

Primo-infection à VIH chez un nouveau-né issu d'une mère en séroconversion récente à Bassar, Togo.

Primary HIV infection during perinatal period in Bassar, Togo.

Agbéko F¹, Takassi EO², Fiawoo M², Dola KN³, Atakouma DY², Agbèrè AD¹

1. Département de pédiatrie, CHR Lomé Commune, Université de Lomé, Lomé, Togo.

2. Département de pédiatrie, CHU Sylvanus Olympio, Université de Lomé, BP 57, Lomé, Togo.

3. CHP Bassar, BP 62, Bassar, Togo.

Correspondance : AGBEKO Foli Email : foliyon@gmail.com; téléphone (00 228) 90 02 88 68 / (00 228) 98 56 30 00, 03 BP 30 434, Lomé, Togo.

RESUME

La primo-infection à VIH est exceptionnelle en période néonatale. Le nouveau-né AK a été reçu pour asphyxie périnatale avec détresse respiratoire au Centre Hospitalier Préfectoral (CHP) de Bassar le 08 août 2018. La mère, primigeste de 23 ans, avait connu une séroconversion durant la grossesse. Le diagnostic a été fait en post-partum du fait de l'irrégularité des visites prénatales. Le nouveau-né a présenté un syndrome infectieux, une détresse respiratoire, une abolition des réflexes archaïques et un érythème généralisé. Une charge virale ARN a montré 1.800.000 copies/ml. Le diagnostic de primo-infection à VIH a été posé. La trithérapie ABC/3TC+Lopi/r débutée précocement n'a pas permis la survie du nouveau-né. Le re-dépistage de la femme en fin de grossesse recommandé par l'OMS doit être mis en application au Togo et permettre la mise en route précoce du traitement ARV chez le bébé en cas de séroconversion maternelle.

Mots-clés : primo-infection, VIH, nouveau-né, séroconversion, Togo.

SUMMARY

Primary HIV infection in perinatal period is poorly documented. The baby A.K was admitted for perinatal asphyxia and respiratory distress at the Bassar district hospital in the North part of Togo the 8th august 2018. The mother was 23 years old. She had seroconverted during pregnancy (negative at 28th week to seropositive for HIV1 in post partum). Clinically, the baby presented hyperthermia, respiratory distress, neurological unabilities and a rash. Viral loads ARN reached 1.800.000 virus / ml. Primary HIV infection was diagnosed. Despite the trithérapie ABC / 3TC+Lopi/r started by the second day of life, the newborn died on the 4th day. WHO standards should be provided in Togo routinely including late pregnancy HIV screening.

Keywords: primary infection, HIV, newborn, seroconversion, Togo.

INTRODUCTION

La transmission verticale demeure la voie prépondérante de contamination de l'infection à VIH chez l'enfant [1,2]. Le diagnostic de primo-infection à VIH reste insuffisamment évoqué en général, et tout particulièrement chez la femme enceinte [3]. Or, ce motif de consultation représente une cause fréquente de recours médical [3]. Seuls 17% des patients ayant consulté leur médecin de premier recours avaient été correctement diagnostiqués en phase de primo-infection aux USA en 2003 [4]. L'infection aiguë par le VIH se manifeste par un syndrome grippal, qui n'est pas spécifique. La séroconversion à VIH qui suit la primo-infection chez la femme enceinte est peu documentée en dehors des cohortes de populations – clés (usagers de drogues intraveineuses, professionnels de sexe, femmes ayant des relations sexuelles avec femmes) ou des couches sociales vulnérables (immigrés, quartiers de fortes prévalences VIH) [2,5-8]. La

description d'une primo-infection symptomatique en période néonatale est tout aussi rare [6]. Des cas de primo-infections chez le nourrisson allaité, voire l'adolescent ont été rapportés [9-10]. Nous rapportons le cas clinique d'une primo-infection symptomatique et précoce chez un nouveau-né au Centre Hospitalier Préfectoral (CHP) de Bassar au Nord du Togo en août 2018.

OBSERVATION

Le nouveau-né AK a été transféré de la maternité du CHP Bassar à la naissance pour asphyxie sévère avec détresse respiratoire. Il est né le 08 août 2018 d'une primigeste de 23 ans, boulangère résidant à Bassar (400 km au Nord de Lomé, capitale du Togo). Le père était cultivateur, 35 ans, vivant au Burkina Faso, partenaire occasionnel de la mère. Celle-ci a réalisé une consultation prénatale unique et tardive à la 28^{ème} semaine d'aménorrhées (SA), au cours de laquelle une sérologie VIH

prescrite était négative. Aucune infection sexuellement transmissible n'était notifiée dans le carnet obstétrical.

