

# INFECTION À VIH DE L'ENFANT en AFRIQUE



**Joëlle NICOLAS**

**Service de Pédiatrie III**

**Hôpital Arnaud de Villeneuve**

**MONTPELLIER**

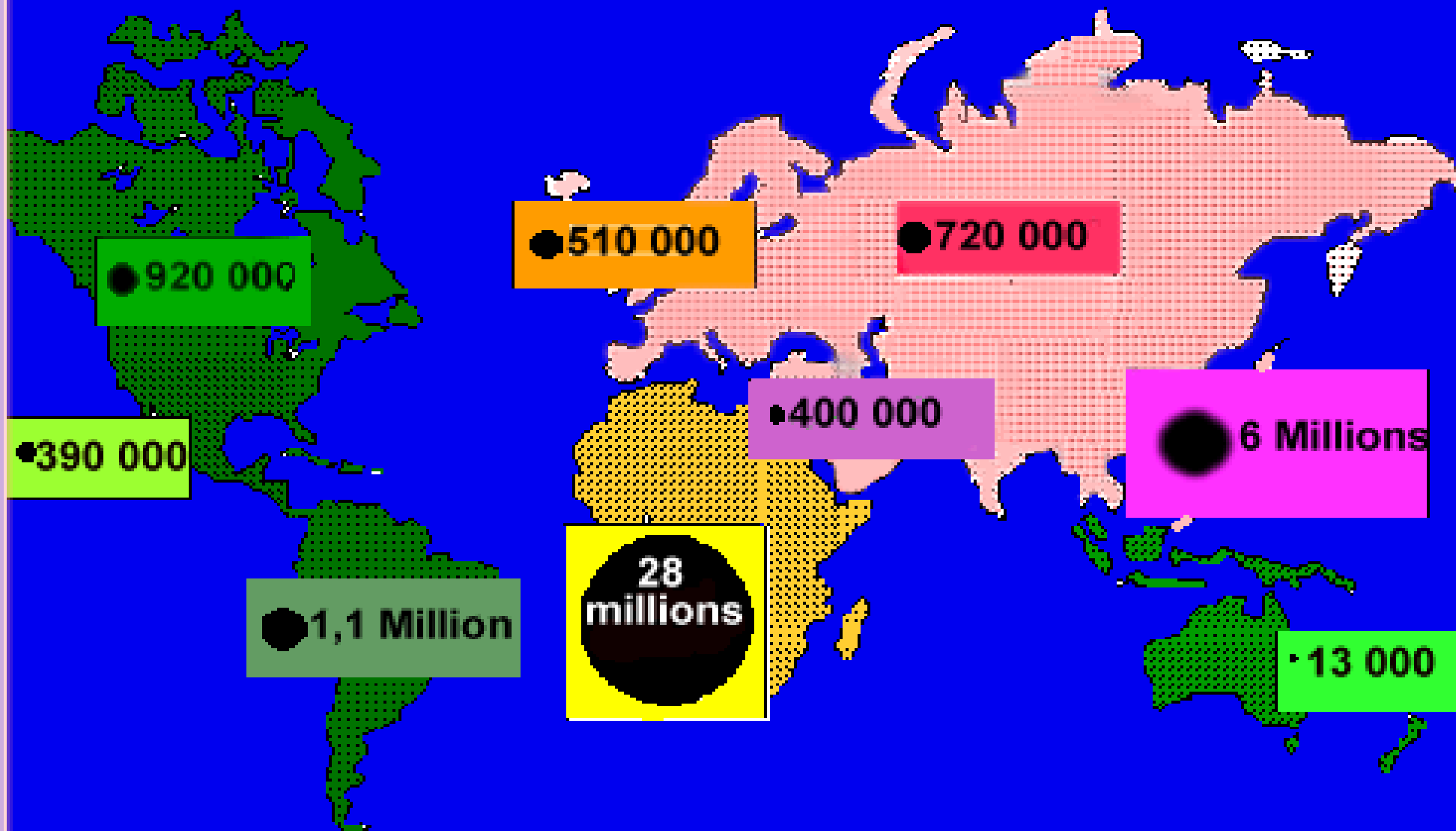
# **EPIDÉMIOLOGIE**

## **Données OMS/ONUSIDA**

### **Fin 2001, dans le monde :**

- **Plus de 20 000 000 de femmes infectées**
- **4,7 millions de décès par SIDA pédiatrique, depuis le début de l'épidémie**
- **500 000 décès d'enfants par SIDA en 2001**
- **1,7 millions enfants infectés vivants**
- **80-90 % en Afrique subsaharienne**
- **10 à 15 000 000 d'orphelins du SIDA**

## L'ÉPIDÉMIE PAR RÉGIONS FIN 2000



# MODES DE TRANSMISSION

- **Mère séropositive VIH 64,3 %**
- **Antécédent de transfusion 16,2 %**
- **Antécédent d 'effraction cutanée 11%**
- **Aucun facteur de risque 8,5 %**

