

---

**1° CLASSIFICATO**

---

## UN CASO DI MEDICINA NARRATIVA: LA COMPLICATA GRAVIDANZA DI MARIAM

*Roberto Rossotti*

*S.C. Malattie Infettive e Tropicali – A.O. “A. Manzoni”, Lecco*

### INTRODUZIONE

Secondo i dati ufficiali pubblicati da UNAIDS, nell’Africa sub sahariana vivono circa 22 milioni di persone infettate dal virus dell’immunodeficienza umana; di queste, si stima che il 50% sia di sesso femminile. Per esempio, nella sola Costa d’Avorio, un Paese di poco più di 19 milioni di persone con un’aspettativa di vita alla nascita di 53 anni, vivono quasi 500.000 sieropositivi; le donne infette sono 210.000 secondo le stime più ottimistiche, 290.000 secondo quelle più pessimistiche.<sup>1</sup> La nostra Provincia conta quasi 336.000 residenti; qui si riscontra un tasso migratorio totale di 11,1 per 1000 residenti e il saldo migratorio con l’estero è di 8,3 per 1000 residenti:<sup>2</sup> buona parte dei nuovi abitanti sono, dunque, stranieri provenienti principalmente dall’Africa Occidentale francofona. Generalmente, gli uomini arrivano per lavorare nelle fabbriche della zona, ottengono il permesso di soggiorno e, successivamente, assolvono alle procedure per il ricongiungimento familiare; nell’arco di tempo trascorso in Italia hanno modo di apprendere l’italiano e, sebbene i processi d’integrazione risultino spesso difficoltosi, riescono a costituire una nuova rete sociale. Al contrario, al loro arrivo in Italia, le donne restano, in buona misura, isolate: non imparano l’italiano, raramente trovano un lavoro e, il più delle volte, rimangono relegate in casa con connazionali, ricostituendo *de facto* la struttura sociale – spesso tribale – da cui provengono.

La necessità di assistenza sanitaria è sovente il primo contatto di queste donne con la società italiana: infatti, il 21,5% delle donne si è rivolto, almeno una volta, al Sistema Sanitario Nazionale (contro il 15,5% degli uomini) e

questa differenza è legata alla gestione delle gravidanze. Peraltro, la gravidanza di una donna migrante ha un peso diverso per le strutture pubbliche rispetto a quella di un'italiana: solo il 30,2% delle donne di nazionalità italiana si affida a un ginecologo di una struttura pubblica, mentre ben il 95,9% delle straniere ricorre al SSN (38,3% in un consultorio e 57,6% in un ospedale pubblico). Non solo: il 35,9% delle donne italiane partorisce mediante taglio cesareo contro il 24,9% delle migranti; l'80,7% delle italiane allatta al seno contro l'88% delle migranti.<sup>3</sup> Queste differenze riflettono non solo una disuguale condizione economica ma anche una diversa concezione culturale di tutto quello che concerne l'*inizio-vita*: la presenza di un'infezione da HIV è un'ulteriore complicazione che aggiunge problemi medici, sociali, comunicativi e relazionali a un rapporto, già di per sé, di difficile gestione per del personale sanitario scarsamente preparato ad affrontare delle pazienti con culture talvolta radicalmente lontane dalla nostra.

### CASO CLINICO

Mariam K. è una donna ivoriana di 29 anni, in Italia da pochi mesi; possiede regolare permesso di soggiorno poiché il marito, nel nostro Paese da diversi anni, ha un posto di lavoro regolarizzato. Alla fine del mese di novembre 2008 viene inviata presso i nostri Ambulatori dal Consultorio territoriale cui si è rivolta dopo aver scoperto di essere incinta; l'ultima mestruazione risale al 28 settembre precedente e si trova, pertanto, alla settima settimana di gravidanza: il ginecologo del Consultorio aveva incluso, negli esami di screening, anche la sierologia per HIV, che era risultata positiva, ma non le aveva comunicato l'esito del test. Le aveva solo detto di presentarsi quella mattina presso i nostri ambulatori. Mariam non parla italiano, riesce a esprimersi in un francese approssimativo e la sua comunicazione con gli italiani è affidata a un'amica ivoriana che l'accompagna. Tuttavia, per essere informata dell'esito del test, entra da sola in ambulatorio: un'infermiera e un medico le comunicano in francese di aver contratto "*le virus du SIDA*", le forniscono un counselling apparentemente adeguato, focalizzandosi sugli aspetti relativi alla gravidanza ed eseguono tutti gli esami ematici routinari per un nuovo riscontro di sieropositività, inclusi il test di resistenza genotipico e il profilo HLA. Mariam chiede subito di non informare il marito della sua malattia: ha paura della sua reazione, ma le viene spiegato che è importante fare il test anche a lui.

