

# INFECTION A VIH

L'épidémie mondiale d'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) a débuté au début des années 80. En 2006, on comptait 39,5 millions de personnes infectées par le virus du sida dans le monde (dont 17,7 millions de femmes). 63 % d'entre elles vivent en Afrique subsaharienne qui ne représente pourtant que 10 % de la population mondiale. Aucun pays n'est actuellement indemne, même si certaines statistiques ne sont pas accessibles dans tous les pays.

L'infection à VIH bénéficie aujourd'hui, dans les pays industrialisés, de soins et médicaments qui ont permis d'améliorer la durée et la qualité de vie des personnes touchées par le VIH/sida, à l'inverse de ce qui continue de se dérouler dans les pays en développement.

## Situation épidémiologique mondiale actuelle

### 1. Dans les pays industrialisés

Si aux USA, en Australie et en Europe du Nord la situation s'est relativement stabilisée, en Europe centrale et orientale, le VIH se propage aujourd'hui très rapidement. Dans cette dernière, la diffusion se produit principalement via l'utilisation de matériel non stérile d'injection par les usagers de drogues.

### 2. En Afrique

En Afrique, la fréquence varie selon les pays. Les zones les plus concernées sont, selon les données de l'OMS et par ordre décroissant, l'Afrique australe la plus touchée, l'Afrique centrale et de l'Est, enfin l'Afrique de l'Ouest. La transmission hétérosexuelle y demeure le principal mode de contamination, mais il existe des cas de transmission pouvant être dus à des transfusions ou autres actes de soins. Les femmes sont fortement concernées.

### 3. En Asie du Sud et du Sud-est

La propagation s'est faite de façon rapide. Près d'un tiers des adultes infectés sont des femmes et cette proportion risque d'augmenter.

### 4. En Amérique latine

L'épidémie touche de plus en plus de femmes (31 % des personnes infectées) et d'adolescents. Cette proportion est amenée à augmenter. Le Brésil et le Mexique totalisent à eux deux 70 % des cas d'infection en Amérique Latine.

### 5. Aux Caraïbes

Les Caraïbes se situent parmi les régions les plus touchées du monde après l'Afrique. Près de trois quart des personnes touchées par le VIH dans les Caraïbes vivent en République Dominicaine et Haïti. La transmission hétérosexuelle prédomine et 50 % des adultes porteurs sont des femmes.

### 6. Situation mondiale des enfants de moins de 15 ans (données OMS)

- 2,3 millions d'enfants de moins de 15 ans vivent avec le VIH/sida en 2006.
- Il y eu 530 000 nouvelles infections en 2006.

A cet âge de la vie, le mode de transmission le plus fréquent est la transmission dite verticale, c'est-à-dire une transmission pendant la grossesse ou pendant l'accouchement, à partir d'une mère porteuse du virus. Cette transmission verticale peut être très largement diminuée par

des médicaments antirétroviraux, malheureusement encore peu disponibles et trop peu utilisés dans la majorité des pays en développement.

## Le virus

Le VIH a été découvert en 1983. Il appartient à la famille des rétrovirus. On distingue le VIH de type 1 dont la répartition est mondiale et le VIH2 plus spécifique de l'Afrique de l'Ouest. Le VIH a une grande variabilité génétique dont témoigne l'existence de plusieurs sous-groupes diversement répartis dans le monde.

La réplication constante du VIH est considérée comme responsable de la disparition progressive des lymphocytes T CD4+, utiles dans la défense immunitaire. Le déficit immunitaire, qui peut apparaître après plusieurs années, favorise l'émergence d'infections opportunistes et de complications multiples qui peuvent toucher tous les organes et qui définissent le sida.

## Manifestations cliniques

### • Dans la première année de vie

Certains signes cliniques de l'infection à VIH chez l'enfant, tels une fièvre récurrente, une mauvaise croissance staturo-pondérale, des adénopathies superficielles multiples, un gros foie ou de la diarrhée, doivent conduire à un test, mais certains enfants porteurs du VIH peuvent être totalement asymptomatiques.

### • Chez un enfant de plus de 15-18 mois

En raison de l'importance de l'environnement microbien dans la plupart des pays en développement, il est exceptionnel qu'un enfant contaminé par sa mère soit longtemps asymptomatique. Cependant les signes peuvent être mineurs, d'apparence banale et passer inaperçus. Il faudra évoquer le diagnostic d'infection à VIH chez tout enfant qui présente :

- des difficultés de croissance en poids (perte anormale de poids ou absence de prise de poids) et/ou en taille, alors que ses apports alimentaires sont normaux ;
- une malnutrition qui ne réagit pas à une réhabilitation nutritionnelle correcte ;
- des infections parfois bénignes mais récidivantes, en particulier ORL (otites récidivantes), broncho-pulmonaires (broncho-pneumopathies bactériennes), digestives (diarrhée récidivante ou ne réagissant pas à une réhydratation-renutrition correcte) ou cutanées (infections bactériennes de la peau) ;
- une fièvre persistante ou récidivante ;
- une toux persistante.

• **Quel que soit l'âge**, la survenue d'une tuberculose (pulmonaire ou ganglio-pulmonaire) doit faire penser au VIH en raison de la fréquence de leur association.

## Évolution

### En l'absence de traitement, l'évolution spontanée est :

- rapide chez une minorité d'enfants infectés qui deviennent symptomatiques ou développent un sida avec manifestations cliniques précoces entre 4 et 18 mois et risque de décès avant l'âge de 5 ans.
- la plupart des enfants infectés en période périnatale présentent une progression de la maladie plus insidieuse. La survie de ces enfants varie selon les pays.