***J.NICOLAS, 1988, Hôpital  
A.SICE, CONGO***

# TRANSMISSION MÈRE-ENFANT

- **Modes de transmission multiples**
  - » **Passage transplacentaire**
  - » **Microtransfusions materno-fœtales**
  - » **Infection par voie ascendante**
  - » **Ingestion de glaire cervicale par le nouveau-né**
  - » **Ingestion de lait maternel**

# TRANSMISSION MÈRE-ENFANT

- **Transmission verticale du VIH1 : 25 à 48 %**
- **Transmission du VIH2 : 2-4 %**
- **Le VIH1 peut se transmettre au cours de :**
  - **la grossesse : 20-30 %**
  - **l'accouchement : 70-75 %**
  - **l'allaitement : 3-12 %**

# Facteurs influençant la transmission mère-enfant

- **Facteurs maternels**
  - Stade avancé de la maladie chez la mère
    - » Taux bas de CD4 < 200 %
    - » Charge virale élevée > 10 000
  - Malnutrition, carence en Vit A
  - Fièvre

## **Facteurs influençant la transmission mère-enfant (2)**

- **Facteurs obstétricaux**
  - **Infection cervico-vaginale**
  - **Autre MST**
  - **Liquide amniotique sanglant**
  - **Prématurité**
  - **Rupture prématurée des membranes**



# Transmission par l'allaitement

- **Prouvée par plusieurs études concordantes**
  - Risque estimé à 3,2 % enfants /années allaitement

*F. DABIS et al. Lancet 1998*

- Augmente le risque de TME de 10 à 15 %
- **Facteurs favorisants**
  - Durée > 6 mois
  - Allaitement mixte
  - Lésions des muqueuses et plaies des seins
  - Déficit en Vit A, sélénium
  - Statut virologique et immunologique de la mère

# Transmission par l'allaitement

- **Conduite à tenir**
  - Pas d'interdiction de l'allaitement maternel dans les régions à haut risque de mortalité par diarrhée
  - Modification de l'allaitement : exclusif et plus court
  - Traitement antiviral de la mère allaitante ?

# PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT

- **Pays industrialisés**
  - **Traitement antiviral selon ACTG 076 + césarienne programmée < 39 sem.**
  - **Ou multithérapies chez la femme enceinte**
  - **= taux de TME < 1 %**
  - **Mais anomalies mitochondriales avec troubles neurologiques inquiétantes chez certains bébés**

# PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT

- **Pays à faible revenus**
  - **Plusieurs essais de traitements courts par ZDV chez la mère et le bébé ( Thaïlande, Côte d 'Ivoire, Burkina-Faso)**
    - » Réduction du risque :- 38 à 51 %
    - » Pas d 'effet si CD4 < 500/mm<sup>3</sup>
  - **Essai HIVnet : ZDV vs Névirapine monodose: 22,1% vs 13,6% à 4 mois**
    - » **Bénéfice durable à 12 mois**

# **TRAITEMENT PAR ZDV en cure courte**

- **Protocole**

**ZDV 300 mg 2 fois /j. de 36SA au début du travail**

**300 mg toutes les 3heures pendant l'accouchement**

**Conseil allaitement du nourrisson**

# TRAITEMENT PAR ZDV en cure courte

- **Critères de sélection**
  - **Séropositivité confirmée par un test serologique**
  - **Situations vis à vis du VIH acceptée**
  - **Intervention thérapeutique comprise et consentement donné**
  - **Pas de traitement concomittant par antiviraux**
  - **Hb > 8g/dl**
- **Nécessité d'un suivi médical et counselling**  
**+++**

# Évolution de la maladie chez l'enfant

- **Formes précoces avant 6 mois : 5 %**
  - » Complications pulmonaires: CMV, pneumocystose
  - » Décès avant l'âge de 1 an
- **Forme grave** →
  - » Révélation après 6 mois →
  - » Troubles de la croissance      marasme sévère
  - » Déficit immunitaire profond      infections multiples et graves
  - » Candidoses, diarrhée, staphylococcies, tuberculose , etc...
  - » Anémie, thrombopénie, troubles neurologiques
- **50 % de décès avant deux ans**

# Évolution de la maladie chez l'enfant

- **Forme prolongée**      **8-9 ans**
  - Adénopathie, hépatosplénomégalie
  - Déficit immunitaire modéré
  - Parotidose, pneumopathie interstitielle lymphoïde
  - Association avec tuberculose +++



# Diagnostic clinique

## Score OMS (Bangui 1985)

- **Critère d'exclusion**

- Malnutrition sévère
- Cancer
- Traitement immunosuppresseur
- Autre étiologie retrouvée

- **Critères d'inclusion**

- **Signes majeurs**

- 4 - Amaigrissement important et persistant malgré programme nutritionnel adapté
- 3 - diarrhée chronique > 1 mois
- 3 - fièvre prolongée ou répétée > 1 mois

- **Signes mineurs**

- 2 - adénopathie généralisées
- 2 - candidose buccopharyngée
- 2 - toux ou pneumopathie > 1 mois
- 2 - dermatose généralisée prurigineuse
- 2 - SIDA chez la mère

