

7.1 RECONNAISSANCE CLINIQUE DE L'INFECTION PAR LE VIH CHEZ L'ENFANT TUBERCULEUX

L'infection par le VIH peut se présenter chez l'enfant de nombreuses manières et, souvent, les manifestations cliniques ne sont pas spécifiques. La perte de poids, la fièvre et la toux sont par exemple courantes en cas de tuberculose, avec ou sans VIH. Il est donc difficile d'établir une définition clinique de l'infection par le VIH.

EN PRATIQUE

Les parents donnent des indices importants quant à la possibilité d'une infection par le VIH chez leur enfant. Interrogez-les sur leur santé; il leur arrive parfois de dévoiler leur statut en ce qui concerne le VIH.

L'OMS a mis au point un système définissant les stades cliniques de l'infection à VIH et des maladies qui s'y associent (voir Chapitre 1). Ce système sert principalement à faire un pronostic et à décider quand commencer le traitement antirétroviral. Le tableau clinique du VIH/SIDA pédiatrique n'est pas très spécifique dans les pays en développement où la malnutrition infantile est courante et la tuberculose endémique. Il sera improbable qu'un état de malnutrition avancée ou une émaciation d'un enfant d'âge scolaire ou issu d'une famille bien alimentée soit uniquement dû à une mauvaise absorption de la nourriture. On devrait alors soupçonner une maladie sous-jacente, comme le VIH, la TB ou les deux. Le tableau suivant dresse la liste des signes cliniques évocateurs d'une infection par le VIH. Nombre d'entre eux sont plus spécifiques que dans le système de l'OMS pour la définition des stades cliniques mais la sensibilité est moins grande. En d'autres termes, un signe particulier pourra évoquer fortement l'infection par le VIH sans que, pour autant, beaucoup d'enfants contaminés le présentent. L'interprétation de ces signes dépend aussi des caractéristiques locales de la maladie. La splénomégalie par exemple est souvent due au paludisme en Afrique subsaharienne et elle n'a donc qu'une faible spécificité en ce qui concerne le VIH.



Signes cliniques évocateurs de l'infection par le VIH chez l'enfant

| | |
|-----------------------|--|
| Courants | croissance anormalement lente d'un enfant allaité de moins de 6 mois infections bactériennes récidivantes adénopathie symétrique généralisée candidose étendue de l'oropharynx otite moyenne suppurante chez une enfant allaité éruption généralisée par ex., papules et démangeaisons, molluscum contagiosum mycoses étendues sur la peau, les ongles, le cuir chevelu hypertrophie bilatérale et non douloureuse des glandes parotides hippocratisme digital hépatomégalie non douloureuse sans cause apparente splénomégalie (dans les zones sans paludisme) anémie sévère persistante |
| Moins courants | abcès récidivants ou nécroses tissulaires profondes herpès simplex récidivant lésions du SK zona sur plusieurs foyers régression du développement fistule recto-vaginale acquise |



Si nombre de ces signes sont fortement évocateurs, aucun cependant ne pose à lui seul le diagnostic qui devra être confirmé par le dépistage du VIH.

7.2 DÉPISTAGE DU VIH

Le test pratiqué habituellement consiste à rechercher les anticorps anti-VIH dans le sang. Il est rare qu'un seul test donne un résultat suffisamment fiable. On recommande donc en général d'en faire deux. Il faut que ces deux tests soient positifs pour poser le diagnostic.

La recherche positive des anticorps anti-VIH n'est pas toujours un indicateur fiable de l'infection chez le nourrisson. Les anticorps anti-VIH d'une mère infectée passent en effet la barrière placentaire durant la grossesse. Ainsi, presque tous les enfants nés de mères séropositives ont des anticorps anti-VIH dans le sang à la naissance, mais seul environ un tiers d'entre eux sont infectés. La recherche des anticorps anti-VIH ne permet donc pas de distinguer au départ les enfants contaminés de ceux qui ne le sont pas. En général, il devient impossible de détecter les



anticorps maternels lorsque l'enfant indemne atteint l'âge de 9 mois, mais il arrive qu'on puisse continuer à les déceler jusqu'à l'âge de 15 mois. La plupart des enfants infectés produisent leurs propres anticorps, de sorte que le test reste positif au-delà de 15 mois.

7

EN PRATIQUE

Le diagnostic de l'infection par le VIH chez l'enfant de moins de 15 mois repose sur les manifestations cliniques du nourrisson et un test positif pour la mère.

7.3 CONSEILS

En général, la suspicion du VIH chez un enfant doit s'étendre à l'ensemble de sa famille. Lors du conseil, il faudra donc prendre en considération la mère et, si possible, le père. Jusqu'à une époque récente, il y avait peu de traitements spécifiques à proposer à un enfant et à sa famille en cas de test positif, ce qui en faisait un point délicat à aborder. L'accessibilité croissante des traitements antirétroviraux devrait néanmoins inciter à pratiquer le test de dépistage. Le lecteur trouvera au Chapitre 6 les sujets à aborder lors d'une discussion avec des adultes chez qui l'on soupçonne le VIH.