## **Actuellement, les traitements disponibles permettent à ces enfants de grandir normalement et d'envisager une vie d'adulte :**

Il existe en effet des trithérapies adaptées aux enfants, en une ou deux prises par jour, qui, correctement prises, bloquent le virus à un niveau de réplication très faible. Dans ces cas, l'infection à VIH peut être considérée comme une pathologie chronique compatible avec une vie strictement normale, même si la stigmatisation liée à la maladie reste une préoccupation.

Par ailleurs, de jeunes adultes porteurs du VIH depuis la naissance ont eux-mêmes donné naissance à des enfants non contaminés. Cette procréation relève cependant du domaine médical.

## **Comment faire le diagnostic d'infection à VIH ?**

### **La sérologie**

Sur un même prélèvement sanguin, 2 tests ELISA sont effectués : ces tests consistent à rechercher si le sérum du sujet prélevé contient les anticorps du VIH.

En cas de réaction positive de l'un des 2 (ou des 2) tests ELISA, un test de confirmation est réalisé, sur ce même prélèvement de départ : le Western Blot. Le Western Blot témoigne de la présence de protéines du VIH dans le sérum du sujet prélevé. Le test répond alors : "présence d'anticorps anti-VIH".

### **La PCR**

Chez l'enfant de moins de 15-18 mois, les sérologies sont difficiles à interpréter, car l'enfant porte encore les anticorps de sa mère. Dans des pays en développement de plus en plus nombreux (en milieu hospitalier), on a recours à une technique de mise en évidence directe des gènes du virus (polymerase chain reaction ou PCR).

Deux PCR négatives à 3 mois d'intervalle ou une PCR négative après l'âge de 6 mois permettent d'infirmer la présence du virus chez l'enfant.

## **Que faire si l'on évoque le diagnostic d'infection à VIH ?**

### **1. Confirmer le diagnostic**

La première démarche consiste à confirmer le diagnostic par un test biologique :

- avant 15-18 mois par la recherche du virus lui-même en effectuant une [polymerase chain reaction](#) ou PCR ;
- après 15-18 mois par une sérologie.

### **2. Évaluer la gravité**

Le diagnostic fait, il faut évaluer la gravité afin de décider de la prise en charge thérapeutique. Cette évaluation repose essentiellement sur le nombre de CD4 (lymphocytes T CD4+ qui jouent un rôle important dans l'immunité). La mesure des CD4 devrait être progressivement disponible dans la plupart des pays.

## La prise en charge d'un enfant infecté par le VIH

La prise en charge d'un enfant infecté demande une consultation hospitalière tous les 3 mois auprès d'un médecin spécialiste, avec une prise de sang et un traitement de trithérapie à vie (effets secondaires limités) en une à deux prises par jour.

**Un enfant traité mène aujourd'hui une vie normale (pas de régime ni précautions particulières, pas de sport interdit, vie scolaire et sociale normale) et dispose d'une espérance de vie qui croît d'année en année avec l'amélioration de la prise en charge.**

### Cas particulier des enfants nés de mère VIH +

Dans certains pays, en raison de la stigmatisation culturellement encore attachée au VIH, ils sont proposés parmi les enfants dits à particularité.

Dans ce cas précis :

- Si la mère n'a pas été traitée pendant la grossesse et que l'enfant n'est pas porteur du virus, il n'y a **ni crainte à avoir, ni mesure particulière à prendre.**
- Si la mère a été traitée pendant la grossesse (AZT ou autres médicaments selon les recommandations de l'OMS), l'enfant peut, très exceptionnellement, présenter durant sa petite enfance des problèmes liés au traitement reçu. Il est donc important ici d'essayer de connaître le protocole (destiné à éviter la transmission mère-enfant) utilisé dans le pays et, en cas de problème, de **prendre l'avis d'un spécialiste.**

### En situation d'adoption internationale,

Un certain nombre de pays dans le monde sont à la fois touchés par l'épidémie de sida et concernés par un grand nombre d'enfants trouvés, abandonnés, délaissés ou orphelins. Bien que, par le passé, des enfants infectés n'aient été que très rarement proposés à l'adoption, c'est une éventualité à prendre en compte.

Des enfants ont été et seront ainsi adoptés. Quelques uns, infectés par le VIH, en connaissance de cause par les parents adoptants. Pour d'autres, en l'absence de dépistage possible en pré-adoption dans le pays d'origine de l'enfant ou de certitude sur la fiabilité des tests pratiqués, des adoptants ont pris et prennent encore le risque d'une éventuelle maladie. Le risque de ne pas savoir, avant l'adoption, et d'accueillir un enfant tel qu'il est. Quelques enfants adoptés se sont de fait révélés séropositifs, de manière rare cependant, dans différents pays d'accueil, lors du bilan de santé d'arrivée.

En 2007, cette situation est toujours d'actualité. Toutefois, les possibilités thérapeutiques disponibles dans les pays développés, les conditions et l'espérance de vie constatées d'un enfant infecté correctement pris en charge et régulièrement suivi, doivent permettre de porter un regard nouveau sur la question de l'adoption délibérée d'un enfant séropositif.

En tout état de cause, une telle décision d'adoption ne doit pas être prise isolément, mais pesée et débattue en prenant l'avis de pédiatres spécialistes de la maladie.

La stigmatisation aujourd'hui encore liée au VIH et aux craintes qui s'y rattachent doit également être prise en compte, de même que le poids et le coût de la prise en charge qui s'en suivront. Enfin, il ne faut pas sous-estimer les difficultés d'une vie affective et sexuelle lorsqu'on est porteur du VIH, même si de nombreux autres facteurs peuvent interférer positivement ou négativement sur la capacité à vivre avec ce virus.