

la surface de la muqueuse vaginale en contact avec l'inoculum est plus étendue.

- **à la pénétration anale** : C'est le plus haut risque de transmission du VIH. Le risque de transmission, au sein des couples hétérosexuels ayant ce type de rapport, est environ **cinq fois plus élevé** qu'au sein des couples n'ayant que des rapports sexuels avec pénétration vaginale.

➤ **Les pratiques sexuelles à moindre risque :**

Le rapport orogénital : le risque de transmission du VIH par ce type de rapport est estimé être très faible.

➤ **Autres pratiques sexuelles à risque potentiel :**

Les jeux sexuels impliquant la pénétration par un objet : plus ou moins traumatisant pour les muqueuses, et souillé par du sang ou des sécrétions génitales du partenaire infecté par le VIH ont été incriminés dans le cas de transmission entre partenaires homosexuels.

I.2- L'infectiosité du partenaire infecté et la susceptibilité du partenaire non infecté

Le degré d'infectiosité varie au cours du temps et l'infectiosité augmente parallèlement avec l'atteinte immunitaire.

L'infectiosité semble être très élevée lors :

- de **la phase précoce de l'infection**, c'est à dire pendant la phase de séroconversion
- du **saignement chez le partenaire** :
 - période de règles chez la femme
 - un rapport sexuel traumatisant
 - une plaie ou une ulcération d'origine infectieuse
- de **toute inflammation locale**, quelle que soit la cause (infection ou irritation),
- de **toute irritation des muqueuses génitales ou anales**, d'origine infectieuse (IST), d'origine traumatique au moment du rapport sexuel.

La transmissibilité du VIH peut ne pas être identique pour les différentes souches de virus.

I.3- Le nombre des partenaires :

La possibilité de rencontrer un partenaire infecté par le VIH augmente avec le nombre de partenaires sexuels. Le risque d'infection par VIH est donc corrélé au nombre de partenaires sexuels.

II- LA TRANSMISSION PAR VOIE SANGUINE

II.1- La transmission par transfusion sanguine et dérivés sanguins.

Malgré les précautions telles que :

- l'exclusion des donneurs à risque d'infection par le VIH
- le dépistage obligatoire de tous les dons de sang

pour réduire le risque de transmission du VIH par transfusion de produits sanguins, il faut toujours tenir compte du risque résiduel de transmission du VIH lié à l'existence de la fenêtre sérologique.

II.2- La transmission par les accidents d'exposition au sang (AES)

Ce mode de transmission est constaté :

- chez le personnel soignant
- chez les utilisateurs de drogue par voie injectable
- chez tout individu.

Il est occasionné par :

- l'utilisation de matériel piquant et tranchant souillé
- le contact d'une muqueuse ou de la peau présentant des lésions avec du sang infecté.

Ce risque de transmission du VIH est plus élevé dans le cas de :

- blessure profonde
- piqûre ou d'une coupure avec du matériel sur lequel le sang du patient source est visible ou,
- piqûre avec une aiguille creuse ayant été utilisée par voie intraveineuse ou intra-artérielle directe
- stade évolué de l'infection par le VIH chez le patient source (charge virale importante).

Remarque :

Il est à noter qu'à part le sang, les autres liquides biologiques tels que le liquide céphalorachidien, le liquide pleural, le liquide amniotique, le sperme et les sécrétions vaginales sont des sources potentielles de contamination professionnelle.

III. LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT (TME)

Le VIH peut aussi être transmis par une mère à son enfant :

- pendant la grossesse
- au moment du travail
- au moment de l'accouchement
- pendant l'allaitement maternel.

C'est la **transmission verticale**.

Si on considère **20 enfants nés de mères VIH positives** alors qu'aucune intervention pour prévenir la transmission du virus n'a été effectuée : environ **7 mères sur les 20** transmettront le VIH au nouveau-né au cours :

- de la grossesse
- du travail
- de l'accouchement, *ou*
- de l'allaitement.

Ce qui équivaut à un risque global de transmission égal à **35%** (un tiers).

Ce risque peut se décomposer comme suit :

- le risque estimé d'infection pendant la grossesse, le travail et l'accouchement est estimé à 20% environ
- le risque post natal (après l'accouchement), par l'allaitement, est d'environ 15%.

Au total, sur 20 enfants nés d'une mère VIH-positif, environ :

- 4 (20%) seront infectés pendant la grossesse ou l'accouchement,
- 3 (15%) après la naissance.

