

Zona chez une femme Centrafricaine enceinte : cas clinique

Observation

Une jeune femme de 22 ans, Centrafricaine, célibataire, sans enfant, habitant en brousse à 20 km environ de la capitale, consulte au CHU de Bangui pour une éruption vésiculeuse de l'hémithorax droit en bande. Cette éruption a été précédée d'un prurit intense et a été l'objet d'applications de préparations médicinales à base de plantes sur la zone douloureuse. L'état général est bon et l'examen clinique, en dehors de cette éruption, est normal.

La jeune femme signale une aménorrhée d'environ 6 semaines. L'examen gynécologique est normal.

Examens paracliniques

- Test de grossesse positif
- Echographie obstétricale : vésicule ombilicale de 5 mm de diamètre avec petit écho embryonnaire dense de 3 mm (grossesse intra-utérine à la fin de la 5^{ème} semaine d'aménorrhée)
- Anticorps anti-VIH : 550/mm³

Questions :

- 1- Quel est votre diagnostic ?
- 2- Quel(s) examen(s) complémentaire(s) vous semblent indispensables ?
- 3- Quelle est la conduite à tenir pendant la grossesse et l'accouchement pour la mère, en post-partum pour la mère et son nourrisson ?

Discussion

1- Le diagnostic est évident : il s'agit d'un zona chez une femme enceinte primipare. Le zona est un indicateur précoce de l'infection à VIH/Sida en Afrique subsaharienne. Le zona apparaît dès qu'existe une baisse de l'immunité. La sérologie VIH est ici positive. Le zona a donc révélé une infection à VIH/Sida méconnue.

2- Seul le taux des CD4 est indispensable. Comme il est ici supérieur à 350/mm³, un traitement par les antirétroviraux (TARV) à vie ne sera pas débuté. En effet, selon les recommandations de 2009 de l'OMS, il est conseillé de commencer le TARV à vie chez toutes les femmes enceintes présentant une maladie sévère ou à un stade avancé sur le plan clinique, et chez celles ayant un nombre de CD4 égal ou inférieur à 350/mm³ quels que soient leurs symptômes.

3- L'objectif essentiel est **la prévention de la transmission mère-enfant (PTME)**. Pour cela, cette femme doit recevoir des ARV comme prévention (donc pendant une période limitée) pour prévenir la transmission à son enfant.

Les recommandations de 2009 de l'OMS proposent deux options, chacune devant commencer de façon précoce pendant la grossesse, à 14 semaines de grossesse, ou dès que possible par la suite :

- AZT tous les jours pour la mère et prophylaxie pour le nourrisson pendant six semaines après la naissance. Si l'enfant est nourri au sein, la prévention pour le nourrisson doit être continuée jusqu'à la fin de l'allaitement maternel,

- (ou) un schéma de trois médicaments ARV pour la mère à prendre pendant la grossesse et pendant toute la durée de l'allaitement, ainsi qu'une prévention pour l'enfant pendant six semaines après la naissance.

La transmission mère-enfant (TME) représente 90% de la transmission du VIH chez l'enfant. En l'absence de prévention, 30 à 40% des enfants sont infectés dont 10% pendant les dernières semaines de la grossesse, 15% pendant le travail et 10% pendant l'allaitement. Les recommandations de l'OMS 2009 doivent réduire le risque à moins de 5%

L'allaitement artificiel étant difficile à mettre en œuvre dans les pays d'hygiène précaire, l'allaitement maternel est toujours recommandé, mais limité à 6 mois.

La prévention par les ARV pendant l'allaitement repose selon les recommandations de 2009 de l'OMS sur 2 options résumées dans le tableau I :

- si la femme a reçu de l'AZT pendant la grossesse, il est recommandé de donner de la névirapine tous les jours à son enfant depuis la naissance jusqu'à la fin de l'allaitement,

- (ou) si la femme a reçu un schéma associant trois médicaments ARV pendant la grossesse, il est recommandé de lui donner jusqu'à la fin de l'allaitement une prévention par un schéma associant trois médicaments.

