faussement négatif du fait d'un possible phénomène de prozone dans les sérums avec un titre élevé d'anticorps (femmes enceintes, sujets co-infectés par le VIH) ; le sérum doit alors être dilué pour voir apparaître la positivité.

Si le VDRL est positif isolément chez une femme enceinte, il faut alors consulter les éventuelles sérologies syphilitiques antérieures à la grossesse de la patiente pour conforter son analyse^[4,6].

b.2 Les tests spécifiques ou tréponémique :

La réponse anticorps du patient infecté est en effet aussi dirigée vers de nombreux antigènes de *T. pallidum*, incluant des lipides de la surface, des protéines flagellaires, des lipoprotéines et d'autres protéines variées incluant les "Treponema pallidum repeat proteins" ou Tprs. Certains de ces Ag sont spécifiques de *Treponema pallidum* mais d'autres sont partagés avec les tréponèmes non pathogènes.

Parmi les tests du groupe 2, figurent le TPHA (*Treponema pallidum* Haemagglutination Assay, réaction d'hémagglutination passive), le FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption test, réaction d'immunofluorescence indirecte absorbée), l'EIA (méthode immuno-enzymatique). Le test de Nelson a été abandonné (obsolète) et peut être remplacé par un test d'immuno-empreinte ou Western blot^[6,7].

Ces sérologies ne sont spécifiques que des tréponématoses en général (syphilis, pian et autres tréponématoses non vénériennes). Il n'y a aucun moyen en dehors de toute anamnèse, de différencier une syphilis sérologique d'une tréponématose endémique sérologique.

Le TPHA consiste à mettre en présence le sérum du patient (1ère dilution = 1/80) avec des hématies sensibilisées par un ultrasonat de *T. pallidum*. En cas de positivité, un titrage est effectué par dilutions du sérum de raison 2, au-delà du 1/80^[6,7].

Le TPHA se positive entre la 3ème et la 4ème semaine après le contagement (i.e. 7 à 10 jours après l'apparition du chancre) ; les anticorps détectés par ce test restent élevés, même chez un malade guéri (cicatrice sérologique).

Le FTA consiste à mettre en présence le sérum du patient dilué dans un absorbant (extrait de tréponème de Reiter pour éliminer les anticorps de groupe non spécifiques) avec des tréponèmes fixés sur une lame. La présence d'anticorps est révélée par l'addition d'une antiglobuline humaine marquée avec un fluorochrome et la réaction est lue en épifluorescence. En cas de positivité, un titrage est effectué par dilutions du sérum de raison 2. Ce test est actuellement utilisé comme technique de confirmation d'un dépistage positif par VDRL et/ou TPHA ^[6].

La cinétique de positivité de ce test est pratiquement superposable à celle du TPHA avant traitement ; il est positif, le 1er, environ 5 jours après l'apparition du chancre; ses titres peuvent diminuer après traitement chez les patients, allant même parfois jusqu'à la négativation mais dans des délais très variables.

Les TPHA et FTA-Abs sont très spécifiques des tréponématoses, les « fausses » positivités sont exceptionnelles ^[5].

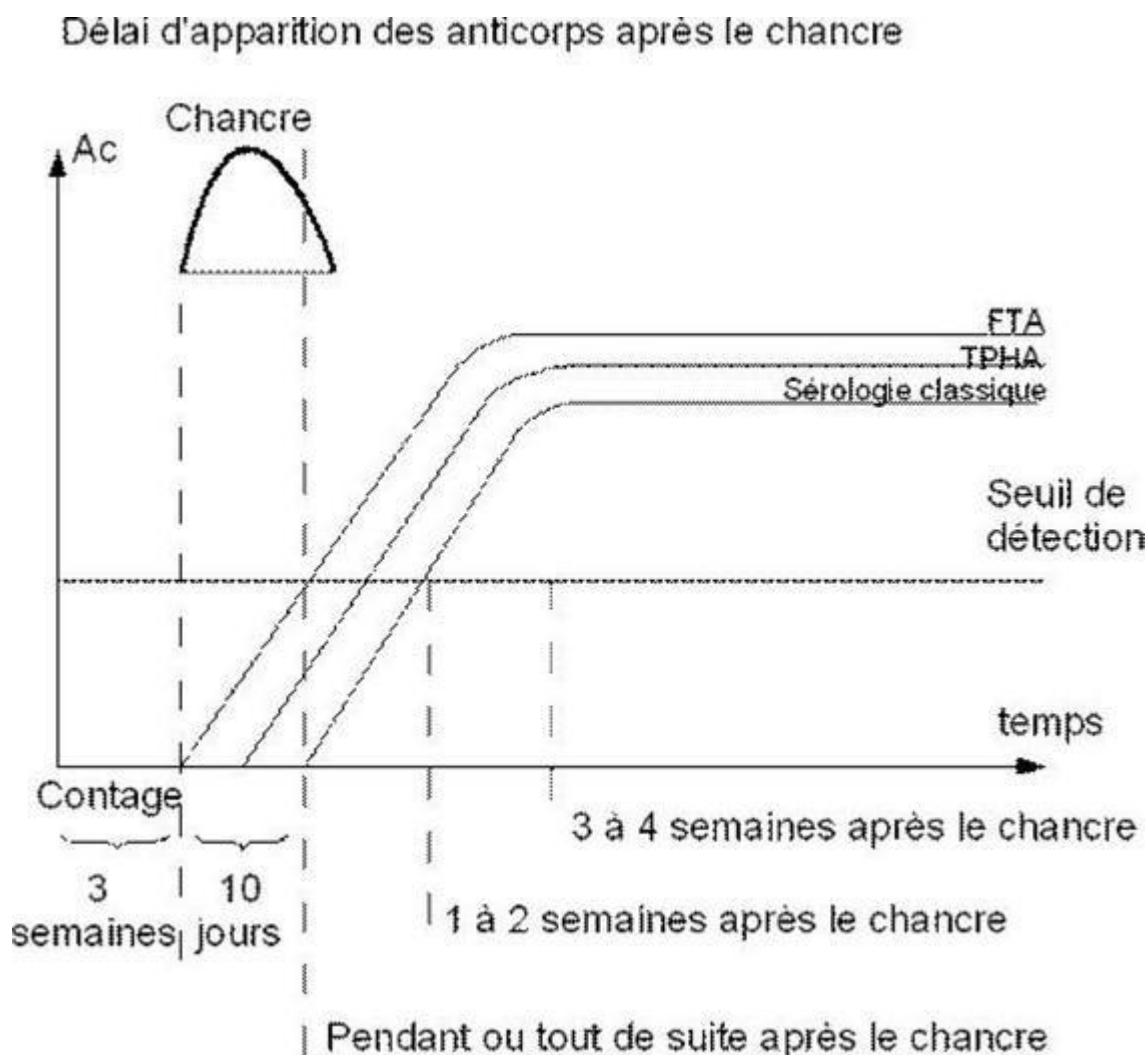


Figure 1 : apparition des anticorps après le chancre

Les tests immuno-enzymatiques de type EIA ou ELISA utilisent des antigènes d'origine variable (protéines recombinantes ou lysat de *T. pallidum*). Ils permettent de mettre en évidence des IgM, IgG ou anticorps totaux. Ils sont actuellement proposés pour dépister les sujets positifs, notamment dans les centres de transfusion du fait de leur grande simplicité de réalisation

(Automatisation possible) et d'une lecture spectrophotométrique objective. Ces tests étant actuellement qualitatifs, la découverte d'un ELISA positif ne dispense pas de confirmer l'infection par les tests classiques quantitatifs.

Le Western blot constitue un test facile, rapide, sensible, spécifique, permettant de détecter des IgM ou IgG mais coûteux et d'interprétation potentiellement complexe. En pratique, le sérum du patient est incubé avec des bandelettes de nitrocellulose sur lesquelles ont été transférés les antigènes d'un lysat de *T.pallidum*, préalablement séparés en fonction de leur poids moléculaire par électrophorèse en gel de polyacrylamide (SDS PAGE). Un sérum est considéré comme positif quand on identifie parmi les bandes existantes 3 bandes spécifiques localisées à 47, 17 et 15.5 kDa. Ce test peut être réalisé en laboratoire spécialisé pour confirmer une syphilis, en remplacement de l'ancien test de Nelson supprimé en 2001^[5].

Chez la femme enceinte^[6] ;

Le dépistage sérologique (obligatoire en France lors de la déclaration de la grossesse). On doit répéter ce sérodepistage au 3ème trimestre et à l'accouchement dans les groupes à haut risque (immigrés récents d'un pays endémique, prostituées, toxicomanes, partenaires multiples, femmes séropositives pour le VIH), lorsqu'une IST est découverte en cours de grossesse, et devant une éruption cutanée ou une ulcération génitale mal étiquetée. La plupart des infections découvertes pendant la naissance sont des syphilis tardives asymptomatiques.

Chez le fœtus/l'enfant Une sérologie est réalisée sur le sang fœtal ou le sang du cordon à la naissance à la recherche d'IgM. La présence des IgM qui ne franchissent pas le placenta témoigne d'une syphilis congénitale. C'est un des signes d'évolutivité de la maladie ; les IgM permettent de situer l'ancienneté de

l'infection, surtout en l'absence de signes cliniques. Les tests permettant de détecter ces IgM sont le FTA-Abs IgM (manquant de sensibilité et de spécificité), le SPHA (Soli Phase Haemagglutination Assay, test d'immunocapture), l'ELISA et le Western blot.

Les différentes sérologies réalisées chez un même patient doivent toujours être pratiquées dans le même laboratoire pour que leur interprétation soit fiable^[6,7].

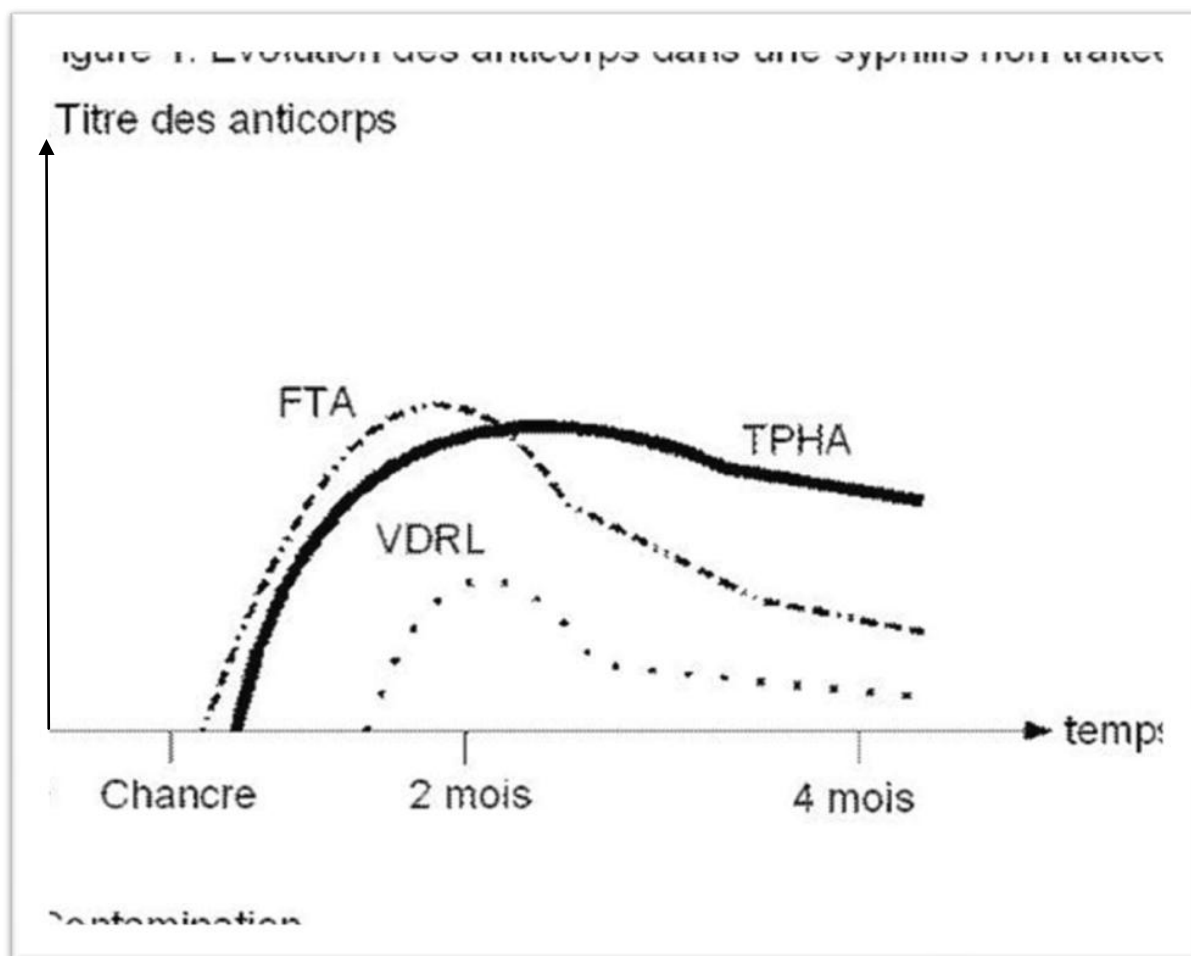


Figure 2 : Evolution des anticorps dans une syphilis non traité

Tests	Interprétation
VDRL négatif et TPHA négatif	Absence de tréponématose
	Tréponématose très récente (incubation, 5 0 à 15 jours après le chancre)
	Tréponématose guérie (traitée précocement, rare)
VDRL positif et TPHA positif	Tréponématose traitée ou non, guérie ou non
VDRL positif et TPHA négatif	Faux positif
VDRL négatif et TPHA positif	Tréponématose guérie
	Tréponématose très précoce

