



Etablissement Français du Sang

Transfusion sanguine en Afghanistan

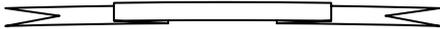
Rapport de mission

M. Damien Masson

19-29 avril 2004 à Kaboul



Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan



**Rapport de mission Etablissement Français du Sang
Damien MASSON, technicien de laboratoire
Kaboul
Du 17 avril au 1^{er} mai 2004**

en partenariat avec le Ministère des Affaires Etrangères français, l'Ambassade de France à Kaboul, le Ministère de la Santé (MOH) afghan et l'Aide Médicale Internationale (AMI)



Le matin du lundi 19 avril se déroule la cérémonie d'inauguration de notre mission à la « Central Blood Bank (CBB) of Kaboul ».

Parmi les participants afghans se trouvent :

le Dr ABDUL HAKIM AZIZ, Directeur des services de santé hospitaliers et de diagnostic du MOH (Ministère afghan de la santé),

le Dr TIMOURI, responsable du programme de développement de la transfusion sanguine en Afghanistan, missionné par le MOH afghan,

le Dr HEKMAT, directeur de la CBB,

le Dr AZIZI, directeur adjoint de la CBB,

M. WARDAQ, traducteur Dari – Français pour le Dr NASR,

Et Karim, mon traducteur pendant ce séjour.

Pour notre part, le Dr Olivier NASR et moi sommes accompagnés de Florence MORESTIN, chargée de mission Santé à l'ambassade de France à Kaboul.

Après les remerciements, nous abordons les points forts de cette mission et tous les participants, tant nos hôtes que nous, s'engagent à donner le meilleur d'eux-mêmes.

La mission formation commence réellement le lundi 19 après-midi pour s'achever le jeudi 29 avril. Il s'agit d'une formation d'approfondissement destinée à un public de 29 techniciens* de la CBB et de ses branches de Malalai, Ibn Sinna et Rabia Balkhi, déjà formés par l'EFS en 2002-2003.

Le pré-test théorique d'évaluation.

O. NASR teste les acquis des techniciens présents. Il leur pose 17 questions recouvrant la chaîne transfusionnelle du prélèvement jusqu'à l'immunohématologie distribution.

* A noter : ces personnes qui exercent en pratique la profession de techniciens de banque de sang ont reçu une formation initiale, soit de technicien de laboratoire, soit de pharmacien.

J'assiste depuis le fond de la salle aux réactions des « élèves » : ils sont très attentifs et maîtrisent apparemment assez bien les réponses. Cela laisse, a priori, présager de TP relativement simples à mettre en place, vu que la théorie semble acquise.

Les résultats de ce pré-test sont à cette image : 26 techniciens sur 29 atteignent la moyenne, ce qui est un bon résultat (cf. rapport du Dr NASR).

Chaque journée débute ensuite, pendant 1H30, par un rappel théorique du Dr NASR sur le sujet mis en pratique la journée.

Pour moi, les jours de travail sont scindés entre une visite des principaux sites transfusionnels de Kaboul de 8h. à 9h30, un premier groupe de TP de 10h. à 12h et le second groupe de TP de 13h. à 15h.

Nous avons en effet opté pour une séparation du groupe de techniciens en deux sous-groupes TP d'une quinzaine maximum. Ainsi les participants pourront mieux atteindre le principal but de cette mission :

que chaque technicien puisse acquérir la pratique méthodique
des analyses immunohématologiques transfusionnelles de base.

Je rendrai d'abord compte des séances de TP, jour par jour. Puis je décrirai mes visites quotidiennes dans les différentes banques de sang de la ville.

Les séances de Travaux Pratiques.

Nous sommes convenu, avec le Dr O. NASR, que les TP doivent surtout s'attarder sur le fait d'inculquer aux techniciens des méthodes standardisées de travail. Ceci avec, bien évidemment, ce qu'il est possible de faire au vu des limites matérielles rencontrées (électricité par intermittence, lavage à l'eau et réutilisation de matériel potentiellement contaminé, ...). A noter également, le prélèvement receveur sur tube sec, ce qui induit des hémolyses sériques.

Le point positif est que l'AMI a pu nous fournir tout le matériel de laboratoire que nous avons requis au préalable, depuis la France. Nous commençons donc cette séance avec, pour moi, la nette sensation de pouvoir leur transmettre les méthodes requises.

