



Diagnostic clinique de l'infection par le VIH avant 18 mois

il peut à lui seul être une indication de TARV !



Cas d'étude

José, a 9 mois.

Sa mère, infectée par le VIH, pratique un allaitement maternel. Elle consulte car José refuse de manger et pleure beaucoup depuis 3 jours. Elle a l'impression que José souffre. Il présente une diarrhée depuis un mois. José a été mis sous CTX à l'âge de 6 semaines. Son examen révèle un retard pondéral important (-3DS sur la courbe de croissance), un muguet bucco-pharyngé, et une hépatosplénomégalie. L'appareil CD4 du laboratoire de l'hôpital est en panne.

Que faire ?

- La problématique du diagnostic biologique chez le jeune enfant est traitée dans la fiche 9A.
- En l'absence d'outils de diagnostic biologique, le diagnostic doit s'appuyer sur un ensemble de données cliniques, sérologiques, et sur la mesure des lymphocytes CD4 lorsque cette technique est disponible. Chez le nourrisson de statut VIH inconnu, la proportion de lymphocytes CD4 par rapport aux lymphocytes totaux permet d'aider au diagnostic et de prendre des décisions thérapeutiques.
- L'association d'une clinique évocatrice, d'une sérologie positive et d'une immunodépression objectivée par un taux de CD4 bas permet de poser le diagnostic d'infection à VIH, même avant l'âge de 18 mois. Si l'on ne dispose ni du taux de CD4, ni de lymphocytes totaux, l'association d'une clinique évocatrice et d'une sérologie positive suffit à elle seule à poser le diagnostic pré-somptif d'infection à VIH. Des mesures de prise en charge de l'infection à VIH doivent alors être mises en place.

Quels sont les signes ou pathologies rencontrés évocateurs d'infection à VIH ?

Tableau : Signes cliniques ou affections évocateurs d'une infection VIH chez l'enfant

Spécificité pour le diagnostic d'infection VIH	Signes cliniques / affections	
Signes /affections très spécifiques de l'infection VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Infection invasive à salmonelle (y penser devant une fièvre persistante...) • Pneumonie à pneumocystis (pic de fréquence entre 4 et 7 mois de vie) • Candidose oesophagienne • Pneumonie Lymphoïde Interstitielle (rare avant deux ans) 	<ul style="list-style-type: none"> • Encéphalopathie (retard psychomoteur, microcéphalie petit périmètre crânien, trouble du tonus) • Zona multifocal (rare chez le jeune enfant) • Lymphome (rare chez le jeune enfant) • Sarcome de Kaposi (rare chez le jeune enfant)
Signes / affections fréquents parmi les enfants infectés par le VIH et moins fréquents chez les enfants non infectés par le VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Infections bactériennes sévères récurrentes • Candidose orale persistante ou récidivante • Hypertrophie non douloureuse des glandes parotides • Hépatosplénomégalie 	<ul style="list-style-type: none"> • Adénopathies généralisées (notamment axillaires) • Fièvre prolongée ou récurrente • Zona (simple) • Dermatose généralisée persistante, ne répondant pas au traitement
Signes / affections fréquents dans les deux groupes (infectés par le VIH / non infectés par le VIH)	<ul style="list-style-type: none"> • Otite récidivante et otorrhée persistante • Diarrhée persistante ou récurrente • Tuberculose 	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • Retard de croissance • Marasme

D'après "table 5.1 : "Signes ou affections cliniques chez l'enfant pouvant indiquer une infection à VIH", p. 85, Manuel sur le sida pédiatrique en Afrique, ANECCA, 2006.

Peut-on débuter un traitement ARV (TARV) sans confirmation biologique de l'infection à VIH ?

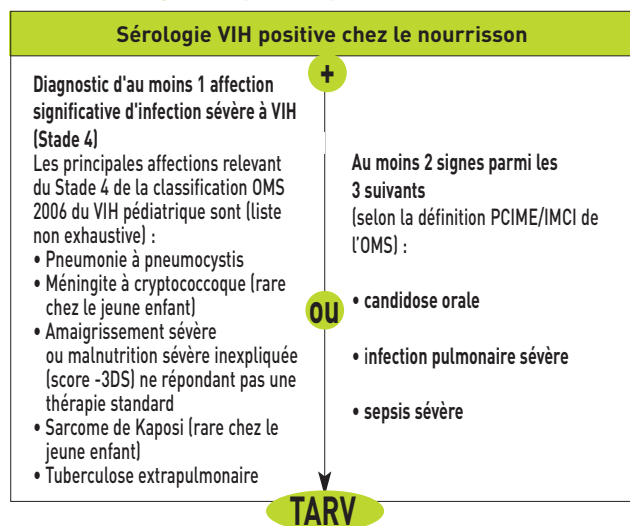
Bien que la mesure des CD4 devienne de plus en plus disponible sur le terrain et que les techniques de

diagnostic virologique commencent également à se développer, il est encore fréquent pour les agents de santé de devoir suivre les enfants sur des bases cliniques seulement. Un suivi clinique rigoureux du nourrisson né de mère infectée par le VIH ne doit pas se limiter au traitement des affections de l'enfant.