Tableau 2 : Interprétation simplifiée des sérologies de la syphilis

II.4 Traitement de la syphilis :

T. pallidum est toujours sensible à la pénicilline G. Celle-ci est très active sur les tréponèmes se multipliant activement à la phase primaire ou à la phase secondaire mais elle l'est moins sur ceux qui se multiplient peu dans les lésions de syphilis tertiaire.

II.4.1 Traitement lors d'une syphilis précoce chez l'adulte :

L'injection intramusculaire de benzathine-pénicilline G (Extencilline®) est le traitement de référence : 2.4 millions d'unités en dose unique ou une fois par semaine pendant 2 à 3 semaines selon le stade de la maladie et les caractéristiques du patient.

Chez les malades allergiques ^[5] à la pénicilline, les tétracyclines ou l'érythromycine ou l'azithromycine sont utilisées par voie orale :

- Doxycycline : 100 mg, 2 fois par jour pendant 2 semaines
- Tétracycline : 500 mg, 4 fois par jour pendant 2 semaines
- Azithromycine : 500 mg par jour pendant 1 semaine, voire 2 g en dose unique ou en 2 prises sur une semaine, dans le traitement de la syphilis précoce.

Le problème majeur de l'utilisation des macrolides est l'émergence de mutants résistants ; Par ailleurs, les tétracyclines sont contre-indiquées pendant la grossesse ^[4, 5,6].

II.4.2 Traitement lors d'une neurosyphilis :

Les schémas thérapeutiques recommandés ^[6] sont les suivants :

- Injection intraveineuse de 12-24 millions d'unités de benzyle-pénicilline G par jour (2 à 4 millions d'unités toutes les 4 heures) pendant 2 semaines.

- Injection intramusculaire de 1.8 millions d'unités de procaine-pénicilline G par jour associée à un traitement oral par 500mg de probénécid toutes les 6 heures pendant 17 jours.
- Administration per os de 200 mg de doxycycline 2 fois par jour pendant 4 semaines ^[6].

II.4.3 Traitement chez la femme enceinte :

Les objectifs du traitement sont de guérir la syphilis maternelle, d'éviter la transmission mère-enfant, et de traiter le fœtus s'il est infecté in utero. Le traitement est le même que celui préconisé en dehors de la grossesse car la pénicilline G passe bien la barrière placentaire. Il est cependant recommandé de répéter la dose une semaine après la première injection intramusculaire de 2.4 millions d'unités, soit une dose totale de 4.8 millions sur deux semaines. De plus, une troisième dose une semaine plus tard est conseillée en cas de syphilis tardive ^[7].

Une allergie documentée à la pénicilline impose que ce traitement soit précédé d'une désensibilisation en milieu hospitalier par voie orale ou veineuse. L'érythromycine et la ceftriaxone sont déconseillées car peu efficaces. Les tétracyclines sont interdites.

II.5 Surveillance du traitement :

Le traitement nécessite une hospitalisation chez la femme enceinte et comporte le paracétamol, l'hydratation, voire l'oxygénothérapie, sous surveillance du rythme cardiaque fœtal, à la recherche de signes de souffrance fœtale ^[6].

La surveillance d'une syphilis traitée est clinique (disparition des symptômes) et sérologique. Sur le plan sérologique, la surveillance porte uniquement sur les titres quantitatifs du VDRL qui sera pratiqué à 3, 6, 12 et 24 mois. Le titre du

VDRL doit diminuer d'au moins 4 fois (2 dilutions) dans les 3 à 6 mois dans la syphilis précoce (primaire, secondaire, sérologique de moins d'un an d'évolution). Dans la syphilis tardive (sérologique de plus d'un an d'évolution ou d'ancienneté indéterminée), la décroissance est beaucoup plus lente, mal codifiée et plus aléatoire^[6].

La surveillance fœtale est échographique, doit être mensuelle, voire plus rapprochée en cas de traitement tardif.

III. VIH

III.1. Agent pathogène :

Le Virus d'Immunodéficience humaine (VIH) est un virus à ARN faisant partie du sous groupe des lentivirus. Deux types sont actuellement connus le VIH-1 le plus commun (Europe, Amérique, Asie, Afrique) et le VIH-2 (Afrique de l'Ouest).

Malgré sa grande variabilité génétique, on retrouve sur la molécule d'ARN trois gènes principaux communs à tous les autres rétrovirus :

- Le gène gag (responsable de la synthèse des protéines de capsid et de core)
- Le gène pol (pour la transcriptase inverse, l'intégrase et la protéase virale)
- Le gène env (pour les protéines de l'enveloppe)

Les cellules cibles du virus sont les cellules porteuses à leur surface de la molécule CD4, ayant une haute affinité avec la glycoprotéine d'enveloppe du VIH, la gp120, on retrouve parmi elles les lymphocytes T CD4+, les monocytes-macrophages, les cellules folliculaires dendritiques, les cellules de Langerhans cutanées et les cellules microgliales cérébrales.

Le cycle de réplication du virus dans ces cellules se déroule de la façon suivante: Le virus pénètre dans la cellule en se fixant au récepteur CD4, puis synthétise l'ADN proviral à l'aide de la transcriptase inverse. Cet ARN est ensuite intégré dans le noyau au génome cellulaire de la cellule hôte par l'intermédiaire à l'intégrase virale.

Puis a lieu la transcription de l'ADN proviral en ARN génomique grâce à l'ARN polymérase de la cellule hôte. L'ARN synthétise à l'aide du matériel cytoplasmique les protéines virales qui seront assemblées par la protéase virale en nouvelles particules virales infectieuses.

III.2. Transmission :

III.2.1 Transmission sexuelle :

Mode responsable de plus de 90% ^[8] des contaminations, elle s'effectue par rapports hétérosexuels ou homosexuels avec une personne contaminée, certains facteurs locaux augmentant le risque (rapport anal réceptif, lésion génitale, saignement). Notons que les rapports uro-génitaux sont potentiellement contaminant mais à un risque moindre.

III.2.2 Transmission par le sang et ses dérivés :

Malgré le dépistage obligatoire depuis 1985, le risque de transmission lors de transfusion de produits sanguins reste de 1 pour 600 000 unités ^[8] (période de séroconversion muette).

Les tests de dépistage sont également effectués lors des dons d'organe et de sperme ^[8]. Le partage de matériel d'injection contaminé par du sang chez les toxicomanes ainsi que l'utilisation de matériel non stérilisé sont également responsables de transmission virale.

III.2.3. Transmission materno-foetale :

En l'absence de mesures prophylactiques le risque de transmission est de 15 % en Europe et 30-40 %^[8,9] en Afrique, principalement en période néonatale (fin de grossesse, accouchement), le risque étant majoré par la gravité de la maladie de la mère, et minoré par l'administration de zidovudine chez les mères non antérieurement traitées et par l'accouchement par césarienne programmée. Ces deux mesures associées amènent le risque de transmission à 1-2 %^[8,9]. De plus, la transmission par l'allaitement maternel étant avérée, celui-ci doit être interdit dans la mesure du possible.

III.3. Clinique :

. Primo-infection :

La primo-infection s'accompagne dans 50 à 80 %^[9] de symptômes survenant entre 1 et 8 semaines après la contamination et disparaissent spontanément en quelques semaines :

- fièvre, adénopathies
- douleurs musculaires, arthralgies
- rash cutané
- dysphagie douloureuse
- ulcérations buccales ou génitales
- manifestations neurologiques aiguës (méningite, encéphalite, paralysie faciale, myélopathie, neuropathie périphérique).

On observe également une leucopénie puis un syndrome mononucléosique et une augmentation modérée des transaminases (dans 50 % des cas)^[9].

. Phase asymptomatique :

Phase d'infection chronique « cliniquement latente » mais « biologiquement active » avec réplication virale constante. On retrouve dans la moitié des cas un syndrome nommé « lymphadénopathie généralisée persistante » se présentant sous forme d'adénopathies en général symétriques situées le plus fréquemment dans les régions cervicales, axillaires, sous-maxillaires ou occipitales. Spontanément, la diminution des lymphocytes CD4 est de 30 à 100 cellules CD4/mm³^[10] par an en moyenne, conduisant au SIDA en 10 ans, mais avec des variations individuelles possibles, progressions rapides avec une entrée au stade SIDA en 2 à 3 ans et non progressions rapides à long terme avec une phase asymptomatique supérieur à 10 ans^[10,11].

. Formes symptomatiques dites mineures de l'infection à VIH :

. *Manifestations cutanées ou muqueuses*

Principalement infections d'origine fongique ou virale, dont l'apparition sans facteur favorisant connu, nécessite la recherche d'une infection VIH :

- dermatite séborrhéique de la face, du cuir chevelu plus rarement du torse
- prurigo d'évolution chronique ou récidivante
- folliculites
- zona
- verrues, condylomes, molluscum contagiosum
- candidose buccale ou génitale
- leucoplasie chevelue des bords latéraux de la langue (due à l'Epstein Barr Virus)

. *Manifestations hématologiques*

Ce sont habituellement thrombopénie, anémie et leucopénie en général asymptomatiques.

. *Symptômes constitutionnels*

Ils témoignent d'une progression de l'infection virale ($CD4 < 200$ et charge virale élevée). On retrouve^[11] :

- une altération de l'état général
- une fièvre modérée mais persistante
- des sueurs nocturnes abondantes
- une perte de poids $> 10 \%$
- une diarrhée se prolongeant au-delà d'un mois

. SIDA :

Le Syndrome d'Immunodépression Acquis est le stade évolué de l'infection à VIH, défini par la survenue de manifestations infectieuses opportunistes ou tumorales liées à la déplétion profonde de l'immunité cellulaire.