L'évaluation pratique sera continue, avec une dernière journée où je noterai les techniciens sur deux groupages (donneur et receveur), un Coombs direct et un cross match à l'antiglobuline.

A priori, il manque deux participants : 27 sont présents le premier jour (le nombre de 29 participants sera rétabli par la suite).

J'invite les techniciens à constituer les deux groupes de travail et le groupe du matin s'installe autour des tables disposées en carré. J'ai donc devant moi 14 personnes (2 par table) prêtes à techniquer.

Préparation des hématies-test.

Après une heure de théorie du Dr NASR sur ce TP, je descends au labo d'immunohématologie pour la mise en pratique.

Le but de ce TP est de préparer trois suspensions d'hématies à 5% :

une A, une B et une 0 (non A, non B).

Si possible, en choisir une des trois Rhésus Négatif pour le témoin Anti D (*).

Des globules de donneurs de ces groupes respectifs sont lavés successivement trois fois en solution saline.

Enfin, un volume de culot lavé est suspendu dans 19 volumes de saline = suspension à 5%.

Cette technique est très simple à réaliser. Tous les sites de transfusion de Kaboul sont censés préparer leurs hématies Simonin pour un laps de temps de 1 jour à une semaine, conservées à entre + 2°C et + 8°C.

Toutefois, la réalité s'avère tout autre :

- les gestes basiques et simplifiants restent à acquérir tels que :

> remise en suspension homogène du culot grâce au jet de la pissette, ce qui évite de tapoter le tube ou de le retourner au contact du gant.

> élimination du surnageant en gardant le niveau du liquide à hauteur des yeux ; les techniciens ont tendance à pipeter le tube en contrebas du regard, ce qui peut provoquer, en fin de 3^{ème} lavage, une remise en suspension des globules, faute d'avoir bien défini la limite de séparation avec le surnageant.

- ces suspensions sont souvent manquantes sur les sites visités, y compris à la CBB. Cela laisse supposer que le Simonin n'est pas intégré au groupage en systématique. Donc :

certains groupes sanguins rendus ne sont pas valides !

Apparemment, d'après les informations recueillies lors des TP, il s'agit d'une règle instaurée qui consiste à ne réaliser le groupe complet que pour les donneurs.

Pour toute personne se présentant pour un simple groupage (futurs conducteurs, femmes enceintes, patients, ...), seul le test globulaire, ou Beth-Vincent, est effectué.

A la fin des séances des deux groupes, les gestes de base semblent acquis pour préparer ces 3 suspensions mais les prépareront-ils... ?

Groupage sanguin : Beth-Vincent ET Simonin.

J'ai apporté de France des plaques en plastique avec puits de réaction prédéfinis et agitateur associé. 11 kits (plaque / agitateur) sont disponibles. Ces dispositifs sont lavables à volonté mais l'idéal serait bien sûr l'usage unique.

Chacun permet de réaliser jusqu'à six groupages simultanément.

Ainsi, les techniciens n'ont plus recours aux capuchons d'aiguille qui leur servent d'agitateur sur plaque d'opaline et qui leur imposent de nombreux gestes répétés.

De plus, ce dispositif permet de ne pas mélanger les puits de réaction comme cela peut arriver sur opaline.

D'où propreté et efficacité !

En début de séance, je constate très vite que le Simonin n'est pas réalisé systématiquement. Les hématies-test de routine pour le laboratoire de la CBB ne sont pas prêtes. Seules celles préparées en TP la veille sont au réfrigérateur.



Je débute par la démonstration d'un groupage sur dispositif apporté.

Je centrifuge mon tube et je retranscris son n° sur ma ligne de réaction.

Puis je dispose distinctement à l'horizontale, de gauche à droite :

1°) les antisérums : 1 goutte d'anti A, 1 d'anti B, 1 d'anti D et son témoin négatif (*)
(une goutte d'anti D avec une goutte d'hématie test Rhésus Négatif),

2°) les hématies-test A, B et 0 : 1 goutte de chaque,

3°) le sérum du tube : 2 gouttes dans chaque puits d'hématie test,

4°) les hématies du tube : une petite goutte par puits d'antisérum, sans contact avec celui-ci.

Puis j'homogénéise mes puits grâce à l'agitateur du dispositif. La lecture se fait après une vingtaine de secondes, le temps d'apparition du Simonin.