Le terme de gestation était de 39 SA. L'accouchement était fait par voie basse et le score d'Apgar était de 5-5-6. Le liquide amniotique clair, l'hypotrophie (poids 2 050 g) et le syndrome de détresse respiratoire sévère avec cyanose étaient également enregistrés. Le nouveau-né avait bénéficié d'une réanimation, sans amélioration aucune avant d'être transféré en Pédiatrie. Devant ces signes, une sérologie a été faite et le résultat était revenu positif au VIH1. Par déduction, la mère avait été re-dépistée en post - partum, montrant un résultat positif au VIH1. Au deuxième jour, on observait une fièvre, un érythème localisé au visage (puis rapidement généralisé) avec énanthème, hypotonie et abolition des réflexes archaïques (figure 1).

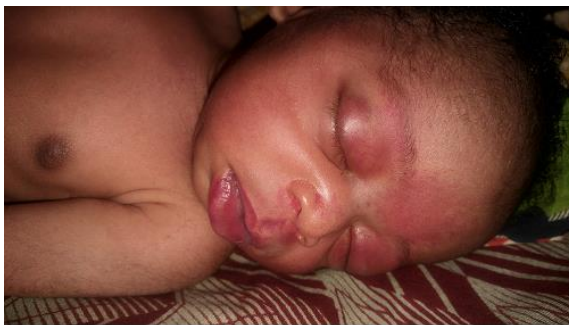


Figure1 : Eruptions cutanées érythémateuses du front, des paupières et des joues chez le nouveau-né AK.

La numération blanche était à 6 000 cellules / mm³. La charge virale ARN s'élevait à 1 800 000 copies / ml. La C-reactive protéine, l'antigénémie p24 et le taux de CD4 étaient indiqués, mais n'ont pu être réalisés à cause des difficultés liées à leur accessibilité géographique. Une biantibiothérapie avec Ceftriaxone + Gentamicine avait été associée aux mesures de réanimation. A J2, une trithérapie Abacavir / Lamivudine + Lopinavir boosté au Ritonavir a été instituée après avis d'un pédiatre, remplaçant la monoprophyllaxie initiale à la Névirapine. L'alimentation a été artificielle. L'issue a été fatale au quatrième jour de vie.

DISCUSSION

Ce fait clinique soulève la question du re-dépistage du VIH en fin de grossesse et son implication dans la transmission mère - enfant. Le diagnostic de séroconversion maternelle étant posé seulement après l'accouchement, la mère n'a pas reçu de prophylaxie ARV. Les symptômes de la primo-infection à VIH sont peu spécifiques chez l'adulte comme chez l'enfant. Ils apparaissent entre une à deux semaines après la contamination, sous forme d'un syndrome pseudo-grippal ou mononucléosique [3]. La fièvre est quasi constante, accompagnée de céphalées, de myalgies, d'asthénie. Les signes cutanéo-muqueux associés sont une angine érythémateuse ou pseudomembraneuse comme dans la mononucléose infectieuse et une éruption cutanée maculopapuleuse touchant essentiellement le tronc et la face.

Peuvent s'y associer des ulcérations cutanéo-muqueuses superficielles, surtout génitales et buccales [3]. Dans plus de la moitié des cas apparaissent au cours de la deuxième semaine des adénopathies multiples [3]. Des manifestations digestives sont citées. Une leucopénie est classique à prédominance lymphocytaire au début. La durée d'évolution d'une primo-infection est en moyenne de deux semaines [3]. Le dépistage seul confirme l'atteinte par le VIH [3]. Ce tableau clinique ne doit pas faire occulter une infection à cytomégalovirus, souvent associée au VIH chez les enfants exposés [11]. Une étude en effet menée en 2017 a révélé des taux élevés de CMV dans les urines des nourrissons exposés au VIH dont les mères n'ont pas bénéficié de la Prévention de la Transmission Mère – Enfant [11]. La rubéole congénitale et la mononucléose infectieuse peuvent montrer aussi une symptomatologie similaire. Une septicémie opportuniste aux entérobactéries est possible ; mais la précocité des signes, la numération blanche (6 000 cellules / mm³) et l'absence d'hémoculture ne permettent de la confirmer. Plusieurs méthodes préventives ont été développées pour réduire la transmission verticale du VIH (offre quasi-systématique du conseil dépistage prénatal, utilisation précoce de médicaments ARV, re-testing, césarienne élective, alimenta-

tion artificielle, prophylaxie ARV pré-exposition) [12].

Malgré une diminution significative de cette transmission dans le monde, l'infection maternelle acquise après un premier test anténatal négatif offre encore une fenêtre de vulnérabilité [2]. La séroconversion pendant la grossesse est consécutive à une période de primo-infection maternelle avec des charges virales élevées [2,3,6]. Le fœtus est alors fortement exposé à une contamination in utero et donc à une primo-infection néonatale précoce. Les audits sur les transmissions périnatales du VIH ont montré aux Royaumes - Unis plusieurs facteurs, comme le retard des consultations prénatales, l'insuffisance dans la prophylaxie ARV et la séroconversion [2]. Le présent cas clinique confirme la dangerosité des facteurs de risque décrits dans la transmission mère-enfant du VIH : comportements sexuels à risque, consultation prénatale tardive et insuffisante, absence de prophylaxie ARV, séroconversion maternelle, charge virale maternelle élevée [1,2,8]. La létalité est rapide et importante, consécutive à une charge virale à l'acmé chez le nouveau-né [3,13]. L'allaitement est contre-indiqué dans tous les cas [3,8]. Un traitement précoce à base d'inhibiteur de protéase est recommandé chez l'enfant de moins de 3 ans [1, 3].

Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2015 insistent sur deux dépistages anténatals, dont le screening en fin de grossesse dans les zones à fortes prévalences comme le Togo [1, 12, 14]. Certes, la dépendance des pays les plus touchés aux financements extérieurs rendent difficile la mise en application de certaines mesures. A l'endroit des autorités sanitaires, un plaidoyer s'impose en faveur d'une meilleure disponibilité des tests de dépistage et de la formation des sages-femmes.

CONCLUSION

La primo-infection néonatale est rarement décrite dans la littérature. Elle traduit une contamination in utero certaine. Il y a lieu de renforcer l'adhésion aux soins prénatals. Le redépistage VIH au dernier trimestre de grossesse prend ici tout son intérêt. Il permet

d'élucider une séroconversion maternelle et d'amorcer une trithérapie antirétrovirale efficace et précoce chez le nouveau-né.

REFERENCES

1. Peters H, Thorne C, Tookey PA and Byrne L. National audit of perinatal HIV infections in the UK, 2006–2013: what lessons can be learnt?. *HIV Medicine* 2018, 19 : p 280–289.
2. Tindyebwa D, Kayita J, Musoke P, Eley B, Nduati R, Tumwesigye N. Handbook on pediatrics AIDS in Africa. Anecca Fourth edition 2017. Kampala : 2017 : 360 pages.
3. Chéret A, Lascoux-Combe C, Le Palec A, Meyer L, Morand-Joubert L, Pacanowski J. La primo-infection à VIH. In : Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P. édition, Prise en charge médicale des PvVIH. France : Conseil national du sida et des hépatites virales - <http://cns.sante.fr>, Paris : CHU Le Kremlin-Bicêtre. déc 2016. p 1-16.
4. Weintrob AC, Giner J, Menezes P, et al. Infrequent diagnosis of primary human immunodeficiency virus infection: Missed opportunities in acute care settings. *Arch Intern Med* 2003;163:2 : 097-100.
5. Taylor AW, Nesheim SR, Zhang X, Song R, FitzHarris LF, Lampe MA. Estimated Perinatal HIV Infection Among Infants Born in the United States, 2002-2013. *JAMA Pediatr*. 2017. 171(5): 435–438.
6. Kalk E, Slogrove A. HIV seroconversion during late pregnancy – when to retest. *Southern African Journal of HIV Medicine*. 2013 ; 14 (2) : 90-92.
7. Nyoyoko NP, Umoh AV. The prevalence and determinants of HIV seroconversion among booked ante natal clients in the University of Uyo teaching hospital, Uyo Akwa Ibom State, Nigeria . *Pan Afr Med J*. 2016; 25:247.
8. Lang R, Skinner S, Ferguson J, Jadavji T, Stadnyk M, Gill J. HIV infection after prenatal screening: an open window leading to perinatal infection. *AIDS Care*. 2018. 15:1-4.
9. Boos V, Feiterna-Sperling C, Sarpong A, Garten L, Cremer M, von Weizsäcker K. The rationale for third trimester testing of vertical HIV transmission in neonates with CMV infection. *Infection*. 2016 ; 44(4):555-7.
10. Morgado J, Póvoas MI, Cruz C. A severe manifestation of primary HIV-1 infection in an adolescent. *BMJ. Case Rep* 2014. 6 : p 123-124.
11. Adachi K, Xu J, Ank B, Watts DH, Camarca M, Mofenson LM, Pilotto JH. Congenital CMV and HIV Perinatal Transmission. *Pediatr Infect Dis J*. 2018 4(5) : p 9.
12. Golden LM, Fairlie L, Might F, et al. HIV retesting in pregnant women in South Africa: Outcomes of a quality improvement project targeting health systems' weaknesses. *S Afr J HIV Med*. 2018;19(1): p784.
13. Delaney KP, Hanson DL, Masciotra S, Ethridge SF, Wesolowski L, Owen SM and al. Time until emergence of HIV test reactivity following infection with HIV1 : implications for interpreting tests results and retesting after exposure. *Clinic Infect Dis*. 2017. 1; 64 (1):53-59.
14. Lawi JDT, Mirambo M, Magoma M, Mushi M, Jaka HM. Seroconversion rate of Syphilis and HIV among pregnant women attending antenatal clinic in Tanzania : a need of re-screening at delivery. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015. 15: 3-6.