III.4 Diagnostique biologique :

III.4.1. Marqueurs immunobiologiques :

a. Cinétique :

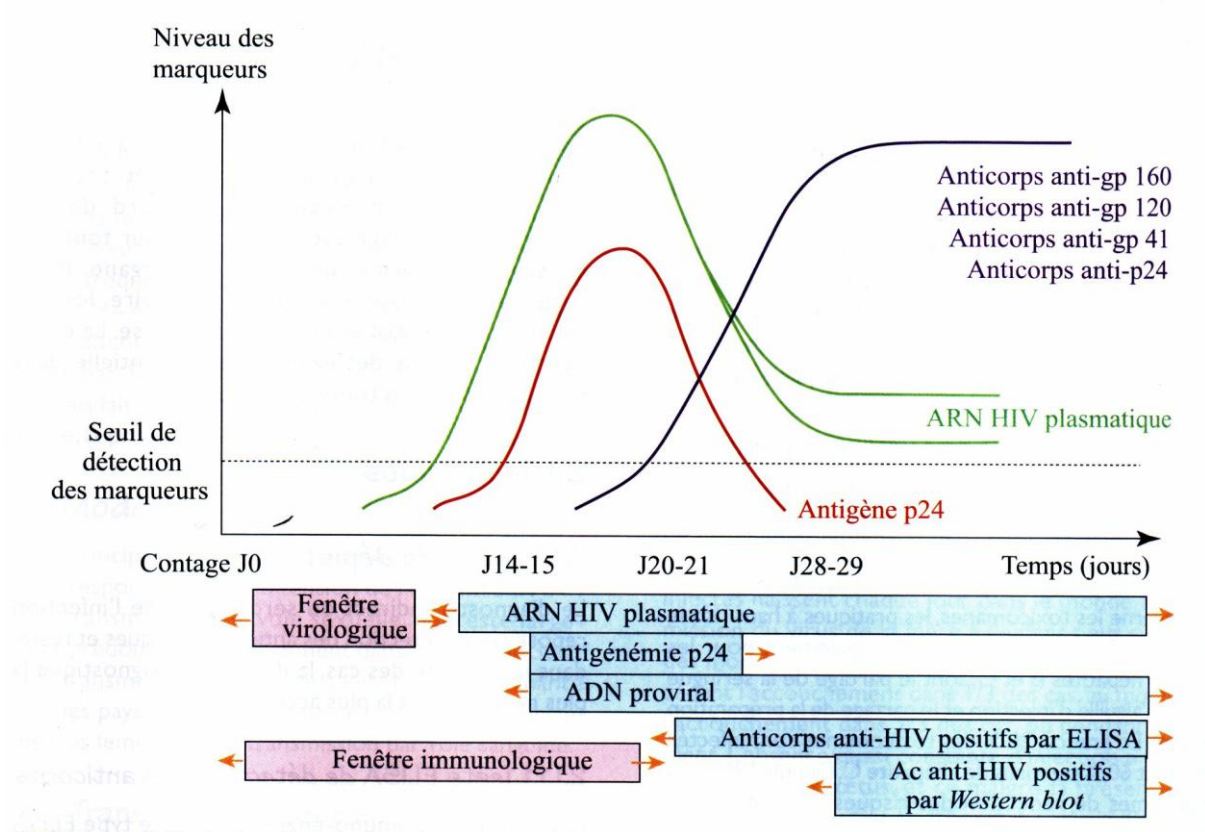
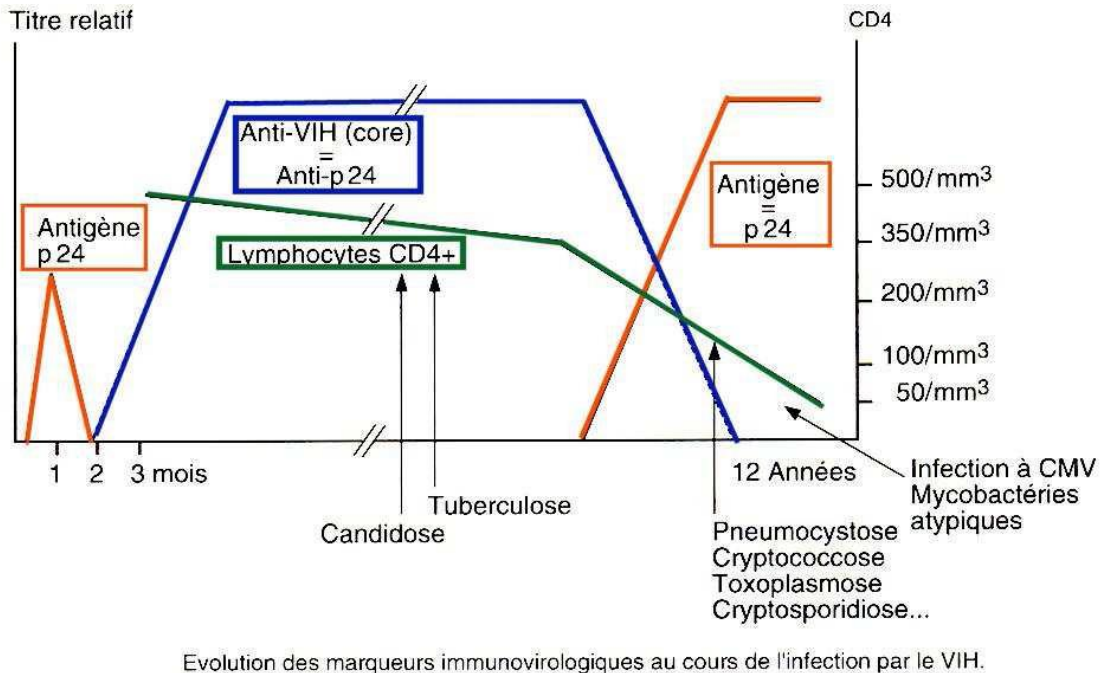


Figure 3 : Cinétique des marqueurs viraux VIH

b. Evolution des marqueurs viraux VIH et apparition des infections opportunistes :



G. Leport, P. Longuet, F. Lacassin, JL Vilde; EMC, maladies infectieuses, 1996

Figure 4 : Evolution des marqueurs au cours de l'infection par le VIH

III.4.2. Testes biologiques :

.La méthode immuno-enzymatique (ELISA), dépiste la présence d'anticorps sériques spécifiques. Basées sur la formation d'un Complexe «antigène-anticorps », révélation colorimétrique, la durée de réaction est de 1h30 à 2h30, effectuée sur sérum ou plasma et on série ^[14,15]

.Le Western blot, met en évidence les anticorps dirigés contre différentes protéines du VIH, il est considéré comme positif en la présence d'au moins un anticorps dirigé contre une protéine interne virale (anti p24) et contre une protéine d'enveloppe (anti gp41, anti gp120 ou anti gp160).

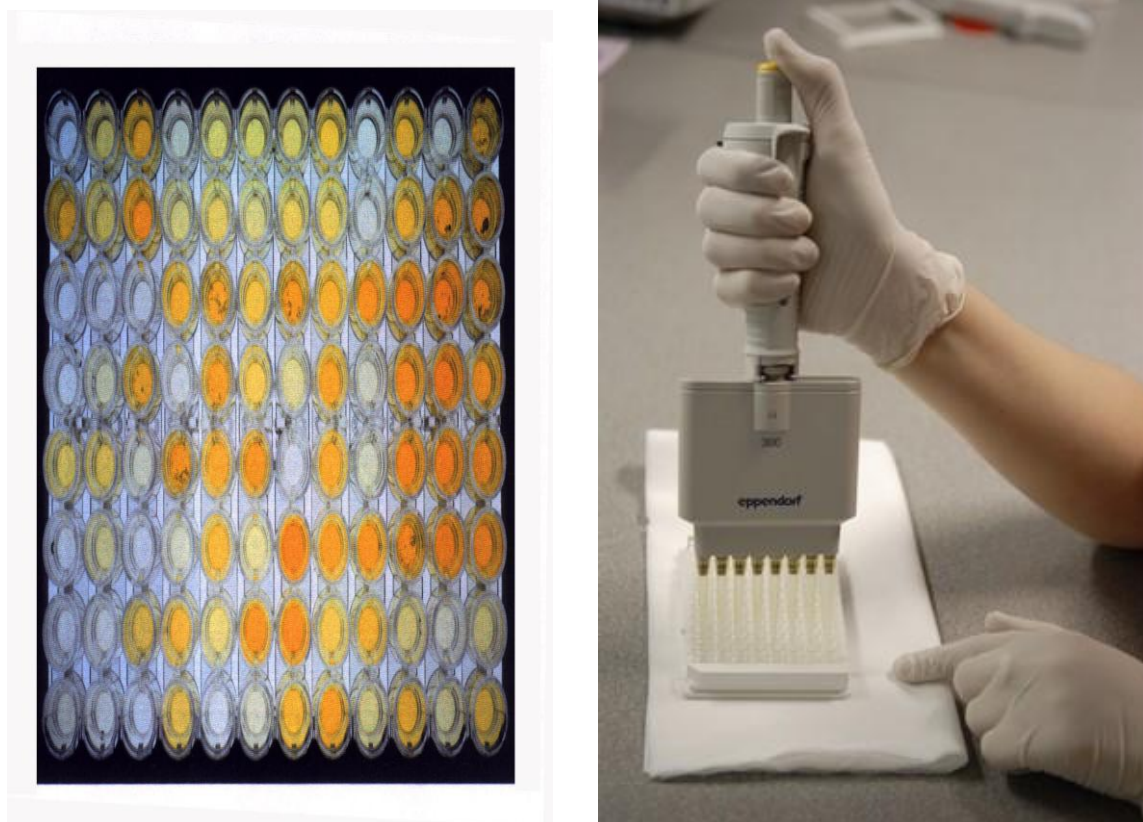
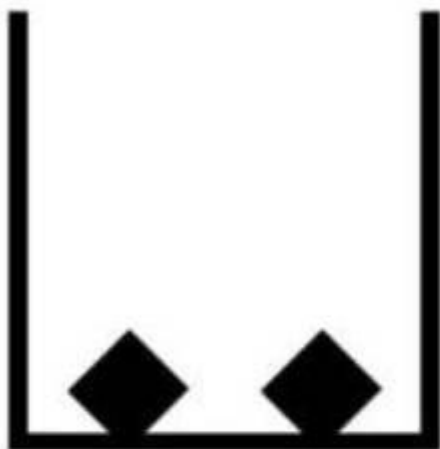
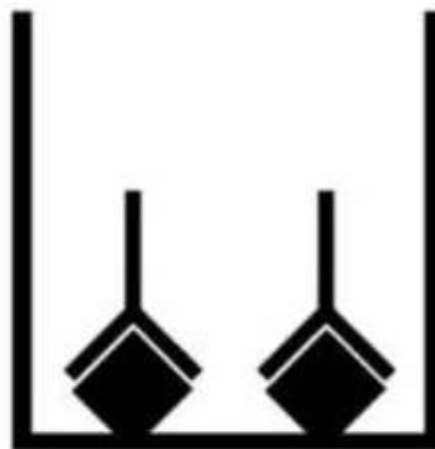


Figure 5 : Technique ELISA en série

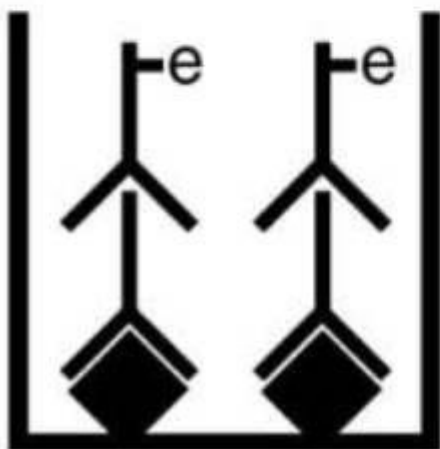
Step 1
Specific antigen is attached to
a solid-phase surface



Step 2
Test specimen is added, which may
or may not contain the antibody



Step 3
An enzyme-labeled antibody
specific to the test antibody is
added (conjugate)



Step 4
Chromogenic substrate is added,
which in the presence of the
enzyme, changes color.

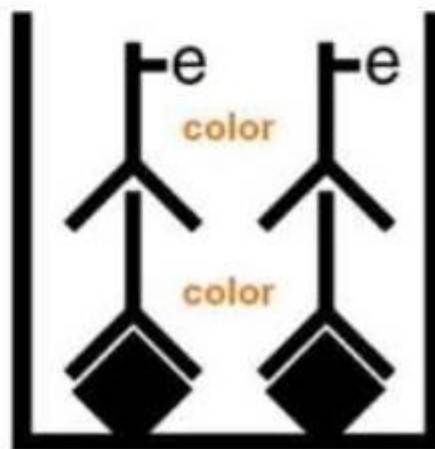


Figure 6: Les étapes de la réaction ELISA

Le test ELISA est effectué en première intention (2 types de tests ELISA doivent être légalement effectués sur 2 prélèvements différents) et en cas de positivité, le diagnostic d'infection doit être confirmé par un test en Western blot.