Tout se corse lorsque les techniciens agissent à leur tour.

Certains disposent tout pour l'épreuve globulaire mais omettent les hématies-test de la contre-épreuve sérique : je répète que

cela équivaut à ne pas faire de groupage du tout.

La grande majorité, par réflexe, débute par le dépôt des hématies du patient sur la plaque, ce qui souille le sérum et confirme que le Simonin est rarement fait. De plus, cela risque de contaminer les antisérums lors du dépôt de ceux-ci sur les hématies du patient. Vu le prix du flacon, cela est inconcevable ici !

D'où la règle :

Toujours les réactifs en premier.

Le groupe de TP de l'après-midi semble assimiler les nouvelles méthodes beaucoup plus vite que celui du matin. On ressent les habitués du laboratoire de la CBB plus sûrs d'eux.

Toutefois, des gestes méthodiques restent à acquérir pour tous. Ainsi peu identifient leur prélèvement sur la plaque, ce qui est source de confusion dans le rendu du groupage.

Le test de Coombs direct.

Ce test dépiste les éventuels anticorps fixés sur les globules du malade. Il est réalisé à l'antiglobuline polyvalente d'origine animale (souris).

Les globules du malade sont lavés trois fois. Le culot sec est ensuite mis en contact avec l'antiglobuline qui révélera les anticorps fixés s'ils existent.

Deux résultats possibles :

- positif : la présence d'anticorps fixés est avérée,
- négatif : a priori, aucun anticorps fixé n'est révélé par l'antiglobuline.

Toutefois, il convient de vérifier la réelle négativité de la réaction. L'antiglobuline peut en effet ne pas être restée libre et être fixée sur des anticorps circulants résiduels. On ajoute donc un témoin positif : des globules Rh + sensibilisés à l'anti D => l'antiglobuline, si elle est réellement libre, va se fixer sur ces anti D apportés et provoquer une agglutination.

On éliminera ainsi les faux négatifs.

Aux dires des techniciens, le Coombs direct est apparemment routinier sur Kaboul. En revanche, le témoin positif n'est pas de mise, ce qui constitue une incertitude quant aux résultats négatifs énoncés.

Il serait bon que ce témoin soit généralisé.

La technique est assez bien maîtrisée par tous les techniciens en fin de formation. Ils semblent avoir assimilé son pourquoi.

Le cross match à l'antiglobuline polyvalente = Coombs indirect.

Il est impératif avant toute transfusion pour vérifier la compatibilité donneur receveur.

S'il est positif, l'on doit sélectionner une autre poche à transfuser.

Cette technique met en évidence les anticorps circulants du receveur, qui se fixent sur les antigènes correspondants du donneur. Par contre, on ne peut identifier le ou les anticorps en cause, les panels de dépistage n'étant pas encore arrivés jusqu'en Afghanistan. C'est à souhaiter pour l'avenir.

L'antiglobuline polyvalente révèle ensuite ces anticorps.

On prépare une suspension à 5% des globules du donneur après trois lavages en saline. Puis l'on met en contact une goutte de globules lavés avec deux gouttes de sérum du receveur.

Une centrifugation immédiate permet de détecter d'emblée une incompatibilité flagrante donneur receveur. Si une agglutination apparaît, l'on change de poche.

Si tout est négatif, l'on incube le mélange durant 45 minutes à 37°C.

A la sortie d'étuve, on lave trois fois pour éliminer les anticorps circulants non fixés. Puis on ajoute l'antiglobuline et on centrifuge après 2 min de contact.

Deux résultats possibles :

- positif : des anticorps circulants du malade se sont fixés aux globules du donneur => l'on doit refaire un cross match avec une nouvelle poche et ce jusqu'à obtenir un cross négatif,
- négatif : tout comme pour le Coombs direct, il faut vérifier la négativité. La technique est la même.

Si c'est un vrai négatif, la transfusion est possible !

Sur Kaboul, seul le cross match à l'albumine serait de rigueur. C'est compréhensible vu le prix de l'antiglobuline. Mais le test à l'albumine est moins sensible et moins spécifique que le Coombs à l'antiglobuline.

Ici, l'antiglobuline est la technique de référence pour le cross match.

Les séances de TP sur ce thème se déroulent dans un esprit de découverte et de compréhension pour les techniciens. Pour la majorité d'entre eux, la technique semble acquise en fin de formation.