La mattina successiva in ambulatorio arriva la telefonata del marito: non sa che cosa abbia Mariam ma gli è stato detto di presentarsi per degli esami di cui non capisce la necessità. Rispettando il desiderio della donna, non viene comunicata la natura dell'infezione che la riguarda e si spiega che, per il bene del bambino, anche lui deve sottoporsi a degli accertamenti. La reazione è violenta nei toni: nega un suo coinvolgimento in qualsiasi problema di salute della moglie e del figlio, afferma di aver fatto tutti gli esami del sangue richiesti dal datore di lavoro e di essere risultato in perfetta salute, per cui rifiuta di recarsi in ospedale. Sia lui che Mariam spariscono; la donna ha una carica virale di 172.000 copie/mL, una conta dei linfociti T CD4+ pari a 491 cell/mm<sup>3</sup> ed è nel bel mezzo del primo trimestre di gravidanza.

Diverse settimane dopo, però, su insistenza del ginecologo, Mariam si ripresenta: siamo ormai alla diciottesima settimana di gravidanza, da poco è iniziato il secondo trimestre, e l'inizio della terapia è divenuto necessario.<sup>4</sup> Si inizia uno schema antiretrovirale con FTC/TDF e ATV/rtv e si fissa un nuovo appuntamento una settimana dopo al solo scopo di monitorare l'aderenza. Mariam si presenta all'appuntamento successivo ma riferisce di aver assunto le compresse solo per 2 giorni e di averle, poi, sospese per insorgenza di nausea e vomito; riceve un'infusione di metoclopramide in Day Hospital, le si prescrive il medesimo farmaco per il domicilio e si decide di rivederla nuovamente la settimana seguente. Ma, dopo 7 giorni, le cose non sembrano andar meglio: tramite la solita amica che l'accompagna, spiega di non essere riuscita ad assumere alcuna compressa perché il vomito è incoercibile. Tuttavia, il racconto non sembra convincente: più che un'ipermesi gravidica, il vero problema pare sia la gestione delle compresse a casa col marito. Si decide, perciò, di applicare un protocollo di *Directly Observed Therapy* (DOT): tutte le mattine si dovrà presentare in Day Hospital, riceverà un'infusione di metoclopramide, assumerà la colazione e, sotto il controllo delle infermiere, prenderà le sue pastiglie; la scelta di un regime terapeutico *once-daily* consente di applicare agevolmente questo metodo di controllo della terapia. Mariam appare un po' perplessa: venire in città tutti i giorni coi mezzi pubblici non è proprio comodissimo, ma, alla fine, accetta la proposta.

Così, per il mese successivo, tutte le mattine Mariam e la sua amica si presentano regolarmente in Day Hospital; assume le sue quattro pastiglie senza alcun problema, si ferma in ospedale anche qualche ora dopo l'assunzione ma non ci sono segni di intolleranza gastrointestinale. Gli esami del sangue sembrano darci ragione: dopo un mese, la carica virale mostra una fles-

sione a 15.000 copie/mL, i linfociti T CD4+ sono oltre le 500 cell/mm<sup>3</sup> e non si riscontrano altre alterazioni rilevanti.