.PCR : en cas de TMF :

-Si est positive dans les deux premiers jours de vie, l'infection fœtale est survenue in utéro.

-Si elle se positive plus tard, l'infection est survenue à l'accouchement^[11,12].

III.5. Les moyennes pour diminuer la TMF

III.5.1. AZT (Tableau 3)

AZT indiqué chez la femme asymptomatique, non traitée et sans indication à traitement (VIH 1 et 2). Le protocole est validé^[12].

Il s'agit d'instaurer l'AZT à partir de 28 semaines d'aménorrhée, jusqu'à l'accouchement où le relais est pris par perfusion d'AZT. Pour la mère, le traitement est arrêté au clampage du cordon et poursuivi per os chez le bébé, pendant 6 semaines.

Les effets secondaires sont presque nuls pendant la grossesse (surveiller hémoglobine, transaminases, urée créatinine ; rarement arrêt de traitement en cas d'anémie profonde). Ces femmes nécessitent une surveillance obstétricale rapprochée avec des échographies plus répétées (morphologiques et biométriques) et des surveillances fœtales au 3e trimestre par monitoring. Enfin un soutien psychologique est indispensable^[12].

Ce protocole AZT entraîne fréquemment des anémies néonatales en général sans gravité (moins de 3 % des enfants nécessitent tout de même une transfusion dans les premiers jours de vie). Pour le bébé, une surveillance clinique et biologique est instaurée également, avec des recherches virales (culture, PCR...) à la naissance, 1 mois, 3 mois et 6 mois sachant qu'il faut 2 PCR négatives hors traitement (ou 3 avec celle pendant le 1er mois, où l'enfant est traité).

Les enfants négatifs sont surveillés dans le cadre du protocole, jusqu'à l'âge de 18 mois, date à laquelle leur sérologie s'est négative et leur calendrier vaccinal repris (BCG compris). La réponse définitive quant au statut du bébé est donc obtenue à 6 mois, ce qui est très difficile à vivre également pour le couple.

Les mécanismes d'action de l'AZT sont probablement multiples car l'AZT n'induit pas toujours une diminution de la charge virale, et si elle est présente, elle est modérée^[12,13].

En fait, son action pourrait s'expliquer également par une prophylaxie pré-exposition chez le fœtus et post-exposition chez le nouveau né (l'AZT semble même efficace s'il n'est instauré qu'à la naissance au bébé en cas d'accouchement intempestif, avec des taux de transmission tout de même moins satisfaisants)^[13].

Période de traitement	Forme Galénique	Posologie	Début	Fin
Grossesse	Gélules à 100 mg	500mg/jours en 5prises régulièrement espacées	Entre 14 et 34 semaines d'aménorrhée	A l'accouchement
Accouchement -par voie basse -césarienne programmée	Solution injectable à 200mg /200ml	Dose de charge de 2mg/kg pendant 1h, suivie d'une dose d'entretien de 1mg/kg/	Dès l'entrée en travail ou au début du déclenchement	Jusqu'au clampage du cordon
	Idem	Idem	4 h avant l'intervention	Idem
Nouveau-né -voie oral	Solution buvable à 100mg/10ml	2 mg/kg toutes les 6h soit 8 mg/kg/j	Entre 8 et 12h de vie (au plus tard 24h)	6 semaines de vie révolues

-perfusion (si voie oral impossible)	Solution injectable à 200mg/20ml	1,5 mg/kg à toutes les 6h soit 6 mg/kg/j	Idem	Jusqu'au relais par voie orale
---	--	--	------	-----------------------------------

Tableau 3 : utilisation de l’AZT pour diminuer le risque de TMF^[13].

III.5.2. césarienne :

Certains services ont décidé de pratiquer la prévention de la TMF par AZT selon le protocole décrit, plus césarienne programmée à 39 semaines d'aménorrhée (autant que cela soit toujours réalisable !), mais il n'y a pas eu d'étude incluant les complications maternelles (morbidity et mortalité sont augmentées en cas de césarienne chez les femmes VIH +), ni les accidents d'exposition au virus du personnel soignant^[12].

III.5.3. autres recommandations :

Chez les patientes correctement suivies, il est recommandé de les mettre sous trithérapies au dernier trimestre de la grossesse (association de 2IN et un IP), pas de césarienne systématique si la charge virale est indétectable depuis 36 semaines d'aménorrhée^[12,13] et que les conditions obstétricales ne contre-indiquent pas l'accouchement par les voies naturelles et toujours une perfusion d’AZT pendant le travail de l'accouchement.

IV. Hépatite B

IV.1. Agent pathogène :

Le virus de l'hépatite B (VHB) est un virus à ADN, enveloppé, appartenant à la famille Hepadnaviridae. Il se présente sous la forme d'une particule sphérique de 42 nm de diamètre appelée particule de Dane. Ce virus se compose d'une enveloppe externe et d'une nucléocapside interne ou « core » contenant le génome viral.

La réplication du VHB comporte une première phase durant laquelle les nucléocapsides virales (antigène HBc) s'accumulent dans le noyau des hépatocytes infectés. Puis, vient la phase de maturation du virus dans le cytoplasme cellulaire avec acquisition de l'enveloppe (antigène HBs). La réplication complète permet la libération, dans le sérum, de particules de Dane infectieuses et d'antigène HBe. On détecte alors dans le sérum l'ADN du VHB, mesurable et quantifiable. A cette phase de réplication complète peuvent succéder des cycles de réplication abortive : seules les particules virales non infectieuses sont présentes. Les particules de Dane sont absentes l'antigène HBe et l'ADN VHB ne sont pas détectables^[16].

Des formes mutantes du VHB peuvent apparaître au cours de la réplication virale. La mutation la plus fréquemment identifiée est une mutation survenant au niveau de la région préC du gène C^[17], empêchant la synthèse d'antigène HBe malgré une réplication virale complète et la présence d'ADN viral dans le sérum.

IV.2 Données épidémiologiques et cliniques

L'endémie du VHB est variable selon les zones géographiques. Elle est faible (0,2 à 0,5 % de porteurs chroniques de l'antigène HBs), intermédiaire (2 à 7 %) ou forte (8 à 20 %) ^[16, 17, 18]. Les zones de forte endémie sont l'Asie du Sud Est,

l'Afrique tropicale, l'Extrême Orient. L'hépatite aiguë B est particulièrement fréquente chez les partenaires sexuelles non vaccinées des sujets porteurs chroniques du VHB. L'infection aiguë initiale par le VHB est asymptomatique dans 2/3 des cas ^[17]. La période d'incubation de l'hépatite aiguë B est de 2 à 3 mois. Les lésions hépatiques sont dues à la réaction immunitaire de l'hôte dirigée contre le virus. La réplication virale cesse le plus souvent dans le mois qui suit le début des symptômes cliniques.

Le diagnostic d'hépatite B repose sur la détection précoce de l'antigène HBs. La recherche d'anticorps anti HBc de type IgM oriente ensuite le diagnostic vers l'hépatite aiguë. Le diagnostic d'hépatite aiguë B peut, dans 10 à 15 % ^[18] des cas, reposer uniquement sur la détection des IgM anti HBc, l'antigène HBs étant devenu rapidement non détectable avant ou au tout début des symptômes cliniques.

La guérison intervient en 1 à 6 mois. On admet que le risque de développer une infection chronique après primo infection par le VHB chez un adulte non immunodéprimé ne dépasse pas 5 % ^[18].

L'hépatite chronique B est peu symptomatique. La maladie évolue en trois phases. La première phase est caractérisée par une forte multiplication virale, et une quantité importante d'ADN VHB dans le sérum, une activité biologique (élévation des aminotransférases) et histologique modérées. Elle peut durer plusieurs années. La deuxième phase est caractérisée par une diminution de la multiplication virale, une diminution de l'ADN VHB sérique, et une augmentation de l'activité biologique et histologique. Cette phase va aboutir à la disparition de l'Ag HBe avec apparition de l'anti HBe. On l'appelle parfois de ce fait phase de séroconversion.

La troisième phase est caractérisée par l'absence de réplication virale et l'absence d'activité. On peut observer au cours de la phase sans multiplication virale, une réactivation de l'hépatite, avec réapparition de la multiplication virale, élévation des aminotransférases et réapparition de l'activité histologique. Chez les mères atteintes d'hépatite chronique B, il faut déterminer s'il existe une réplication virale ou pas.

Cette réplication virale peut être évaluée par deux paramètres : le système HBe et la quantification du génome viral (ADN VHB). La présence d'antigène HBe sérique est associée à une réplication virale complète et indique que la patiente est « contagieuse » ; il n'y a pas d'anticorps anti HBe. En cas d'arrêt de la réplication virale, il y aura négativation de l'antigène HBe, apparition des anticorps anti HBe. Le meilleur marqueur de réplication virale est l'ADN VHB, dont la présence est synonyme de présence de particules virales infectieuses. La quantification de l'ADN VHB par des techniques de biologie moléculaire.

Chez les patientes atteintes d'hépatite chronique B, trois situations peuvent se présenter :

.L'Ag HBs est présent dans le sérum, sans Ag HBe ni ADN VHB détectables : il n'y a pas de multiplication virale. Le risque de transmission du VHB à l'enfant est minime^[20].

.L'antigène HBs est présent ; il existe des signes de multiplication virale : présence d'ADN VHB et Ag HBe positif. Le risque de transmission est élevé

.L'antigène HBs est présent ; l'ADN VHB est présent mais l'Ag HBe n'est pas détectable, et il existe des anticorps anti HBe. Ce profil sérologique est rencontré chez des patientes infectées par un virus mutant du gène C^[18, 19,20] (mutation empêchant la synthèse d'antigène HBe. L'ADN VHB constitue alors le seul

marqueur de multiplication virale. Le risque de transmission est élevé, comme dans le cas précédent.

IV.3 Hépatite B et grossesse :

L'hépatite aiguë B survenant chez la femme enceinte n'a pas de particularité clinique. Cependant, elle semble plus mal tolérée au troisième trimestre. La grossesse n'augmente pas le risque d'évolution vers l'hépatite fulminante. Elle ne semble pas, non plus, augmenter le risque de développer une infection chronique après primo-infection par le VHB. Chez un sujet dont le statut sérologique antérieur n'était pas connu, la primo infection est difficile à distinguer d'une hépatite aiguë par réactivation du VHB qui peut être observée pendant la grossesse. La recherche de l'anti HBc de type IgM est alors d'un intérêt majeur. L'infection chronique par le VHB n'a pas d'influence délétère sur la grossesse, elle n'est pas aggravée par la grossesse et n'est pas une contre indication à une grossesse ^[19,21]. Cependant, il est licite de proposer, avant procréation, un traitement anti viral aux femmes ayant une multiplication virale, afin de diminuer le risque de transmission materno-foetale.

IV.3.1. Transmission materno-foetale du VHB :

Il n'y a pas de transmission transplacentaire du VHB, sauf exception. La contamination foetale est per-natale ^[17].

Elle survient pendant l'accouchement, soit par échanges sanguins tardifs mère-enfant, soit par déglutition des sécrétions lors du passage des voies génitales. La naissance par césarienne n'empêche pas la contamination de l'enfant. La contamination post-natale, lors du maternage, est possible.

Le risque de transmission varie selon la date de survenue de l'hépatite aiguë B pendant la grossesse. Au premier trimestre, ce risque est pratiquement nul ; au

deuxième trimestre, il est de l'ordre de 10 %_20 %^[19]. Au troisième trimestre de la grossesse ou dans les deux premiers mois du post partum, il dépasse 80 %^[19]. Chez la femme enceinte ayant une hépatite chronique B, le risque de transmission materno-foetale du VHB dépend du niveau de réplication virale au moment de l'accouchement. Il est de plus de 90 % chez les femmes avec réplication virale, contre 5_20 % chez les femmes sans réplication virale^[20,21]. Lorsqu'il existe une multiplication virale importante chez la mère, Il se pourrait que la présence de l'Ag HBe circulant au cours de la grossesse entraîne une immuno tolérance, l'absence de réaction immunitaire contre le VHB de la part du nouveau-né et explique ainsi la fréquence du portage chronique du VHB chez les nouveaux nés contaminé.