Il doit chercher, même sans l'aide d'examen de laboratoire, à identifier les enfants présentant des tableaux cliniques qui justifieraient leur mise sous traitement ARV. Pour l'OMS, **le diagnostic clinique présomptif d'infection sévère à VIH chez le nourrisson suffit pour initier un TARV**. Ce diagnostic d'infection sévère à VIH repose sur l'association :

- d'une sérologie positive chez le nourrisson
- et**
- du diagnostic d'au moins une affection significative d'infection sévère à VIH (stade 4) **ou** d'au moins deux signes cliniques parmi les 3 suivants : candidose orale, infection pulmonaire sévère, sepsis sévère.

Tableau : Diagnostic présomptif d'infection sévère à VIH



D'après "Box 1. clinical criteria for presumptive diagnosis of severe HIV disease in infants and children aged under 18 months requiring ART in situations where virological testing is not available", p. 22, Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings : towards universal access, OMS, 2006

Diagnostic différentiel : attention à la tuberculose

L'algorithme de diagnostic présomptif d'infection sévère à VIH de l'OMS fait actuellement débat. La malnutrition sévère est en effet évocatrice du VIH, mais dans certains contextes, elle peut avoir d'autres causes ou être associée à d'autres pathologies. Il faut en particulier veiller à ne pas confondre infection sévère à VIH et tuberculose chez le nourrisson né de mère infectée par le VIH. Un nourrisson présentant une tuberculose souffre souvent de malnutrition sévère, laquelle peut provoquer candidose orale, sepsis et faire chuter les CD4, même si l'enfant n'est pas infecté par le VIH ! Autant d'éléments cliniques qui peuvent faire négliger la possibilité d'une tuberculose isolée ou associée au VIH. Avant d'initier un TARV pour prendre en charge son infection présumée au VIH, il est donc recommandé d'essayer d'exclure une tuberculose chez le nourrisson né de mère infectée par le VIH présentant ce tableau. Le diagnostic de tuberculose chez le nourrisson étant, on le sait, souvent difficile à établir, le risque de se

tromper est important... Dans tous les cas, même chez les enfants mis sous TARV sur présomption d'infection sévère à VIH, il sera indispensable de faire confirmer dès que possible le diagnostic VIH par le laboratoire.

José – 9 mois

José présente manifestement des signes évocateurs d'infection à VIH, et même de Sida (retard pondéral important, possible candidose oesophagienne, diarrhées persistantes, hépatosplénomégalie). Prise en charge initiale à proposer :

- parler à la mère de la possibilité que José soit infecté par le VIH et prescrire un test sérologique VIH à l'enfant et si possible un hémogramme (globules blancs avec lymphocytes totaux et taux d'hémoglobine),
- lui expliquer que le refus alimentaire est sans doute lié à la candidose dont il souffre, que l'on va traiter immédiatement (fluconazole : 6mg/kg/jr en une prise pendant 14 jours),
- mettre en place un appui nutritionnel et continuer l'allaitement maternel pour l'instant,
- traiter la diarrhée,
- rechercher des antécédents de tuberculose dans l'entourage,
- fixer un RDV dans quelques jours pour évaluer la réponse à cette prise en charge initiale et obtenir les résultats du laboratoire.

Si la sérologie VIH est positive et si la réponse à la prise en charge initiale est satisfaisante, on envisagera de débiter un TARV. On effectuera une mesure du taux de CD4 dès que l'appareil sera réparé, et on confirmera le diagnostic de l'infection VIH par le laboratoire par sérologie à 18 mois ou avant si la PCR devient disponible. Si la sérologie VIH est positive et si la réponse à la prise en charge initiale est insatisfaisante, certains experts recommandent un traitement anti-tuberculeux avant d'envisager le TARV. On confirmera le diagnostic de l'infection VIH par le laboratoire par sérologie à 18 mois ou avant si la PCR devient disponible. Si la sérologie VIH est négative, ce qui est peu probable dans ce contexte, la prise en charge devra se focaliser sur le traitement d'une possible tuberculose et sur l'appui nutritionnel. On répétera la sérologie VIH deux mois après l'arrêt de l'allaitement.

A retenir

- Un TARV peut être débuté devant un faisceau d'arguments cliniques et la preuve de l'exposition au VIH (test sérologique positif), même en l'absence de confirmation biologique de l'infection.
- La malnutrition sévère, en dehors d'une carence alimentaire, est évocatrice du VIH, mais dans certains contextes, elle peut avoir d'autres causes ou être associée à d'autres pathologies, comme la tuberculose.

En savoir plus

➤ Validation des signes présomptifs OMS de l'infection par le VIH chez l'enfant de moins de 18 mois né d'une mère infectée par le VIH chez 203 enfants au Rwanda (A. Peltier, 4^{ème} Conférence francophone sur le VIH/Sida, Paris 2007) : <http://62.50.131.112/vihparis/public/CommURL/3844.pdf>