Mariam, però, comincia a manifestare insofferenza verso i quotidiani viaggi fino al nostro centro, l'amica che l'accompagna si fa sempre più frettolosa perché deve recarsi al lavoro e noi, incoraggiati dai buoni risultati ottenuti in quel mese e dall'apparente controllo del vomito – che la donna attribuiva esclusivamente alla terapia – sospendiamo il progetto di DOT per rivederla, in una normale visita ambulatoriale, dopo un paio di settimane. Ma Mariam non rispetta l'appuntamento e ricompare solo alla metà del mese di marzo, ormai alla ventiseiesima settimana di gestazione: si era presentata in ospedale per eseguire l'ecografia di controllo e il ginecologo l'aveva indirizzata nuovamente da noi. Dice di aver vomitato quasi quotidianamente dall'ultima volta in cui ci eravamo visti. Soprattutto, dice di aver sempre vomitato le pastiglie. Vengono ripetuti gli esami ematici: la conta dei linfociti resta stazionaria, ma la carica virale è salita a 129.000 copie/mL. Si esegue nuovamente un counselling per rinforzare l'aderenza e si sottolinea che, se la carica virale non sarà abbattuta, il parto non potrà essere svolto in maniera naturale ma sarà necessario ricorrere al taglio cesareo.<sup>5</sup> Mariam appare molto turbata da questa notizia: ai suoi occhi, è incomprensibile rinunciare al parto vaginale e all'allattamento al seno: per la sua cultura, tutto questo è motivo di vergogna. Evidentemente, però, il turbamento ha scarsa durata: 6 settimane dopo, ormai in prossimità del parto, la carica virale risulta raddoppiata a 226.000 copie/mL. A questo punto, viene presa una decisione radicale: appare chiaro che, nonostante tutti i nostri sforzi, non riusciamo a farle comprendere la necessità di assumere correttamente il trattamento; o forse non riusciamo a essere più influenti sulle sue decisioni rispetto alle problematiche personali che deve gestire in casa, per cui, per non pregiudicare ulteriormente opzioni terapeutiche future, si decide di sospendere i farmaci antiretrovirali. Affronterà la nascita del figlio solo con le strategie di profilassi *intra* e *post partum*. Per l'ennesima volta, Mariam sparisce dal nostro ambulatorio.

La mattina del 19 giugno riceviamo una chiamata dal Dipartimento Materno-Infantile dell'Ospedale: si è presentata una donna africana di 29 anni in travaglio. Lei inizialmente ha negato di essere sieropositiva, ma i dati dell'archivio della Ginecologia la indicavano come una nostra paziente in trattamento; a quel punto, la donna ammette di essere seguita da noi, di prendere la terapia antiretrovirale e di avere una carica virale azzerata. L'ostetrica, insospettata, ci chiama per avere delle conferme e, così, scopriamo che fine ha fatto Ma-

riam. Soprattutto, scopriamo che ha recepito i dettagli “tecnici” del nostro counselling pur non avendoli messi in pratica: ha deciso di mentire pur di poter avere un parto vaginale; invece, *in extremis*, il parto viene convertito in un taglio cesareo associato a tutte le procedure di profilassi *intra partum*.

Dopo il parto, la gestione della madre e della figlia passano alla Pediatria, che si occupa di monitorare la somministrazione di AZT alla neonata. Quando, però, Mariam viene il 16 luglio a effettuare, finalmente, dei prelievi ematici e a presentarci la bambina, la quantità di farmaco presente nei flaconi in possesso della donna non corrisponde al previsto: un conto approssimativo dello sciroppo dimostra che numerose somministrazioni sono state saltate. Contattiamo il pediatra di riferimento per avere delle conferme sull’aderenza di Mariam e scopriamo che, in Pediatria, non viene attuato un programma di monitoraggio della somministrazione dei farmaci antiretrovirali ai neonati né un sistema di counselling per rinforzare la necessità di fornire ai bambini le esatte dosi della profilassi *post partum*.

## DISCUSSIONE

L’aderenza alla HAART è un processo dinamico e svariati studi hanno identificato fattori socio-demografici, comportamentali, correlati al regime terapeutico e allo stato di salute che si associano a una bassa aderenza; esistono in letteratura numerosi lavori che analizzano l’aderenza delle donne nei Paesi occidentali e in quelli a risorse limitate, ma i dati sui migranti sono scarsi.

In uno dei pochi studi longitudinali condotto parallelamente su due coorti americane<sup>6</sup> è emerso che uomini e donne presentano un grado di aderenza differente: gli uomini di razza caucasica hanno un’aderenza ottimale più alta (91%, sebbene tenda a diminuire fino all’80% nel corso del tempo) degli uomini afroamericani e delle donne (75 e 77%, rispettivamente; ma, poi, questi valori restano più costanti nel tempo). I dati presenti in letteratura concordano sul fatto che le donne gravide mostrano un’aderenza migliore rispetto a quelle non gravide.<sup>7</sup> Un altro lavoro americano che ha, invece, valutato l’impatto della gestazione sull’aderenza<sup>8</sup> ha, concordemente coi risultati precedenti, riscontrato una compliance ottimale solo nel 75% delle donne; questa già non alta quota tende a ridursi dopo il parto (6 settimane dopo la nascita si raggiunge una percentuale del 65%).