IV.3.2 Transmission paternelle du VHB en période néo natale :

Le risque doit être envisagé dans les familles originaires de zones géographiques de forte endémie pour le VHB, et cela, même si la mère n'est pas elle-même porteuse chronique du virus. Si, on détecte un portage chronique du VHB chez le père, les auteurs recommandent la sérovaccination du nouveau né à la naissance^[19].

IV.3.3 Infection du nouveau né :

Chez l'enfant contaminé avant trois mois en l'absence de sérovaccination, il existe un risque très faible d'hépatite fulminante. Par contre, le risque d'évolution vers l'hépatite chronique est de 90 à 100%^[17] d'où une Stratégie de dépistage et de diagnostic de l'infection materno-foetale.

Le risque de transmission materno-foetale de l'hépatite B ainsi que ses conséquences chez l'enfant ont amené à mettre en place une surveillance obligatoire de cette infection durant la grossesse.

IV.3.4 Traitement :

a. Mère :

L'hépatite aiguë B chez la femme enceinte ne nécessite aucun traitement. La survenue d'une hépatite aiguë B dans l'entourage proche d'une femme enceinte non immunisée vis-à-vis du VHB est une indication à sa vaccination immédiate et à la sérovaccination de l'enfant à la naissance.

A la condition stricte que la sérovaccination du nouveau-né soit correctement effectuée, l'allaitement maternel par une femme porteuse de l'antigène HBs est autorisé, même s'il existe une réplication virale. Il faut rappeler que les traitements antiviraux sont contre-indiqués au cours de la grossesse et de l'allaitement.

b. Enfant :

La sérovaccination est la technique de choix, démontrée comme capable de prévenir plus de 95% des contaminations néonatales, quel que soit le statut sérologique de la mère par rapport au VHB. Tout nouveau né de mère ayant développé une hépatite aiguë B pendant sa grossesse, quelle que soit la date de l'infection maternelle, doit recevoir une sérovaccination. Tout nouveau-né de mère atteinte d'hépatite chronique B, quel que soit le niveau de réplication virale chez la mère, doit aussi recevoir cette sérovaccination. La sérovaccination combine l'immunisation passive, par injection d'immunoglobulines anti HBs, à la vaccination.

Cette sérovaccination du nouveau né comporte, dans les 24 h suivant la naissance, une injection d'immunoglobulines anti HBs (0,5ml en IM) et une première injection, en un point différent, de vaccin recombinant contre l'hépatite B. La vaccination sera complétée par une injection à 1 mois d'âge, puis à 6 mois. L'efficacité du vaccin chez les nouveau-nés est supérieure à 95 %^[22,23].

La vaccination de tous les nouveaux nés (en l'absence de problème de contamination néonatale) fait partie du calendrier vaccinal ^[22,23].

2^{ème} Partie :

*Enquête sur les IST chez la
femme enceinte, causées par la
syphilis, VIH et VHB*

I. INTRODUCTION

Les infections sexuellement transmissibles mal ou pas soignées sont redoutables pour la femme enceinte. Elles risquent de contrarier le bon déroulement de la grossesse et de contaminer le nouveau-né. Diagnostic précoce et traitement adapté sont donc deux alliés indispensables.

Les maladies sexuellement transmissibles sont dues à des bactéries, comme la syphilis, ou à des virus comme le VHB (responsable de l'hépatite B), le VIH (responsable du sida) ou encore à des parasites.

Dans cette étude nous allons voir les résultats d'une enquête sur les IST chez la femme enceinte, causées par trois agents responsables qui sont :

- La syphilis
- Le VIH
- Le virus de l'hépatite B

II. Objectifs de l'étude :

1. Connaître les principales IST chez la femme enceinte.
2. Connaître la période de grossesse et l'âge des femmes enceintes infectées.
3. Avoir le taux d'infection par la syphilis, le VIH et le VHB chez les femmes enceintes étudiées.

III. Patientes et méthodes :

Notre établissement est la maternité de CHU de Rabat. La période d'enquête s'étend du 1er Janvier 2010 au 30 Avril 2010, ce qui permet d'obtenir un nombre assez important et représentatif.

Type d'étude : Notre travail prospectif, il concerne des femmes enceintes, qui sont des patientes hospitalisées et des externes.

Recueil des données : Cette enquête est réalisée à l'aide d'une fiche de renseignement qui contient des informations sur la patiente, le type d'IST et aussi sur la période de grossesse, cela est fait en consultant le dossier d'analyse de chaque patiente.

Critères d'évaluation : Les éléments que nous avons évalués sont : l'âge des femmes enceintes, la période de grossesse et le pourcentage d'infection par la syphilis, le VIH et le VHB.

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Fiche de renseignement : les IST chez la femme enceinte causées par la syphilis, le VIH et le VHB

Code de patiente	Age patiente	Age grossesses	TPHA	VDRL	VIH	Ag HBs

Remarque : le Code de patiente est différent du Numéro de dossier ou bien du Numéro de consultation car les données de chaque patiente sont sécurisées

IV. Résultats :

Au cours de la période d'enquête, 390 femmes enceintes vont faire des analyses pour la syphilis le VIH et l'hépatite B.

IV.1 Caractéristiques des femmes enceintes :

Nombre	Age de patiente	Age de grossesse (semaines d'aménorrhées)
390		
Moyenne	30,1	16,8
Minimum	17,9	8,0
Maximum	47 ,9	39,0
Incertitude	6,4	6,5

Tableau 4 : âge moyen des patientes et de grossesse

- Age moyen d'infection pour les femmes enceintes étudiées : 30 ans.
- Age moyen de grossesse pour les femmes enceintes étudiées :cinquième mois.

IV.2 La syphilis

IV.2 .1 TPHA :

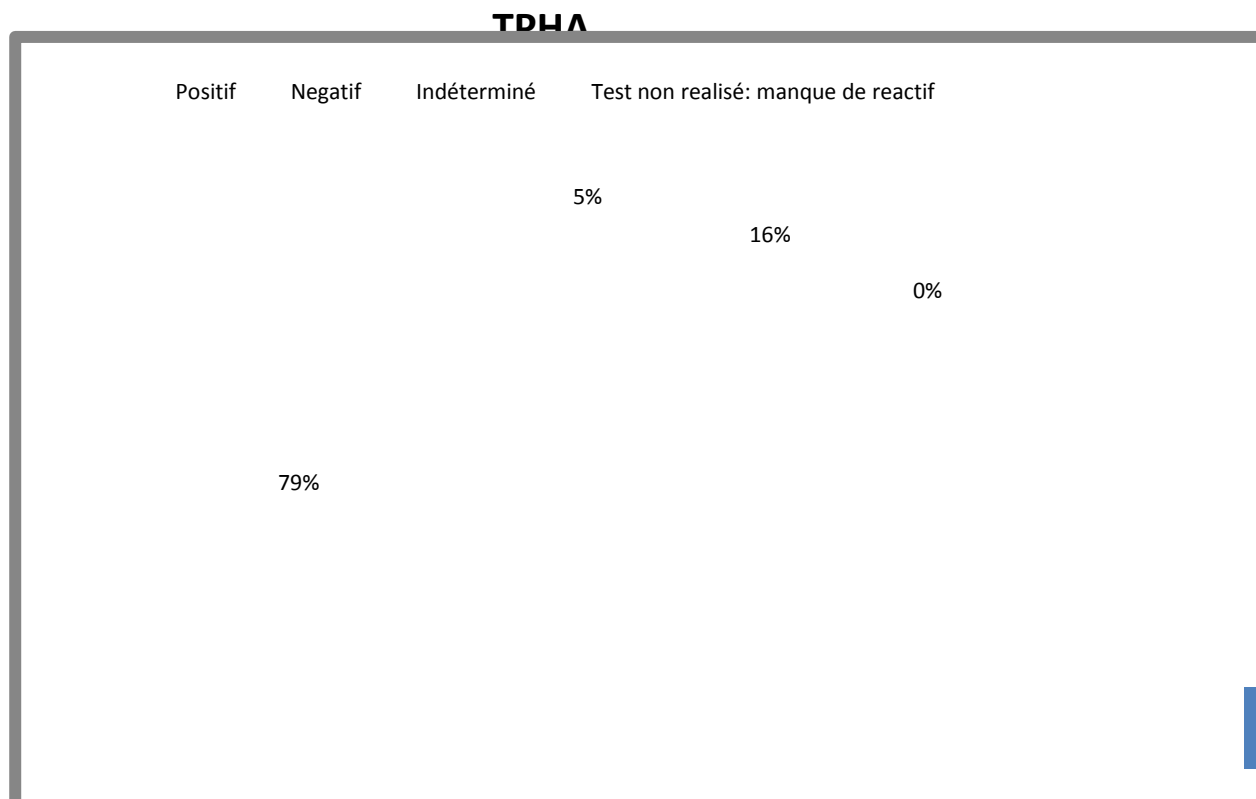


Figure 7: Les résultats pour le test TPHA chez les femmes enceintes.

- Les femmes enceintes ayant un test TPHA positif : 21 femmes (5%).
- Les femmes enceintes ayant un test TPHA négatif : 60 femmes (16%).
- 308 tests ne sont pas réalisés (manque de réactif) (79%).

IV.2 .1 VDRL :

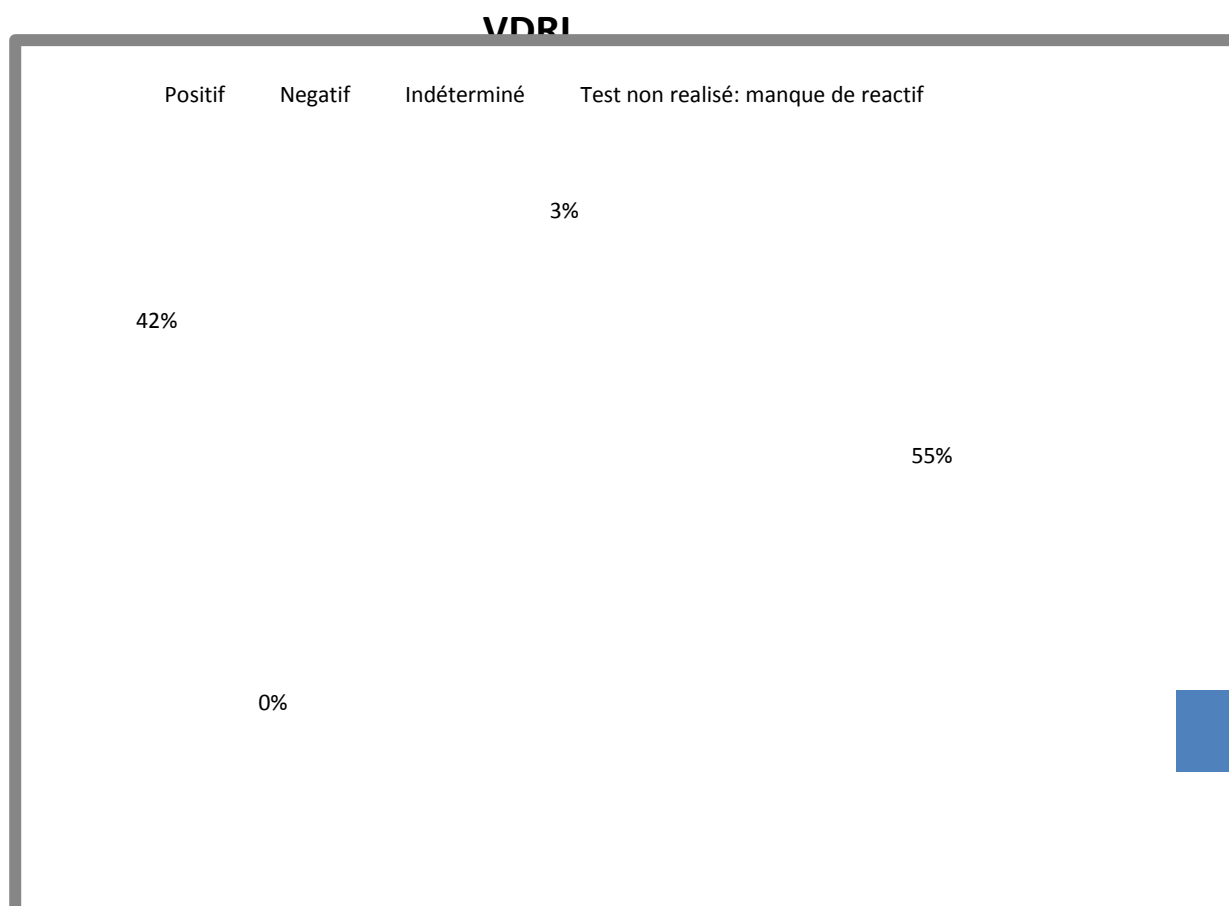


Figure 8: Les résultats pour le test VDRL chez les femmes enceintes.