# Diagnostic clinique

## Score OMS (Bangui 1985)

**Score > 12**

**ou association de 2 signes majeurs et > 2 signes mineurs**

**≡ infection à VIH**

# Diagnostic clinique

- **Outre le score OMS, penser au VIH si :**
  - Tuberculose multifocale ou à rechutes malgré traitement
  - Marasme résistant au traitement nutritionnel
  - Insuffisance respiratoire progressive avec image micronodulaires (PIL)
  - Syndrome post-rougeole grave et prolongé malgré renutrition
  - Varicelle grave, zona à répétition
  - Troubles neurologiques : paralysie faciale +++, encéphalopathie, hémiplégie
  - Antécédents de transfusion
  - Décès non étiquetés dans l'entourage proche ( parents, fratrie)

# Tuberculose et VIH

- La maladie opportuniste la plus fréquente
- De diagnostic difficile ( IDR -)
- Accessible au traitement
- Mais formes généralisées
- Et rechutes à l'arrêt



# Diagnostic et suivi biologique

- **Sérologie Elisa et Western Blot**
  - » Si positive : non discriminante avant 18 mois car présence d'anticorps maternels
  - » Intérêt des tests rapides pour le dépistage des donneurs de sang
- **Valeur de l'antigénémie positive**
- **Phénotypage lymphocytaire**
  - » indispensables à la mise en route et au suivi d'un traitement antiviral
  - » Technique simplifiée ( Dynabeads)
- **Charge virale ARN VIH**
  - » non disponible en routine

# Prise en charge intégrée

- **Surveillance et prise en charge nutritionnelle**  
des nouveau-nés à risque et des enfants infectés
- **Dépistage des premiers symptômes**
  - Mise précoce sous cotrimoxazole : 2/10mg/kg/j
  - Prophylaxie antipaludique
  - Vit. A : 50 000 UI à 1 et 3 mois, 100 000UI À 6 et 9 mois, 200 000 UI à 12 et 15 mois
  - Traitement des candidoses par bicarbonate, nystatine, ampho B p.o., et des infections secondaires (ABT)
  - Prévention et traitement de la tuberculose si infection dépistée dans l'entourage ou chez l'enfant

# Prise en charge intégrée

- **Vaccinations PEV.**
  - **Maintien du BCG et vaccin antirougeoleux**
  - **Si possible vaccin antipneumococcique**
- **Accompagnement psychosocial des parents et des enfants +++**
  - **Problème de l'information et dépistage volontaire de la famille ( mère, père, enfant lui-même, autres enfants. )**
- **Prise en charge médicale et nutritionnelle de la mère**
- **- et du père, s'il le désire.**

# Autres mesures de prévention

- **Prévention des contaminations par transfusions**
  - Réduire les indications de transfusion
  - Prévenir les anémies graves
  - Installation de banques de sang et dépistage systématique des donneurs
- **Prévention des contaminations par effractions**
  - Augmenter l'asepsie des pratiques soignantes
  - Sensibiliser sur les dangers des scarifications et certaines pratiques traditionnelles
  - Traitement préventif des piqûres accidentelles ?



# Problèmes urgents ...

- **Dépistage des femmes enceintes séropositives**
  - Quel accompagnement ? Quelle information ?
  - Comment préserver la confidentialité ?
  - Comment éviter l'exclusion ?
  - Quelle information au sujet de l'allaitement ?
- **Traitements antiviraux :**
  - Comment les mettre à disposition des plus vulnérables ?
  - Comment les utiliser de façon optimale ?
  - Comment garantir une observance régulière et prolongée pour éviter l'apparition des résistances ?

# Critères de mise sous ARV

- **Pour les nourrissons et les jeunes enfants**
  - Stade B ou C et/ou  $CD4 > 15\%$
  - Stade A ou N et  $CD4 > 20\%$  si  $CV > 100\ 000\ cp$
- **Pour les grands enfants et adultes**
  - Stade B ou C et /OU  $CD4 > 200/mm^3$
  - Stade A ou N et  $CD4 < 350/mm^3$  si  $CV > 100\ 000\ cp$
- **Mais**
  - » Cv non disponible en routine
  - » Risque d'IO si  $CD4 < 20\%$  ou  $350/mm^3$
  - → **Elargissement des indications**

# CONCLUSION

## Espoirs pour les PVD

- **Développement de la prévention mère/enfant**
  - par traitement par névirapine monodose
- **Avancées thérapeutiques**
  - Création du fonds de solidarité international
  - Fabrication de génériques et diminution des prix des antiviraux par les firmes pharmaceutiques
- **Développement de programmes nationaux, associatifs et coopératifs**
  - de recherche (ANRS - projet Enfant de Yopougon)
  - et prise en charge (Programmes familles de l'UNICEF/ONUSIDA)
- **A quand le vaccin pour l'Afrique ???**



D'après une toile de Korogho  
" Le Docteur pour les enfants "