Molti studi concordano sul fatto che già i semplici principi della gestione del

rischio della trasmissione sessuale dell'infezione da HIV nelle coppie, anche stabili, nell'Africa sub sahariana siano frequentemente disattesi.<sup>9,10</sup> Di conseguenza, nei Paesi a risorse limitate le problematiche legate alla gestione di tutto ciò che concerne l'infezione da HIV nel corso di una gravidanza sono del tutto differenti: basti dire che nei Paesi occidentali la gestazione è un fattore che incrementa l'aderenza, mentre qui i dati sono ancora contrastanti.<sup>11</sup> Difatti, uno studio di Karcher<sup>12</sup> afferma che un basso livello di scolarizzazione, scarsa comprensione dell'infezione da HIV e la gravidanza stessa siano i principali responsabili non solo di un'aderenza sub-ottimale ma, addirittura, di un non-inizio del trattamento: le donne gravide potrebbero essere più preoccupate dell'effetto dei farmaci sul feto che non di quello del virus e, di conseguenza, essere più riluttanti a iniziare la terapia.

Uno dei principali ostacoli parte già dal counselling: secondo uno studio sudaficano, sebbene il 98,3% delle donne abbia ricevuto un'adeguata informazione nel periodo antenatale, ben il 36,7% delle pazienti non aveva compreso le informazioni ricevute<sup>13</sup> (solo poco più del 50% ha recepito correttamente l'informazione che solo talvolta il virus passa da madre a figlio).<sup>14</sup> Secondo il già citato studio di Karcher, diversi fattori potrebbero influire sull'ineadeguatezza del counselling: la quantità e la complessità delle informazioni date ai pazienti sul corso dell'infezione, sugli obiettivi del trattamento, sui rischi e benefici della terapia, sugli effetti collaterali, sullo sviluppo di resistenza e sull'impegno nell'aderenza potrebbero mettere eccessivamente sotto pressione le persone, specialmente quelle con un grado d'istruzione inferiore. Sebbene il 59,9% delle donne informi almeno una persona del risultato del test – e, frequentemente, questa persona sia il partner – il coinvolgimento degli uomini resta scarso: solo il 14,9% dei maschi le accompagna all'ospedale ma, soprattutto, solo il 45% di essi ha un colloquio con un operatore sanitario.

Uno studio ruandese volto più precisamente a valutare quali siano i fattori che determinano l'aderenza ai programmi di PMTCT<sup>15</sup> ha riscontrato che le donne con minor compliance verso la terapia sono meno scolarrizzate (dato già noto in letteratura);<sup>16,17</sup> si presentano più tardi alla prima visita nelle cliniche prenatali e si sottopongono a meno controlli medici; spesso non sono sposate, informano di meno il partner del proprio sierostato (il 62% contro l'82% delle aderenti,  $p < 0,0001$ ) e sono poco a conoscenza di un'eventuale infezione del marito. Insomma, il ruolo del supporto del marito e di un'adeguata rete di sostegno sociale rappresentano dei fattori chiave per aumentare l'aderenza.

La rivelazione del proprio sierostato al partner sessuale è un importante obiettivo preventivo enfatizzato sia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>18</sup> che dai CDC di Atlanta;<sup>19</sup> peraltro, è chiaro che i comportamenti a rischio cambiano principalmente quando entrambi i partner sono consapevoli del loro sierostato.<sup>20,21</sup> La probabilità di informare il partner aumenta all'aumentare del tempo da cui si viene a conoscenza dell'infezione;<sup>22</sup> tuttavia, è stato valutato che, 18 mesi dopo la diagnosi, ancora il 77,8% delle gravide non ha rivelato il proprio sierostato<sup>23</sup> e che il 76,1% di quelle che non l'hanno fatto entro i 2 mesi dalla diagnosi affermano che non lo riveleranno mai.<sup>24</sup> Le principali barriere per tale rivelazione includono svariate paure: dell'abbandono, del rifiuto e della discriminazione, del coinvolgimento della famiglia, delle accuse d'infedeltà. La paura delle donne di essere abbandonate è strettamente correlata alla perdita del supporto economico da parte del partner: per esse, l'accesso a risorse finanziarie proprie è estremamente raro e il timore di perdere il sostegno economico è una delle principali considerazioni che vengono valutate prima di decidere se rivelare o meno il proprio sierostato.<sup>25</sup> Se queste paure vengono superate, generalmente si riceve una reazione positiva da parte dell'uomo, anche se non si può tralasciare la quota significativa di reazioni negative che, a seconda degli studi, passa dal 4 al 28% e che include abbandono, violenze e discriminazioni.<sup>26,27</sup>