- Les femmes enceintes ayant un test VDRL positif : 13 femmes enceintes (3%).
- Les femmes enceintes ayant un test VDRL négatif : 213 femmes enceintes (55%).
- 164 tests non réalisés (manque de réactifs) (42%).

IV.3 VIH

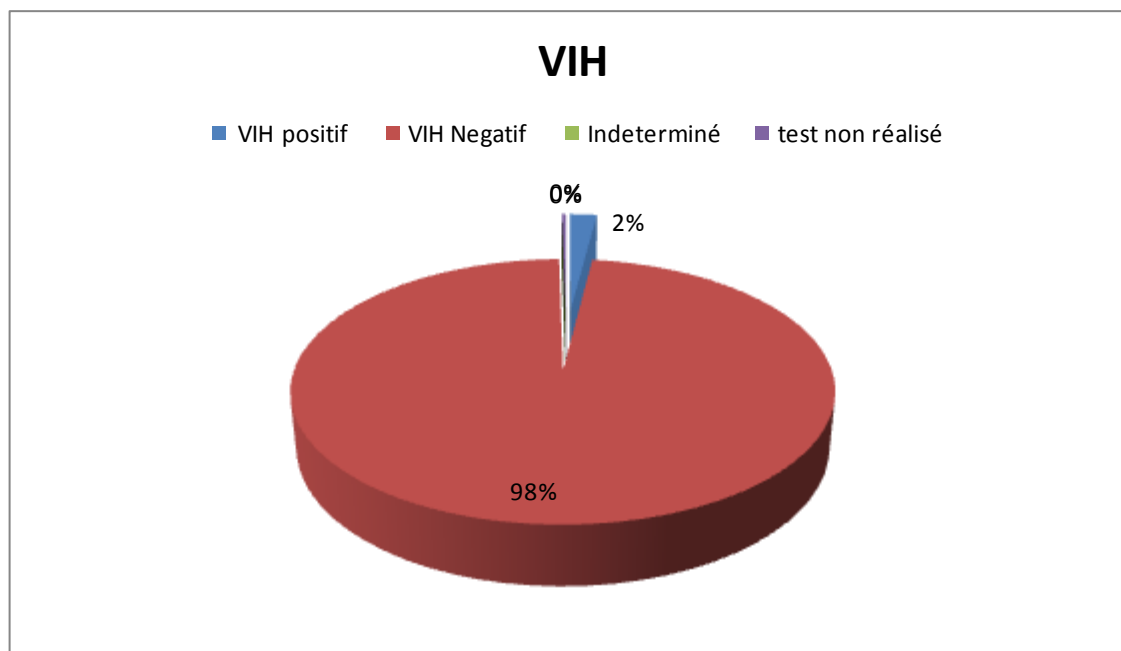


Figure 9 : Les résultats pour le test VIH chez les femmes enceintes

- Les femmes enceintes ayant une infection par le VIH : 9 femmes (2%).
- Les femmes enceintes ayant un test VIH négatif : 353 femmes (98%).

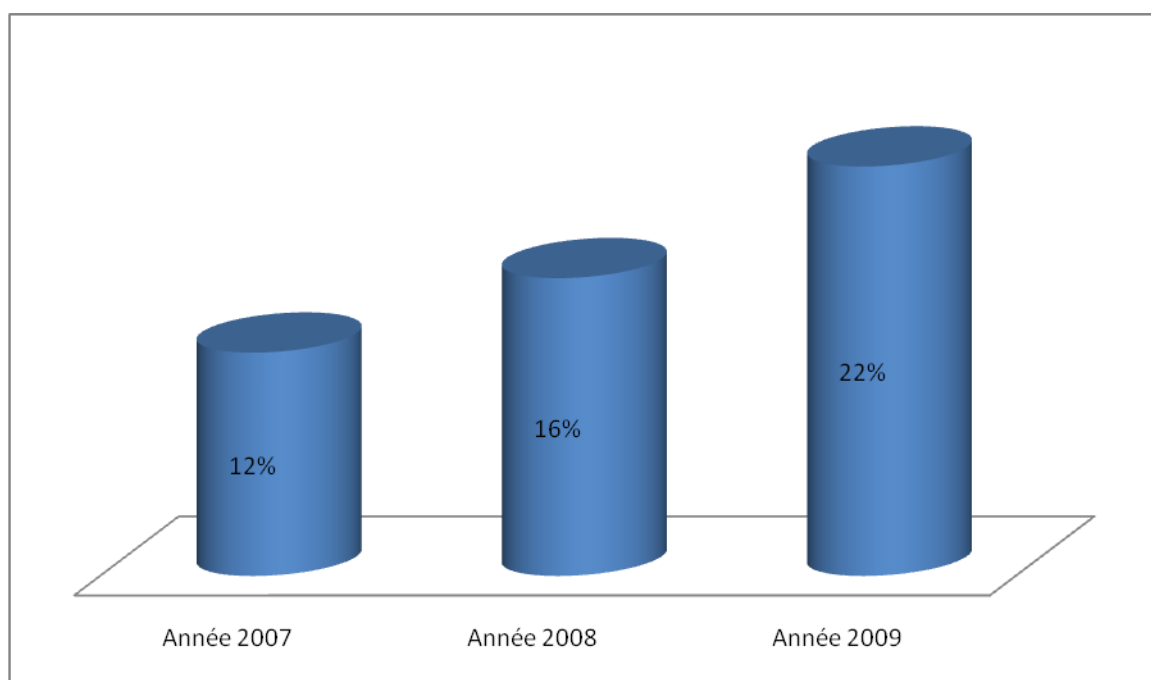


Figure 10 : Le pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH au Maroc ayant reçu des antirétroviraux en fonction des années ^[28].

- Les femmes enceintes infectées par le VIH au Maroc ayant reçu des antirétroviraux en 2007 : 60 femmes.
- Les femmes enceintes infectées par le VIH au Maroc ayant reçu des antirétroviraux en 2008 : 60 femmes.
- Les femmes enceintes infectées par le VIH au Maroc ayant reçu des antirétroviraux en 2009 : 90 femmes.

**Les infections sexuellement transmissibles chez la femme enceinte, enquête à la maternité de
CHU de Rabat**

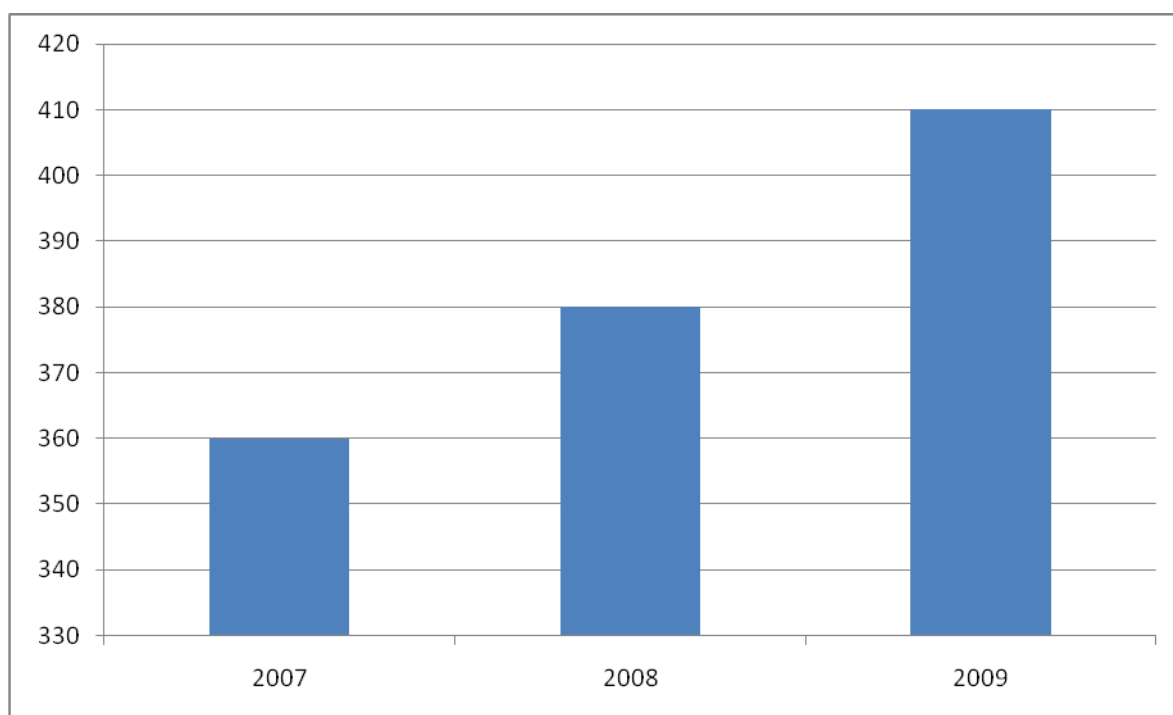


Figure 11 : Le nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH au Maroc en fonction des années ^[28].

- Le nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH en 2007 : 360
- Le nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH en 2008 :380
- Le nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH en 2009 :410

IV.4 Hépatite B

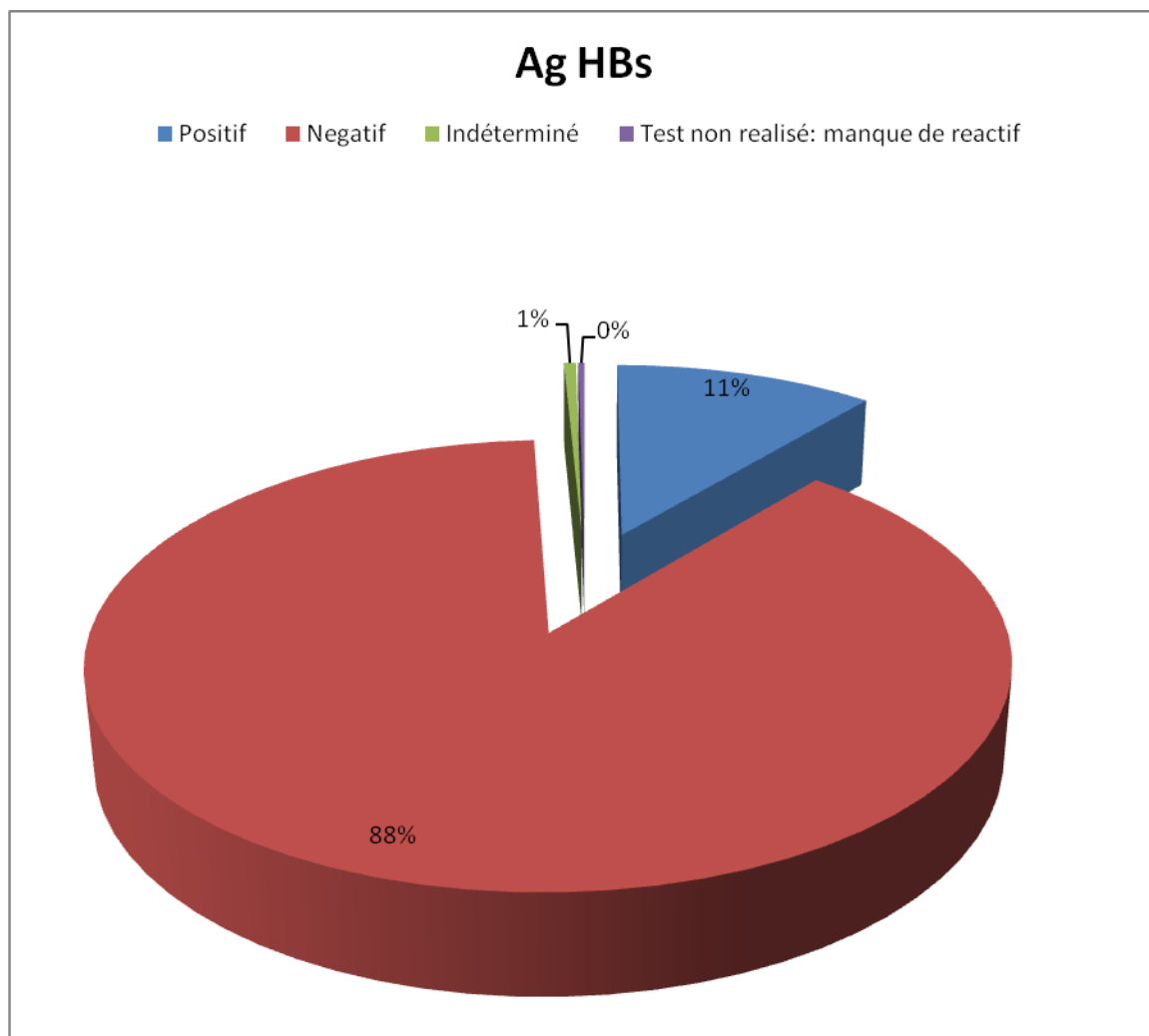


Figure 12 : Les résultats pour le test de recherche de l'Ag HBs chez les femmes enceintes.