Les évaluations finales ont reposé sur deux heures de Travaux Pratiques en totale autonomie pour les techniciens, sans intervention de ma part.

Au cours de ce TP de synthèse, les participants devaient en premier lieu sélectionner un tube de donneur compatible avec un tube de receveur, ceci en effectuant les groupes sanguins de ces tubes = évaluation des techniques de Beth-Vincent et Simonin.

Ensuite, ils réalisent le cross match à l'antiglobuline polyvalente en Coombs indirect. Parallèlement, le test de Coombs direct du receveur est lancé.

Lors de l'examen final, je n'ai noté aucune erreur de manipulation technique engendrant un résultat erroné. Les seuls bémols sont des retards dans le lancement de Coombs direct ainsi que quelques autres manques de logique.

L'ensemble de la réalisation de toutes ces techniques (réflexion, rapidité d'exécution, logique,...), vues durant la formation, détermine la note finale attribuée à chacun (voir la liste des notes en annexe ; à noter que les techniciens sont considérés comme ayant acquis l'essentiel de la formation à partir de 12/20.

Les visites de sites transfusionnels de Kaboul.

Le Dr TIMOURI m'a accueilli et présenté chaleureusement sur tous les sites visités. Merci pour cette aide précieuse.

L'impression de propreté des sols et matériels est à noter sur l'ensemble des sites visités. Un agent de ménage est présent sur chaque site. Il nettoie trois fois par jour le sol et les récipients pour petit matériel réutilisé. Le **problème majeur** est que tout est lavé à l'eau simple, sans addition d'un quelconque désinfectant ;

Un dérivé chloré est à préconiser sans attendre (ex : le déthole).

Tous les sites disposent de réfrigérateurs correctement rangés : sang et réactifs (tests sérologiques, antisérums) clairement séparés. Un bémol toutefois dans le rangement du réfrigérateur à la banque de sang de Khair Khana (cf plus loin).

A noter aussi la présence partout de kits de prélèvement certifiés et d'un entretien pré don standardisé de 20 questions sur le passé médical. Un registre donneurs est tenu par tous.

Sont également en place de façon procédurée, dans tous les sites visités, les tests virologiques HIV, HCV, Ag HbS et syphilis (VDRL). Les techniciens présents sur les sites visités signalent que la CBB réapprovisionne sur demande.

Enfin, les antisérums anti A, B, AB et D sont uniformément présents.

Le système de distribution est identique quel que soit le site : la famille du malade se présente à la banque du sang la plus proche avec une ordonnance de transfusion signée d'un prescripteur. Celle-ci se présente sous deux coupons similaires séparables dont l'un reste à la banque de sang et l'autre, dûment complété, accompagne le produit en retour, attendu du médecin. Un registre malades est parallèlement rempli par le personnel de la banque de sang qui y relève l'identité et le groupe sanguin de chaque malade transfusé.

Pour toute poche non distribuée à 6 jours, le transfert sur la CBB est effectué (chaîne du froid ?) pour extraction du plasma. D'après les agents des différents sites, les poches restent rarement aussi longtemps en stock, d'où une préparation à la CBB très réduite. Le jour où la séparation systématique des constituants sanguins sera introduite dans le pays, ce service prendra tout son sens.

Hôpital Ali Abad / Maternité Malaläi.

Tout se déroule dans la même pièce de travail, où le technicien présent paraît au fait des techniques de routine. Ma venue ne provoque aucune appréhension, on ressent le professionnalisme du personnel.

Le don est séparé des analyses par un paravent. La place qui lui est réservée est assez exiguë.

Les prélèvements sont stockés à +4°C. Certains sont déjà pré distribués ; le coupon malade est déjà associé à la poche.

Les échantillons des malades arrivent en seringues. Ils sont classés selon leur provenance (médecine interne ou chirurgie pour Ali Abad, gynécologie – obstétrique pour Malalaï). Ceux suivis d'une transfusion sont séparés de ceux qui sont amenés pour un simple groupage sanguin (futurs conducteurs, femmes enceintes).

Les hématies-test du Simonin sont apparemment préparées régulièrement et peut-être utilisées. Je n'ai pas pu le constater, l'activité étant minime pendant ma visite.

Les 4 tests sérologiques sont disponibles.