Tableau I - Prévention de la TME chez les femmes qui n'ont pas besoin d'ARV pour leur propre santé

| Option 1 : Prévention par AZT chez la mère | Option 2 : Traitement par 3 ARV chez la mère |
|---|--|
| Mère | Mère |
| Pendant la grossesse débuté dès la 14 ^{ème} semaine de grossesse, Névirapine (NVP) au début du travail* + AZT+3TC pendant le travail et la délivrance* +ZT+3TC pendant les 7 premiers jours du post-partum* * NVP et AZT+3TC peuvent être « omis » si la mère reçoit depuis plus de 4 semaines de l'AZT | 3 ARV dès la 14 ^{ème} semaine de grossesse jusqu'à une semaine après la fin de l'allaitement (en pratique 6 mois) - AZT+3TC+LPV/r - AZT+3TC+ABC - AZT+3TC+EFV - TDF+XTC+EFV |
| Enfant | Enfant |
| Si allaitement maternel : - NVP tous les jours, de la naissance jusqu'à une semaine après la fin de l'allaitement (en pratique 6 mois) Pas d'allaitement maternel : - AZT ou NVP pendant 6 semaines | Si allaitement maternel - NVP tous les jours, de la naissance à six semaines Pas d'allaitement maternel - AZT ou NVP pendant 6 semaines |

AZT : zidovudine (INTI), NVP : névirapine (INNTI), 3 TC : lamivudine (INTI), LPV/r : lopinavir/ritonavir (inhibiteur de protéase), ABC : abacavir (INTI), EFV : efavirenz (INNTI), TDF :tenofovir, (INNTI) XTC : emtricitabine (INNTI).

Il est maintenant recommandé de recourir à 3 médicaments, dont l'un doit être un INNTI ou un inhibiteur de protéase. Il y a une augmentation de fréquence des malformations chez les nouveaux-nés de mères VIH positif pendant la grossesse. Aucun ARV n'a pu être particulièrement incriminé, sauf l'efavirenz (EFV) qui est contre-indiqué (tératogène).

Dans le cas présenté, la PTME impose une prise en charge obstétricale de la future mère, un conseil en alimentation pour le nouveau-né et un suivi médical de la mère et de l'enfant.

3.1. La prise en charge obstétricale va comporter :

- la prise de médicaments, hors ARV, pendant la grossesse :
- une chimioprophylaxie du paludisme pendant toute la grossesse,
- la prescription de vitamines (en particulier de vitamine A),
- le traitement de toute infection sexuellement transmissible,
- un accouchement à terme par voie basse, avec désinfection vaginale à la chlorexidine en cas de rupture prématurée des membranes,
- les médicaments antirétroviraux pour la prévention de la TME chez la mère et chez l'enfant, suivant le tableau I.
- les soins au nourrisson comportent dès la naissance des précautions en salle de travail : aspiration non traumatique, nettoyage soigneux de la peau avant toute injection.

3.2. Le conseil en alimentation pour le nouveau-né : l'alimentation du nouveau-né repose sur l'allaitement maternel qui sera limité à 6 mois, ce qui correspond à la durée de la prévention par la NVP chez l'enfant (option 1) ou au traitement par 3 ARV chez la mère (option 2).

3.3. Le suivi de la mère et de l'enfant va comporter :

- le suivi de la mère :

Il est basé sur la clinique et le comptage des CD4 à dates régulières. Dès que le taux des CD4 est égal ou inférieur à 350/mm³, la mise sous TARV à vie est décidée (actuellement le taux recommandé par l'OMS est de 500/mm³)

- le suivi de l'enfant :

L'enfant est mis sous cotrimoxazole (Bactrim®) dès le premier mois pour la prévention des infections opportunistes en particulier de la pneumocystose jusqu'à la preuve de sa non contamination.

Le programme élargi de vaccinations est maintenu

Un apport en vitamine A est assuré.

La sérologie VIH ne permet d'affirmer l'infection du nourrisson qu'à partir de l'âge de 18 mois. Seule, la PCR permet d'identifier 1/3 des enfants infectés dès la naissance correspondant aux contaminations in utero, les 2/3 restants étant identifiés secondairement jusqu'au 3^{ème} mois. Mais, l'accès à la PCR reste encore limité

dans les PED. Si la PCR ne peut être effectuée (femme venant d'une zone rurale, coût élevé de l'examen), l'enfant sera présenté à la visite médicale tous les mois jusqu'à six mois, tous les trois mois de 6 à 18 mois. La surveillance des indices anthropométriques (courbe poids/âge) sera effectuée. Une sérologie VIH sera faite à 12 mois, et si l'enfant a une sérologie positive, il sera testé de nouveau à l'âge de 18 mois.

4. Un soutien psychosocial est indispensable chez cette future mère célibataire.

5. Il est rappelé à cette jeune femme la nécessité de la prévention des infections sexuellement transmissibles.

Références

- OMS. Nouvelles recommandations de l'OMS : prévenir la transmission mère-enfant. Novembre 2009.

<http://www.who.int/hiv>

- OMS. Nouvelles recommandations de l'OMS : traitement antirétroviral de l'adulte et de l'adolescent. Novembre 2009

<http://www.who.int/hiv>



Zona chez un sujet VIH positif

Professeur Pierre Aubry
Texte revu le 20/12/2013.