- 43 femmes enceintes ayant un Ag HBs positifs (11%).

V. Discussion :

✓ La syphilis :

- 8 femmes enceintes représentent une forte probabilité d'avoir une infection précoce par la syphilis (ayant un test TPHA positif).
- 21 femmes enceintes représentent une forte probabilité d'avoir une infection par la syphilis au stade primaire ou secondaire (ayant un test TPHA et VDRL positif).
- 308 tests non réalisés par manque de réactif cela peut expliquer la forte probabilité d'avoir un taux beaucoup plus élevés d'infections par la syphilis chez les femmes enceintes étudiées.
- Le diagnostique sérologique pour la majorité des femmes enceintes ce fait entre la 16ème et la 20ème semaines d'aménorrhées donc il y a une forte probabilité de TMF.
- La prévalence de la séropositivité est de 0,3% en Europe, entre 3 et 17% dans les PVD. ^[2]

Donc en l'absence des études statistique fiable pour l'infection par la syphilis chez les femmes enceintes au Maroc, on peut dire à partir des résultats obtenu que ce nombres reste assez important et que le problème c'est le diagnostique précoce de l'infection, qui permet de diminuer le risque de TMF.

✓ **Le VIH :**

La séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes reste faible avec une quasi-stabilité depuis l'année 2000, cependant les données au cours des dernières années, confirment la tendance à la concentration parmi les groupes les plus exposés au risque d'infection dans certaines régions du Maroc ,à partir de l'année 2007 on note une augmentation du nombre estimé de femmes enceintes ayant une infection par le VIH au Maroc, 360 cas estimé de femmes enceintes ayant le VIH en 2007, en 2008 on a 380 cas, et en 2009 on a 406 cas, et dans les premier mois de 2010 on a 9 cas de femmes enceintes ayant le VIH à la maternité de CHU de rabat ce résultat obtenu durant la période de l'enquête montre que ce nombre reste toujours assez important, toutefois le risque de TMF reste très élevés on l'absence des mesures de pTMF . La couverture des femmes enceintes séropositives par la pTME, quoique relativement faible, a connu une augmentation notable passant de 12% en 2007 à 22% en 2009 soit pratiquement le double.

L'âge moyen des femmes enceintes est de 30 ans donc la possibilité d'un deuxième accouchement est élevée d'où l'importance de surveillance et de traitement des femmes enceintes étudiées.

✓ **L'hépatite B :**

43 femmes enceintes possédants un Ag HBs positifs. La détection et la prise en charge de la mère, de l'enfant et du reste de la famille en cas d'infection par le VHB est absolument indispensable. En effet, nous disposons de la vaccination, associée ou non à l'administration d'immunoglobulines anti-HBs, traitement capable de prévenir dans la plupart des cas la transmission néonatale du VHB au nouveau-né.

Ceci est d'autant plus important que l'évolution d'une infection par le VHB contractée au cours de la période néonatale est particulièrement sévère, entraînant une infection chronique dans 90% des cas, et la possibilité de survenue de carcinome hépatocellulaire avant la dixième année. Les études de sérovaccination menées dans les pays de forte endémie ont démontré qu'une politique de prévention bien conduite aboutissait en 10 ans à la disparition des cas de carcinome hépatocellulaire, la complication la plus grave du portage chronique du VHB.

Limites de l'étude : La principale limite de cette étude reste l'impossibilité de consulter les dossiers des patientes et surtout celles ayant une infection par le VIH car les données de ces patientes restent sécurisées.

VI. CONCLUSION

Les maladies sexuellement transmissibles sont en nette recrudescence à travers le monde. Les germes en cause et les modalités de transmission diffèrent selon les régions.

Les données épidémiologiques dans les pays en développement sont souvent insuffisantes et reflètent mal l'ampleur du problème des M.S.T. Cependant, l'O.M.S. estime qu'elles constituent un problème de santé publique important ayant un impact majeur sur le développement.

Le but de ce travail est de déterminer le pourcentage des I.S.T. chez des femmes enceintes à la maternité de CHU de Rabat. On s'intéressera particulièrement à la syphilis, l'hépatite B et aux infections par le VIH. D'autres enquêtes doivent être réalisées pour évaluer les stratégies régionales et nationales de lutte contre les MST.

Résumé

- **Titre** : Les infections sexuellement transmissibles chez la femme enceinte ; enquête à la maternité de CHU de rabat sur les IST chez la femme enceinte, causées par la syphilis, le virus d'Immunodéficience Humain et le virus de l'hépatite B.

- **Auteur** : Mr. Mohamed BOURACHDI

- **Mots clés** : femme enceinte, infection sexuellement transmissible, la syphilis, Virus d'Immunodéficience Humain, Virus de l'hépatite B.

Introduction : Les infections sexuellement transmissibles mal ou pas soignées sont redoutables pour la femme enceinte. Elles risquent de contrarier le bon déroulement de la grossesse et de contaminer le nouveau-né. Diagnostic précoce et traitement adapté sont donc deux alliés indispensables. Les maladies sexuellement transmissibles sont dues à des bactéries, comme la syphilis, ou à des virus comme le VHB (responsable de l'hépatite B), le VIH (responsable du sida), ou encore à des parasites. Dans cette étude nous allons voir les résultats d'une enquête sur les IST chez la femme enceinte, causées par trois agents responsables qui sont la syphilis, le VIH et le VHB.

Objectifs de l'étude :

1. Connaître les principaux IST chez la femme enceinte.
2. Connaître la période de grossesse et l'âge moyen des femmes enceintes infectées.
3. Avoir le taux d'infection par la syphilis, le VIH et le VHB chez les femmes enceintes étudiées.

Patientes et méthodes : Notre établissement est la maternité de CHU de Rabat. La période d'enquête s'étend du 1er Janvier 2010 au 30 Avril 2010, ce qui permet d'obtenir un nombre assez important et représentatif.

Type d'étude : Notre travail prospectif, il concerne des femmes enceintes qui sont des patientes hospitalisées et des externes.

Recueil des données : Cette enquête est réalisée à l'aide d'une fiche de renseignement qui contient des informations sur la patiente, le type d'IST et aussi sur la période de grossesse, cela est fait en consultant le dossier d'analyse de chaque patiente.

Critères d'évaluation : Les éléments que nous avons évalués sont : l'âge des femmes enceintes, la période de grossesse et le pourcentage d'infection par la syphilis, le VIH et le VHB.

Résultats : Trois cents quatre vingt dix femmes enceintes sont étudiées, l'âge moyen des patientes est de 30 ans, l'âge moyen de grossesse est compris entre la 16ème et la 17ème semaines d'aménorrhées. 21 femmes ayant un TPHA positif (22% des femmes étudiées), 13 femmes ayant un VDRL positif (14%), 43 femmes ayant un Ag HBs positif (45%) et 18 femmes ayant un test VIH positif (19%).

Conclusion : Les maladies sexuellement transmissibles sont en nette recrudescence à travers le monde. Les germes en cause et les modalités de transmission diffèrent selon les régions.

Les données épidémiologiques dans les pays en développement sont souvent insuffisantes et reflètent mal l'ampleur du problème des M.S.T. Cependant, l'O.M.S. estime qu'elles constituent un problème de santé publique important ayant un impact majeur sur le développement.

Le but de ce travail est de déterminer le pourcentage des I.S.T. chez des femmes enceintes à la maternité de CHU de Rabat. On s'intéressera particulièrement à la syphilis, l'hépatite B et aux infections par VIH. D'autres enquêtes doivent être réalisées pour évaluer les stratégies régionales et nationale de lutte contre les MST.

Abstract

Title : Sexually transmitted infections in women pregnant; investigation at the maternity of CHU flaps on pregnant with IST caused by syphilis, the human immunodeficiency virus and hepatitis B virus.

Other : Mr. Mohamed BOURACHDI

Key-Words: pregnant woman, sexually transmitted infection, syphilis, immunodeficiency human virus, hepatitis B Virus.

Introduction: Sexually transmitted infections poorly or careful step are dangerous for pregnant women. They may thwart smooth pregnancy and contaminate the newborn. Early diagnosis and appropriate treatment are thus two indispensable allies.

Sexually transmitted diseases are due to bacteria, such as syphilis, or viruses like hepatitis B virus (HBV Manager), HIV (AIDS Manager), or parasites.

In this study we will see the results of a survey on STI in pregnant women caused by three agents are: Syphilis ; HIV ; HBV

Study Objectives:

1. Explore key STI in pregnant women.
2. Knowing the period of pregnancy and age of pregnant women infected.
3. Have the rate of infection with syphilis, HIV and HBV in pregnant women studied.

Patients and methods: Our establishment is motherhood Rabat CHU. The investigation period extends from January 1, 2010-30 April 2010, allowing obtaining a quite important and representative number.

Study type: our prospective work, he regards pregnant women who are hospitalized patients and external.

Data collection: this survey is conducted on information sheet which contains some information on the patient, the type of IST and the period of pregnancy; this is done by checking the folder scan of each patient.

Evaluation criteria: the items we've evaluated are: pregnant women age, the period of pregnancy and percentage of syphilis, HIV and HBV infection.

Results:

Hundred four twenty three ten pregnant women are considered, the average age of the patients is 30 years average age pregnancy is between the 16th and the weeks of amenorrhea's have. 21 women with a positive TPHA (5% of women studied), 13 femmes having a positive VDRL (3%), 43 women having a HBs Ag positive (11%) and 9 women who test HIV positive (2%).

Conclusion: Sexually transmitted diseases are increasing net around the world. Germs involved and forwarded differ according to regions.

Epidemiological data in developing countries are often inadequate and poorly reflect the magnitude of the problem of the M.S.T. However, the World Organization of the health considers that they constitute significant public health problems that have a major impact on the development.

The aim of this work is to determine the percentage of women speakers at the CHU in Rabat maternity I.S.T. It will focus particularly on syphilis, hepatitis B and to the HIV infections. On the other investigations must be conducted to assess national fight against strategies and regional policies.

ملخص

العنوان: العدوى المنقولة جنسيا عند النساء الحوامل؛ البحث في مركز الأمومة الرباط على الأمراض المنقولة بالاتصال

الجنسي لدى المرأة الحامل، والناجمة عن مرض الزهري، فيروس نقص المناعة البشرية، وباء التهاب الكبد (ب)

الكاتب: محمد براشدي

الكلمات الأساسية: حمل، العدوى المنقولة جنسيا، الزهري، فيروس نقص المناعة البشرية، فيروس التهاب الكبد

الوبائي (ب) .