Pas de travers notoire à signaler. La salle de garde est bien séparée.

Ce site bénéficie indubitablement de la présence d'un médecin directeur ayant 30 ans d'expérience en transfusion. Ses grands regrets restent le manque de donneurs, si possible bénévoles, et la détérioration des connaissances transfusionnelles chez les médecins hospitaliers locaux.

Espérons que la conférence du Dr NASR sur les indications et complications de la transfusion portera ses fruits.

Central Blood Bank.

La visite me fut esquissée en 20 minutes et en anglais par le Dr HEKMAT.

Inutile de préciser que c'est un laps de temps relativement limité pour évaluer un bâtiment de 5 étages. Était-ce volontaire ?

A l'arrivée du 1^{er} étage se trouve un guichet d'accueil des quidams ne venant que pour un groupage. Une salle de prélèvement est à côté. Le tube collecté et correctement identifié (je m'en suis assuré !) monte ensuite au 3^{ème} pour l'analyse.

Les prélèvements (DON DU SANG), préparation, sérologie (sauf syphilis) et immunohématologie se font au 3^{ème}. La syphilis et la distribution sont au 2^{ème}.

Le prélèvement débute par un entretien médical, clairement séparé du lieu de don, ce qui permet de recevoir plusieurs donneurs simultanément. Une carte de donneur est établie.

La collecte est constituée de deux salles jumelles comportant chacune deux fauteuils. Le donneur passe son bras à travers une paroi vitrée derrière laquelle se tient le préleveur. C'est le seul site où le donneur dispose du choix du bras.

La préparation se scinde entre trois centrifugeurs LR22 Jouan offertes par la France et un surgélateur à plasmas. Ces appareils ne semblent pas rentabilisés en ces lieux au vu de l'activité du secteur. La séparation du plasma se fait à la presse manuelle.

La sérologie est apparemment pratiquée en techniques ELISA ou voisines. Je n'ai pas eu plus de renseignements.

Un petit laboratoire d'hématologie subsiste. Je n'ai aucune idée de son activité.

L'immunohématologie est un poème : les patients (?) viennent directement au laboratoire où ils sont piqués au bout du doigt. Les gouttes perlant directement sur plaque d'opaline, les antisérums y sont mélangés et le Beth-Vincent est instantanément effectué. Pas de Simonin réalisable puisque pas de sérum !

Tous les prélèvements doivent s'effectuer en tubes,
clairement identifiés,
pour tout groupage sanguin.

Au second, on trouve une salle de réactifs (chambre froide ?) où l'entrée est impossible (scellés). Pourquoi ? Pas de réponse.

La banque de sang est composée de trois enceintes réfrigérées dont la température est régulièrement contrôlée. Elle est accolée à la salle des cross match. Toute poche transfusée est donc théoriquement cross matchée en milieu albumineux. Je n'ai pas assisté à une distribution.

Le 5^{ème} étage regroupe tout l'administratif et les lieux communs du personnel.
Il faut noter à la CBB le surnombre de personnel par rapport à l'activité réelle ; nombre de gens errent dans les couloirs. Ceux qui techniquent sont à l'aise dans leur travail.

Hôpital Rabia Balkhi.

Tout est réuni dans la même salle de travail.
La salle de garde est séparée avec son coin repas distinct.

La poubelle pour les déchets de prélèvement se situe sous la paillasse des analyses. Il faut la ramener près du lit du donneur.

A noter la rupture de stock de test HIV au moment de ma visite.

Les techniciens doivent commander à temps leurs réactifs à la CBB,
qui devra les réapprovisionner dans les plus brefs délais.

Tout le reste semble conforme au bon fonctionnement sur ce site.
Les techniciens savent parfaitement comment est organisé leur site et où se situent tous les réactifs et consommables.

Hôpital Ibn Sinna Emergency.

Le dédale nécessaire pour accéder à la banque de sang ne facilite en aucun cas l'accès facile du donneur. Elle est au fond d'une arrière-cour.

Le don et le réfrigérateur banque sont dans une pièce.
Les analyses se font dans la pièce voisine qui sert également de salle de garde, faute de place.
Dès que possible, il faudra séparer ces deux éléments.

Une scène intéressante s'est déroulée devant moi : un homme est venu se faire grouper avec son échantillon à la main – seul le Beth-Vincent est effectué !!