Uno studio ha analizzato gli effetti della rivelazione del sierostato ad Abidjan, in Costa d'Avorio:<sup>28</sup> il tasso di informazione al partner è più basso rispetto a quanto riportato negli altri studi effettuati nell'Africa sub sahariana (46,2%); tuttavia, l'82,1% di queste donne ha riferito una buona reazione, mentre le reazioni negative hanno incluso riprovazione per non aver discusso col marito prima di eseguire il test (4%); fine del matrimonio (2,4%); mancata fiducia verso la positività riscontrata al test (2%); violenza (0,4%). Di solito, la donna informa il marito della propria sieropositività prima del parto e questo viene giustificato dal fatto di dover motivare la scelta di non allattare al seno; già altri studi hanno evidenziato come l'opinione del partner sia il primo ostacolo all'adozione di pratiche di allattamento sicure per il neonato. Altro momento in cui la donna rivela il proprio sierostato è allo svezzamento quando, tradizionalmente, riprende l'attività sessuale: proporre l'uso del preservativo è complicato e può condurre a sospetti nel partner che non conosce il sierostato della donna. In ogni caso, la quota di uomini che accetta di accedere al test è estremamente bassa (inferiore al 20%).

La possibile introduzione di una strategia di DOT presenta ancora numerosi

problemi di applicabilità. L'entusiasmo per l'applicazione di una DOT specifica per l'HIV deriva dall'ottima esperienza riscontrata nei programmi di controllo della tubercolosi, ma diversi autori hanno evidenziato che un parallelo fra le due situazioni non è del tutto realizzabile.<sup>29</sup> Peraltro, alcuni dati sull'applicazione della DOT nei Paesi occidentali non hanno trovato alcun effetto sull'aderenza o sull'outcome virologico;<sup>30</sup> nei Paesi a risorse limitate, invece, uno studio di Sarna e colleghi ha osservato un beneficio che, però, si è subito perduto alla sospensione del programma.<sup>31</sup> Il principale problema è che la DOT deve essere solo una delle componenti di una strategia maggiormente complessa che renda la vita stessa del paziente più gestibile con interventi di ampio respiro.<sup>32</sup> Per esempio, è stato dimostrato che un medesimo progetto applicato a Haiti e a Boston ha condotto agli stessi buoni risultati:<sup>33</sup> in condizioni ambientali e sociali così differenti un ampio programma di assistenza ai pazienti prevedeva che, per la DOT, fosse introdotta la figura dell'*accompagnatore*,<sup>34</sup> un modello che affronti le barriere dell'aderenza nel contesto sociale del soggetto con strumenti di supporto medico, sociale ed economico.<sup>35</sup> Evidentemente, una strategia così complessa e articolata di DOT non si può applicare su una vasta popolazione e dovrebbe essere riservata a dei casi in cui il rischio di non-aderenza è significativamente più alto. La durata ottimale di quest'approccio deve ancora essere stabilita; nello studio di Sarna e colleghi viene proposta una graduale riduzione nell'intensità degli interventi di DOT.

## CONCLUSIONI

Fino a oggi gli studi sull'HIV hanno considerato in maniera dicotomica il mondo occidentale e quello generalmente chiamato "in via di sviluppo"; i cambiamenti demografici, sociali e sanitari che le migrazioni determinano impongono di ripensare gran parte dei dati presenti in letteratura. Nella popolazione proveniente dall'Africa sub sahariana ma residente in Italia coesistono fattori propri dei Paesi d'origine e del Paese ospite: per esempio, gli studi sull'aderenza condotti in Africa non si possono applicare a queste persone perché vengono a decadere le limitazioni "logistiche" e di risorse spesso descritte come importanti barriere all'accesso alle strutture sanitarie; per contro, il contesto sociale e culturale in cui si trovano a muoversi è una copia dell'originale tradotta nelle nostre latitudini. Il caso descritto espone come le

