

MEDECINE TROPICALE

Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien

Zona chez une femme Centrafricaine enceinte : cas clinique

www.medecinetropicale.com

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 six 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).
- Taux de CD4 : 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- Cette observation est ancienne. Voilà ce qui était écrit en 2013 : « 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 était 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 ». Ces recommandations ne sont plus valables : en 2015, l'OMS a recommandé d'associer trois médicaments antirétroviraux, dès le diagnostic d'infection à VIH posé, que l'infection soit symptomatique ou non, et quel que soit le taux de CD4+.

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 proposaient 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 deux 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* +AZT+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).

D'après les recommandations OMS de 2009, c'est l'option par la trithérapie qui a été adoptée, l'un des trois ARV étant un INNTI ou in inhibiteur de protéase chez la mère, l'efavirenz (EFV) étant contre-indiqué du fait de son rôle tératogène.

En 2018, 82 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont eu accès à un TARV pour prévenir la transmission du VIH à leurs bébés. Une diminution importante de la TME a été observée grâce à l'amélioration du dépistage de type « opt-out » (dépistage systématique de toutes les femmes enceintes avec la possibilité de refus), l'utilisation des ARV chez les femmes enceintes, la diffusion large de l'allaitement sécurisé par les ARV, l'amélioration de l'accès des enfants infectés au diagnostic précoce et aux ARV.

Malgré un diagnostic précoce et un suivi régulier effectués dans le cadre des essais périnataux, le pronostic des enfants infectés par le VIH reste cependant mauvais. Un traitement institué très précocement dans les 48 heures suivant la naissance pourrait être source de rémissions

prolongées. Mais, les risques des ARV sont plus marqués chez l'enfant que chez l'adulte : retard de croissance, retard de la puberté, développement cognitif et physique moins important.

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,
- 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.

Le dépistage sérologique n'est pas suffisant chez les nourrissons et un dépistage virologique doit être effectué à l'âge de 6 semaines, voire à la naissance, pour déceler la présence du VIH chez les nourrissons nés de mères séropositives.

En effet, la sérologie VIH ne permet d'affirmer l'infection du nourrisson qu'à partir de l'âge de 18 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>

- OMS. Note d'information. Nouveaux outils utilisables sur le lieu des soins pour le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez le nourrisson. Juillet 2017.
- Palick R, Katlama C, Ghosn J. Prise en charge de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. EMC-Maladies infectieuses 2018 ; 15(3) : 1-14 [Article 8-050-B-12]
- Cot F, Cazein F, Lydié N. Epidémiologie, transmission et prévention de l'infection à VIH. EMC-Maladies infectieuses 2018 ; 15(3) : 1-15 [Article 8-050-B--20]
- OMS. VIH/Sida Principaux faits. 4 septembre 2019.
- Calin R, Katalma C. Manifestations cliniques au cours de l'infection par le VIH. EMC- Maladies infectieuses 2019 ; 16 (3) : 1-17 [Article 8-050-B-10].



Zona chez un sujet VIH positif.

Professeur Pierre Aubry, Docteur Bernard-Alex Gaüzère. Texte revu le 28/02/2020.