Le Dr AZIZI et Karim lui ont alors expliqué que donner son sang était sans danger au vu de la quantité prélevée (450ml sur 5l. de sang au total). Il est alors parti chercher sa sœur qui, selon lui, serait d'accord pour donner une poche.

Il faut une bonne politique de promotion du don,
explicative et adaptée.

Le personnel de ce site semble démuné face au manque de place et de moyens présents. Toutefois, ils effectuent leur métier de façon consciencieuse et volontaire.

Hôpital Khair Khana.

La banque de sang de cet hôpital assez excentré, aux bâtiments neufs récemment construits sur financement UNFPA/gouvernement italien, est provisoirement soutenue par le Comité International de la Croix Rouge (CICR).

La banque est bien sûr rutilante comme le reste.

Le don et le stock de sang (frigo ok) sont dans une salle. C'est le CICR qui leur fournit les entretiens pré dons mais les questions sont identiques aux autres sites.

Les analyses se déroulent dans une salle contiguë, où l'on trouve un réfrigérateur pour les réactifs.

C'est le seul site où des denrées alimentaires étaient mélangées aux réactifs, apparemment les légumes d'un technicien.

Le mélange aliments/réactifs et/ou sang doit être proscrit.

Par ailleurs, le réactif pour le test de la syphilis est en rupture de stock. Même remarque sur les réactifs qu'à Rabia Balkhi.

Pour acheminer les poches à 6 jours sur la CBB, ce site éloigné disposerait d'une glacière mais elle aurait été à la CBB lors de mon passage.

Sur Kaboul, l'air étant sec et poussiéreux,

Des contenants adaptés doivent être disponibles !

Il en est de même pour Malalaï qui est desservie par Ali Abad :

tout produit sanguin acheminé doit l'être en glacière validée, et accompagné d'un personnel soignant.

Khair Knana demeure le site le plus moderne visité. Tous les modes opératoires schématisés par le CICR sont affichés aux murs.

Malgré tout, l'on sent le personnel imprégné de ses gestes habituels et manquant de formation pratique méthodique. Je déplore donc le manque de techniciens de ce site à notre session de formation, complémentaire de celles du CICR.

Conclusion.

J'ai rencontré lors de cette mission énormément de gens volontaires et demandeurs, ce qui est très encourageant dans un pays en reconstruction.

J'ai côtoyé des techniciens assez divers. Leur évaluation résulte de leur assiduité, de leur rapidité d'exécution, de leur capacité d'adaptation et de leur logique (cf. annexe 1).

En comparaison avec le rapport du Dr NASR de juin 2003, les sites visités sont de mieux en mieux tenus et quasi conformes aux règles de sécurité de base ; l'hygiène demeure inadéquate faute de désinfectant ajouté à l'eau courante.

Tout s'est déroulé dans de bonnes conditions de pratique, ce qui était le but principal de cette formation.

Il reste à souhaiter que tous les enseignements apportés sauront être mis en œuvre de façon officielle afin de sécuriser au maximum le système transfusionnel sur Kaboul.

Souhaitant que cela soit aussi enrichissant pour tous lors des missions à venir, je termine celle-ci plein d'espoir et de bonne volonté pour un pays qui en a cruellement besoin.

Un grand merci à tous les organisateurs qui nous ont facilité la tâche.

Un merci spécial à MM. Karim et Wardaq, mes traducteurs et guides dans la ville, sans qui je n'aurais sans doute jamais atteint les objectifs fixés.

Rapport de mission validé le 27 juin 2004
par l'Ambassade de France à Kaboul
- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'D. Masson', written over a horizontal line.

ANNEXE 1 : LISTE DES PARTICIPANTS ET NOTE OBTENUE /20.

CBB

Ajmal	14
Aziz rahman	9
Belquis	14
Eliasuddin	13
Fareba	17
Farhad M.	13
Farid	15
Fatema	15
Ghulam sakhi	15
Leila	8
Mehdi	16
M. Akbar	13
M. Azim	12
M. Nasser	14
M. Shakir	13
M. Zia	12
Momina	17
Mumtaz	12
Najibullah	13
Raheelajan	15
Shah M.	14
Sheerin Aqa	12
Zinatullah	10

IBN SINNA

M. Hussein	12
M. Wasseem	12

MALALAI

Saboor	10
Nazatullah	15

RABIA BALKHI

Huma	12
Shannaz	15