strategie di counselling, nonostante siano state condotte da personale altamente qualificato, si siano dimostrate inadeguate nel rapportarsi a una donna migrante: barriere linguistiche e, soprattutto, culturali si sono frapposte al raggiungimento dell'obiettivo di una buona aderenza e di una gestione globalmente sicura della gravidanza. Il mancato coinvolgimento del marito nel processo di diagnosi e cura dell'infezione è, forse, risultato essere il fattore-chiave che ha portato alla fallimentare conduzione del caso. Il parziale successo della DOT non ha rappresentato una strategia vincente: ha richiesto un impegno rilevante sia per la paziente che per il personale infermieristico che si è, alla fine, rivelato essere solo un "tappo" nei confronti di una falla di criticità troppo grande. Tutte queste osservazioni conducono alla necessità di formare gli operatori sanitari anche nella gestione dei rapporti con pazienti appartenenti ad altre culture; anche in Infettivologia, dunque, si fa sempre più pressante la necessità di introdurre figure come quelle dei mediatori culturali che in numerose esperienze ostetrico-ginecologiche si sono rivelate efficaci.

La gravidanza di una paziente sieropositiva non è, per definizione, una gravidanza a rischio<sup>36</sup> ma richiede tuttavia il coinvolgimento di plurime figure professionali: l'infettivologo, il ginecologo, l'ostetrica, il patologo neonatale, il pediatra e tutto il personale infermieristico afferente alle varie strutture. Il nostro caso descrive come una continua comunicazione fra i professionisti sia un elemento indispensabile per una corretta gestione della gravidanza. Ai cambiamenti sociali che stiamo vivendo in questi anni devono, dunque, seguire anche dei cambiamenti nella politica sanitaria per garantire un corretto passaggio attraverso uno dei momenti fondamentali della vita di una donna quale è la maternità.

## Bibliografia

1. [http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008\\_CI.pdf](http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_CI.pdf)
2. [http://demo.istat.it/altridati/indicatori/2008/Tab\\_9.pdf](http://demo.istat.it/altridati/indicatori/2008/Tab_9.pdf)
3. [http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non\\_calendario/20081211\\_00/testointegrale20081211.pdf](http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081211_00/testointegrale20081211.pdf)
4. US Department of Health and Human Services: *Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents*. Disponibile al sito: <http://www.aidsinfo.nih.gov/>

5. Read J.S., Newell M.L., *Efficacy and safety of cesarean delivery for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 (Review)*. Cochrane Database Syst Rev 2005; 4: CD005479
6. Lazo M., Gange S.J., Wilson T.E. et al., *Patterns and predictors of changes in adherence to highly active antiretroviral therapy: longitudinal study of men and women*. CID 2007; 45: 1377-1385
7. Zorrilla C.D., Santiago L.E., Knudson D. et al., *Greater adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) between pregnant versus non-pregnant women living with HIV*. Cell Mol Biol 2003; 49(8): 1187-1192
8. Bardeguet A.D., Lindsey J.C., Shannon M. et al., *Adherence to antiretrovirals among US women during and after pregnancy*. J Acquir Immune Defic Syndr 2008; 48(4): 408-417
9. Van der Straten A., King R., Grinstead O. et al., *Couple communication, sexual coercion and HIV risk reduction in Kigali, Rwanda*. AIDS 1995; 9: 935-944
10. Tijou Traoré A., *Pourquoi et comment en parler? Dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité à son conjoint au sein de couples sérodifférents à Abidjan, Côte d'Ivoire*. Sci Soc Sante 2006; 24: 43-67
11. MacCarthy S., Laher F., Nduna M. et al., *Responding to her question: a review of the influence of pregnancy on HIV disease progression in the context of expanded access to HAART in Sub-Saharan Africa*. AIDS Behav 2009; 13: S66-S71
12. Karcher H., Omondi A., Odera J. et al., *Risk factors for treatment denial and loss to follow-up in an antiretroviral treatment cohort in Kenya*. Trop Me Int Health 2007; 12(5): 687-694
13. Peltzer K.P., Mosala T., Dana P. et al., *Follow-up survey of women who have undergone a prevention of mother-to-child transmission program in a resource-poor setting in South Africa*. JANAC 2008; 19(6): 450-460
14. Peltzer K.P., Chao L.W., Dana P., *Family planning among HIV positive and negative prevention of mother to child Transmission (PMTCT) clients in a resource poor setting in South Africa*. AIDS Behav 2008 Feb 20 [Epub ahead of print]
15. Delvaux T., Elul B., Ndagije F. et al., *Determinants of nonadherence to a single-dose nevirapine regimen for the prevention of mother-to-child HIV transmission in Rwanda*. J Acquir Immune Defic Syndr 2009; 50(2): 223-230
16. Albrecht S., Semrau K., Kasonde P. et al., *Predictors of non adherence to single-dose nevirapine therapy for the prevention of mother-to-child HIV transmission*. J Acquir Immune Defic Syndr 2006; 41: 114-118
17. Painter T.M., Diaby K.L., Matia D.M. et al., *Sociodemographic factors associated with participation by HIV positive pregnant women in an intervention to prevent mother-to-child transmission of HIV in Côte d'Ivoire*. Int J STD AIDS 2005; 16: 237-242