مقدمة :

تعالج الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي بشكل سيء و تشكل خطرا على النساء الحوامل .ويمكن أن يحبط نجاح الحمل وتصيب الأطفال حديثي الولادة .التشخيص المبكر والعلاج المناسب نوعان من الحلفاء الرئيسيين.

الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي التي تسببها البكتيريا ، مثل الزهري ، الفيروسات مثل التهاب الكبد الوبائي (التهاب الكبد باء)، و فيروس نقص المناعة البشرية (الذي يسبب مرض الإيدز) أو الطفيليات.في هذه الدراسة سوف نرى نتائج دراسة استقصائية عن الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي بين النساء الحوامل، بسبب ثلاثة ميكروبات هم : الزهري ،فيروس نقص المناعة البشرية، التهاب الكبد الوبائي(ب)

أهداف الدراسة :

1. معرفة الأمراض المنقولة جنسيا الرئيسية في النساء الحوامل.
2. معرفة فترة الحمل ومتوسط عمر النساء الحوامل.
3. معدل الإصابة بمرض الزهري ، فيروس نقص المناعة البشرية وباء التهاب الكبد لدى النساء الحوامل.

المواد والأساليب:

منشأة هو مستشفى التوليد في الرباط .فترة الدراسة ممتدة من 1 يناير 2010 إلى 30 أبريل 2010. جمع البيانات: باستخدام ورقة المعلومات التي تتضمن معلومات عن المريض ، ونوع الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي ، وكذلك فترة الحمل ، ويتم ذلك عن طريق فحص وتحليل ملف كل مريض. المعايير: سن النساء الحوامل، فترة الحمل والنسبة المئوية للإصابة بمرض الزهري، فيروس نقص المناعة البشرية، وباء التهاب الكبد لدى النساء الحوامل.

النتائج :

تمت دراسة 390 نساء حوامل ، متوسط عمر المرضي هو 30 سنة ، ومتوسط عمر الحمل بين الأسبوعين 16 و 17 من انحباس ؛ 21 امرأة مع TPHA إيجابية (5٪ من النساء اللاتي شملهن الاستطلاع) ، 13 امرأة مع VDRL إيجابية (3٪) ، 43 امرأة مع HBs إيجابية (11٪) و 9 امرأة مع فيروس نقص المناعة البشرية إيجابية (2٪) .

استنتاج :

الأمراض المنقولة جنسيا خطيرة في جميع أنحاء العالم . وطريقة الانتقال تختلف حسب المنطقة. بيانات وبائية في البلدان النامية غالبا ما تكون غير كافية ولا تعكس حجم مشكلة الأمراض المنقولة جنسيا ومع ذلك، منظمة الصحة العالمية ترى أنها تشكل مشكلة صحية عامة مهمة مع تأثير رئيسي على التنمية. والغرض من هذه الدراسة تحديد نسبة الأمراض المنقولة جنسيا عند النساء الحوامل في مستشفى التوليد في الرباط ذات أهمية خاصة لمرض الزهري، التهاب الكبد باء و فيروس نقص المناعة البشرية .من ناحية أخرى يجب أن يتم فعل تحقيقات أخرى لتقييم الاستراتيجيات الإقليمية والوطنية لمكافحة الأمراض المنقولة جنسيا.

Références Bibliographiques



- 1. Organisation mondiale de la santé, stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : 2006-2015 2007 : p.72**
- 2. Organisation mondiale de la santé, Maladies sexuellement transmissibles : principaux faits et chiffres 2008**
- 3. www.sospair.org**
- 4. www.sante.gouv.fr1 ; www.sdermato.org2 : atlas illustré et diaporama**
- 5. www.invs.sante.fr3 : BEH n°35-36/2001, n°3/2004, n°25-2006**
- 6. <http://www.has-sante.fr>4 : recommandations concernant les IST**
- 7. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil**
- 8. E. Pilly 2002 18° édition**
- 9. GénEtPi 2001 3° édition**
- 10. Popi 2001 7° édition**
- 11. <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/>**
- 12. Service du Docteur LASFARGUES, Hôpital André Mignot, Centre Hospitalier de Versailles.**
- 13. <http://www.cyes.info/professionnels/vih/grossesse-vih-2.php>**
- 14. Centre hospitalière régional universitaire de Lille**
- 15. [www. has.fr](http://www.has.fr)**
- 16. Rizzetto M. Viral infections of the liver. In : Bircher J, Benhamou JP, McIntyre N, Rizzetto M, Rodès J, editors. Oxford Textbook of Clinical Hepatology. Oxford Medical Publications ; 1999. p. 827_975.**

17. Lemon SM, Thomas DL. Vaccines to prevent viral hepatitis. N Engl J Med 1997;336:196_204.
18. Wu JS, Hwang LY, Goodman KJ, Beasley RP. Hepatitis B vaccination in high_risk infants : 10_year follow_up. J Infect Dis 1999;179:1319_25.
19. Rawal BK, Parida S, Watkins RPF, Ghosh P, Smith H. Symptomatic reactivation of hepatitis B in pregnancy. Lancet 1991;337:364.
20. Vranckx R, Alisjahbana A, Meheus A. Hepatitis B virus vaccination and antenatal transmission of HBV markers to neonates. J Viral Hepat 1999;6:135_9.
21. Soulié JC, Uzan M. L'allaitement accroît-il le risque de transmission de l'état de porteur chronique du virus de l'hépatite B ? Gastroenterol Clin Biol 1997; 21:197_9.
22. Zanetti AR, Ferroni P, Magliano EM, Pirovano P, Lavarini C, Massaro AL, Gavinelli R, Fabris C, Rizzetto M. Perinatal transmission of the hepatitis B virus and of the HBV-associated Delta agent from mothers to offspring in northern Italy. J Med Virol 1982;9:139_48.
23. Réseau périnatal alpes-Isère : [www. hépatites-promethee. org](http://www.hepatites-promethee.org)
24. MISE EN OEUVRE DE LA DECLARATION
D'ENGAGEMENT SUR LE VIH/sida
Rapport national 2010 Période considérée :
Janvier 2008-décembre 2009
25. Rapports de la surveillance sentinelle. Programme National de lutte contre les sida, ministère de la Santé, 2001-2009
26. Etude de prévalence des IST chez les femmes qui consultent pour pertes vaginales ou douleurs du bas ventre. Service des IST/sida, Direction de l'Epidémiologie et de lutte contre les maladies, ministère de la Santé, 2007.

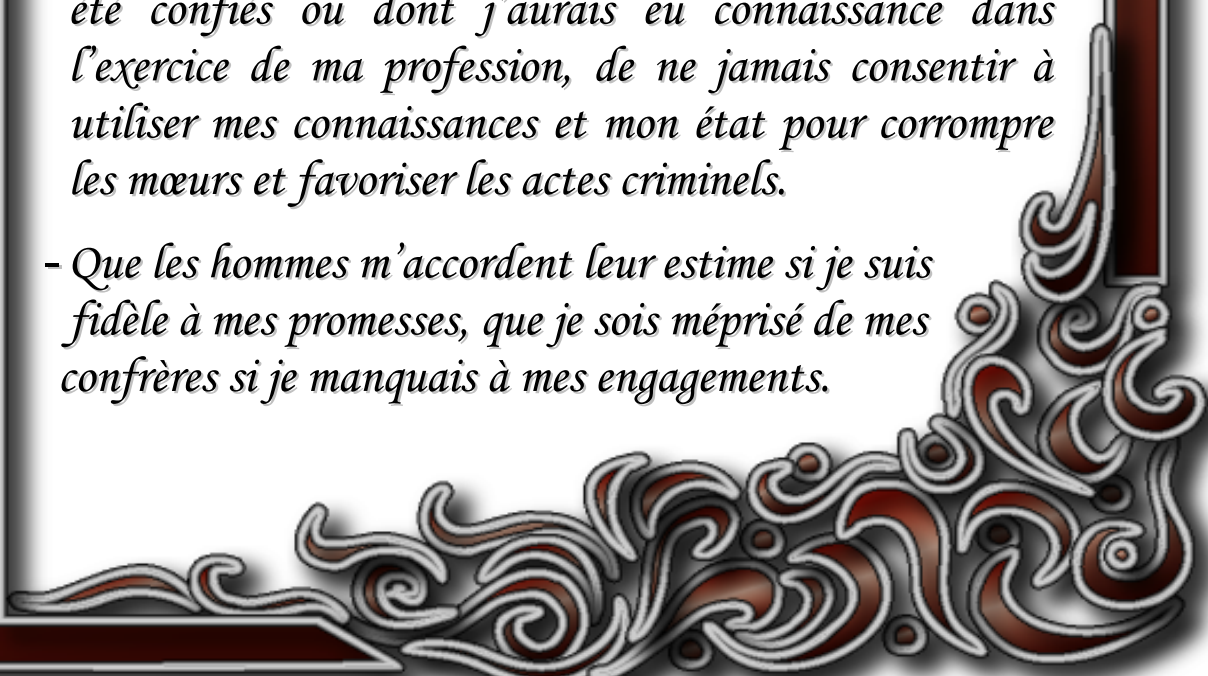
27. Rapports de l'Unité de gestion du Fonds mondial. Direction de l'Epidémiologie et de lutte contre les maladies, ministère de la Santé 2007, 2008, 2009

28. Rapports sur des estimations VIH au Maroc. Ministère de la Santé, 2009

Serment de Galien

Je jure en présence des maîtres de cette faculté :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- D'exercer ma profession avec conscience, dans l'intérêt de la santé public, sans jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humain.*
- D'être fidèle dans l'exercice de la pharmacie à législation en vigueur aux règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- De ne pas dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession, de ne jamais consentir à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.*
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois méprisé de mes confrères si je manquais à mes engagements.*



جامعة محمد الخامس
كلية الطب والصيدلة
- الرباط -

قسم الصيدلي

بسم الله الرحمن الرحيم

وأقسم بالله العظيم

- أن أراقب الله في مهنتي
- أن أبجل أساتذتي الذين تعلمت على أيديهم مبادئ مهنتي وأعترف لهم بالجميل وأبقى دوماً وفيّاً لتعاليمهم.
- أن أزاوّل مهنتي بوازع من ضميري لما فيه صالح الصحة العمومية، وأن لا أقصر أبداً في مسؤوليتي وواجباتي تجاه المريض وكرامته الإنسانية.
- أن ألتزم أثناء ممارستي للصيدلة بالقوانين المعمول بها وبأدب السلوك والشرف، وكذا بالاستقامة والترفّع.
- أن لا أفشي الأسرار التي قد تعهد إلى أو التي قد أطلع عليها أثناء القيام بمهامي، وأن لا أوافق على استعمال معلوماتي لإفساد الأخلاق أو تشجيع الأعمال الإجرامية.
- لأحصى بتقدير الناس إن أنا تقيدت بعهودي، أو أحتقر من طرف زملائي إن أنا لم أف بالتزاماتي.

"والله على ما أقول شهيد"



العدوى المنقولة جنسيا عند النساء الحوامل؛ البحث في مركز
الأمومة الرباط على الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي لدى المرأة الحامل،
والناجمة عن مرض الزهري، فيروس نقص المناعة البشرية، وباء التهاب الكبد (ب)

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم:

من طرف

السيد: محمد البراشدي

المزاد في: 08 دجنبر 1985 بوزان

لنيل شهادة الدكتوراه في الصيدلة

الكلمات الأساسية: حمل – العدوى المنقولة جنسيا – الزهري – فيروس نقص المناعة البشرية –

فيروس التهاب الكبد الوبائي (ب).

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: سمير بركاش

أستاذ في أمراض النساء والتوليد

مشرف

السيد: عبد الحق ركالة

أستاذ مبرز في أمراض النساء والتوليد

السيدة: منية اليوسفي المالكي

أستاذة في أمراض النساء والتوليد

السيد: الحسين تليكي

أستاذ مبرز في علم الطفيليات

أعضاء

}