Conseil avant le test

Il est important de conseiller la mère et d'obtenir son consentement avant de faire le dépistage du VIH pour elle (si l'enfant a moins de 18 mois) ou son enfant (s'il est plus âgé). Si le résultat est positif pour l'enfant, il est fort probable que la mère soit séropositive et à l'origine de l'infection de l'enfant.

Il faut bien se rendre compte de la situation dans laquelle se retrouve une mère lorsqu'elle apprend que son enfant est contaminé par le VIH:

- son enfant a une maladie incurable mortelle,
- elle-même risque d'avoir le VIH,
- son mari risque de l'avoir également,
- chacun de ses futurs enfants risque de l'avoir aussi.

La décision de faire un dépistage est difficile à prendre pour la mère. Il lui faut du temps et un soutien tandis qu'elle en évalue les avantages et les inconvénients. En cas de séropositivité, le principal avantage est la connaissance de son état et la possibilité de planifier son avenir. En revanche, elle peut craindre des maltraitances ou l'abandon de son mari si elle lui confie qu'elle est séropositive pour le VIH. La possibilité que les

personnels de santé ne soignent plus aussi bien son enfant en cas de résultat positif peut aussi être une source d'inquiétude pour elle.

EN PRATIQUE

Une mère peut souhaiter amener son mari pour discuter avec le conseiller avant le dépistage. Il est en effet d'habitude plus facile pour une femme de dire à son conjoint qu'elle pourrait être VIH-positive, que de lui annoncer ensuite qu'elle l'est effectivement.

Conseil après le test

Le chapitre 6 dresse la liste des points à aborder avec toute personne qui a un résultat positif. D'autres questions concernent plus particulièrement les mères séropositives, notamment les sombres perspectives pour son enfant et le risque d'infection par le VIH pour ceux qui viendront ensuite. Environ un tiers des enfants nés de mères séropositives sont également infectés par le VIH (si on n'intervient pas pour éviter la transmission de la mère à l'enfant).

L'allaitement est une question importante à aborder avec les mères qui allaitent ou qui ont récemment accouché. Même s'il s'accompagne d'un certain risque de transmission, l'allaitement au sein reste, dans de nombreux pays à faible revenu, plus sûr que le biberon. Prenons par exemple le cas d'un enfant né d'une mère séropositive qui vit dans un environnement dépourvu d'eau propre. Il court probablement un plus grand risque de mourir de diarrhée s'il est nourri au biberon que du SIDA s'il est allaité.

Il est également important d'envisager la prophylaxie de la PPC avec le cotrimoxazole pour les enfants nés de mères séropositives. La PPC est une cause très courante de mortalité chez le nourrisson infecté par le VIH, en particulier avant l'âge de 6 mois. La posologie recommandée est de 150 mg TMP/750 mg SMX par m2/jour en administration trihebdomadaire. Pour un nourrisson de 2 à 6 mois (pesant en général entre 3 et 6 kg), la posologie recommandée est donc d'administrer trois fois par semaine une dose de 40 mg TMP/200 mg SMX. Si l'on ne dispose que de comprimés, on donne à l'enfant un demi-comprimé broyé de cotrimoxazole (80 mg TMP/400 mg SMX) les lundis, mercredis et vendredis.



Lepage P, Spira R, Kalibala S, et al. Care of human immunodeficiency virus-infected children in developing countries. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 1998, 17: 581–586.

Marum LH, Tindyebwa D, Gibb D. Care of children with HIV infection and AIDS in Africa. *AIDS*, 1997, 11 (Supplement B): S125–S134.

Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Provisional WHO/UNAIDS Secretariat recommendations on the use of cotrimaxazole prophylaxis in adults and children living with HIV/AIDS in Africa. Genève, 2000 (disponible sur internet à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org>).

Temmerman M, Ndinya-Achola J, Ambani J, Piot P. The right not to know HIV-test results. *Lancet*, 1995, 345: 969–970.

Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. *Le point sur l'épidémie de SIDA*. Décembre 2002. Genève, 2002. ONUSIDA/02.46F.

Organisation mondiale de la Santé. *Le Conseil VIH/SIDA: un élément clé de la prise en charge: guide conçu pour les décideurs, les planificateurs et les responsables de la mise en oeuvre d'activités de conseil*. Genève, 1995. WHO/GPA/TOC/HCS/95.15.

Organisation mondiale de la Santé. *Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées. Recommandations pour une approche de santé publique*. Genève, 2002 (www.who.int/hiv).