18. Counselling and HIV/AIDS. Geneva: UNAIDS; 1997. UNAIDS Best Practices Collection.
19. Revised guidelines for HIV counselling, testing and referral. MMWR 2002; 50: 1-57
20. Allen S., Tice J., Van de Perre P. et al., *Effect of serotesting with counselling on condom use and seroconversion among HIV discordant couples in Africa*. BMJ 1992; 304: 1605-1609
21. Deschamps M.M., Pape J.W., Hafner A. et al., *Heterosexual transmission of HIV in Haiti*. Ann Intern Med 1999; 125: 195-199
22. Antelman G., Smith Fawzi M.C., Kaaya S. et al., *Predictors of HIV-1 status disclosure: a prospective study among HIV-infected pregnant women in Dar Es Salaam, Tanzania*. AIDS 2001; 15: 1865-1874
23. Kilewo C., Massawe A., Lyamuya E. et al., *HIV counselling and testing of pregnant women in sub-Saharan Africa*. J Acquir Immune Defic Syndr 2001; 28: 458-462
24. Galliard P., Melis R., Mwanyumba F. et al., *Consequences of announcing HIV seropositivity to women in an African setting: lessons for the implementation of HIV testing and intervention to reduce mother-to-child transmission*. 13rd IAS Conference, Durban - South Africa, 2000; p. 334
25. Medley A., Garcia-Moreno C., McGill S. et al., *Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes*. Bull World Health Organ 2004; 82(4): 299-307
26. Nebie Y., Meda N., Leroy V. et al., *Sexual and reproductive life of women informed of their HIV seropositivity: a prospective study in Burkina Faso*. J Acquir Immune Defic Syndr 2001; 28: 367-372
27. Heyward W., Batter V., Mbuyi M.N. et al., *Impact of HIV counselling and testing on child-bearing women in Kinshasa, Zaire*. AIDS 1993; 7: 1633-1637
28. Brou H., Djohan G., Becquet R. et al., *When do HIV-infected women disclose their HIV status to their male partner and why? A study in a PMTCT programme, Abidjan*. PLoS Medicine 2007; 4(12): 1912-1920
29. Liechty C.A., Bangsberg D.R., *Doubts about DOT: antiretroviral therapy for resource-poor countries*. AIDS 2003; 17: 1383-1387
30. Wohl A.R., Garland W.H., Valencia R. et al., *A randomized trial to directly administered antiretroviral therapy and adherence case management intervention*. CID 2006; 42: 1619-1627
31. Sarna A., Luchters S., Geibel S. et al., *Short- and long-term efficacy of modified directly observed antiretroviral treatment in Mombasa, Kenya: a randomized trial*. J Acquir Immune Defic Syndr 2008; 48(5): 611-619
32. Harries A.D., *"DOTS" and "DOT" for delivering antiretroviral therapy in resource-poor countries*. AIDS 2004; 18(5): 830-831

33. Behforouz H.L., Farmer P.E., Mukherjee J.S., *From directly observed therapy to accompagnateurs: enhancing AIDS treatment outcomes in Haiti and in Boston*. CID 2004; 38(5): S429-S436
34. Castro A., *Adherence to antiretroviral therapy: merging the clinical and social course of AIDS*. PLoS Medicine 2005; 2(12): e338.doi:10.1371/journal.pmed.0020338
35. Muñoz M., Finnegan K., Zeladita J. et al., *Community-base accompaniment in an urban re source-poor setting*. AIDS Behav 2009 Apr 16 [Epub ahea of print]
36. Katz A., *The evolving art of caring for pregnant women with HIV infection*. JOGNN 2003; 32: 102-108