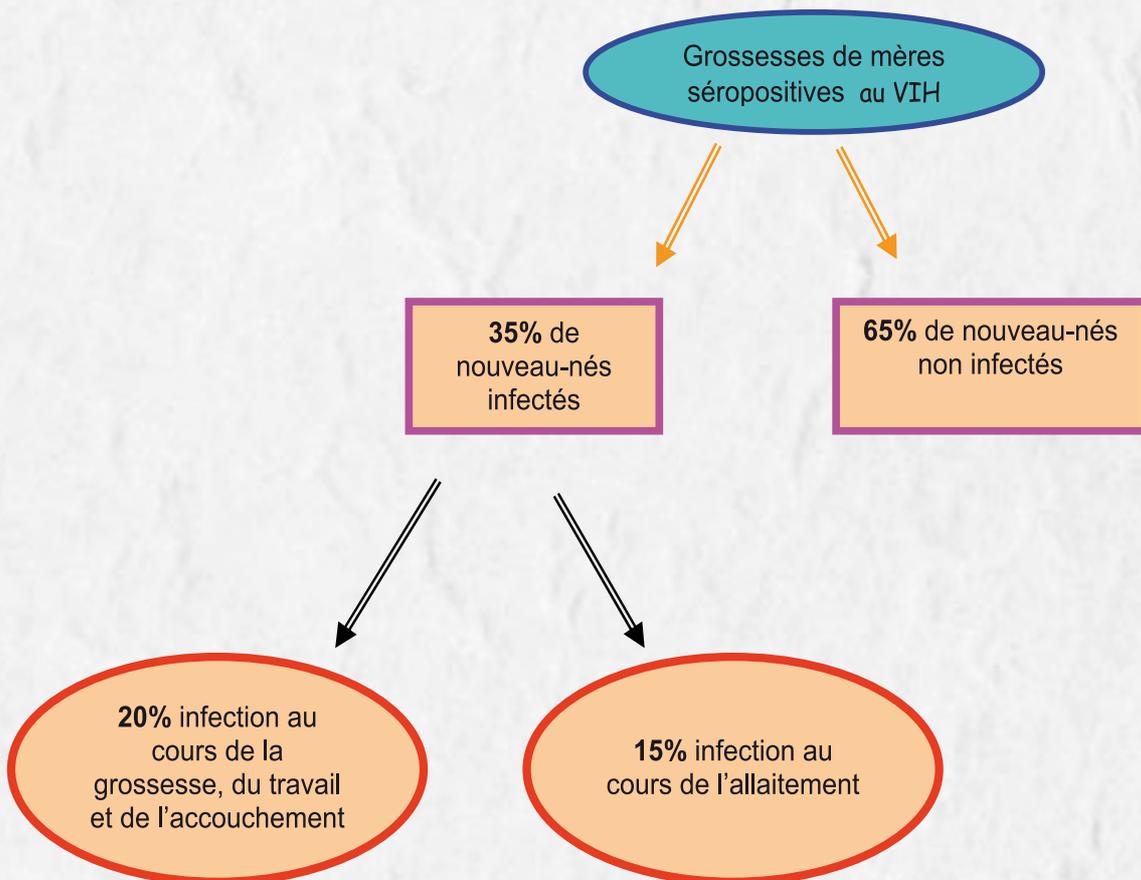


Schéma N°13 : Transmission du VIH de la mère à l'enfant

(Source : PCIME cours complémentaire sur le VIH Sida- Module 2. Classifier et prendre l'enfant en charge pour le VIH Sida-OMS-Unicef 2008)

III.1- Transmission au cours de la grossesse

La transmission mère-enfant a lieu surtout en fin de grossesse.

La transmission in utéro a lieu essentiellement dans les dernières semaines de la grossesse.

La transmission au deuxième trimestre est possible mais concerne des circonstances exceptionnelles notamment l'accouchement prématuré.

Cette transmission se fait :

- par voie ascendante à travers les muqueuses du fœtus
- par voie transplacentaire lors du passage de cellules infectées ou de particules virales à travers la barrière placentaire.

III.2- Transmission au cours du travail et de l'accouchement

La transmission mère-enfant a lieu pendant la période péri partum dans 2/3 des cas.

Cette transmission est surtout due :

- au **passage du VIH du sang maternel infecté dans la circulation fœtale** lors de la contraction utérine pendant le travail
- **au contact intra partum du fœtus avec le sang et les sécrétions maternelles** (présence de VIH dans les sécrétions cervicales et vaginales). Le risque de transmission est d'autant plus important que le délai entre la rupture de la poche des eaux et le dégagement du fœtus est long
- **à une réaction inflammatoire au niveau du col induite par les contractions** : les leucocytes chargés de VIH qui y sont accumulés représentent un risque de transmission
- **au passage dans le liquide amniotique de cellules chargées de virus** qui peuvent infecter le fœtus par la déglutition lors de la rupture des poches des eaux.

III.3- Transmission au cours de l'allaitement maternel

Le risque de transmission post natale du VIH est augmenté dans les cas suivants :

III.3.1- Chez la mère à cause :

- du déficit immunitaire important
- de la charge virale plasmatique élevée
- de la charge virale élevée dans le lait. Cette dernière est corrélée à la charge virale dans le plasma mais peut être plus élevée en cas d'infections du sein :
 - mastites
 - abcès
 - saignement du mamelon
 - crevasses du mamelon et
 - autres états inflammatoires des seins.

- du mauvais état nutritionnel de la mère
- de l'Infection à VIH récente
- de l'absence de prise d'ARV pendant la durée de l'allaitement.

III.3.2- Chez L'enfant

- qui a reçu du lait maternel alors que sa mère n'est pas sous ARV
- qui est prématurité
- ayant des lésions buccales/ intestinales
- ayant des réponses immunitaires immatures.

✚ LES VOIES DE NON TRANSMISSION

Les IST /VIH /SIDA **ne se transmettent** :

- **ni par les gestes de la vie quotidienne** dont :
 - poignée de main
 - baiser
 - repas pris ensemble
 - WC
 - douches
 - moyens de transport
 - lieux publics, piscines
 - ustensiles de cuisine
 - vêtements usés.
- **ni par certaines voies** :
 - les piqûres de moustiques
 - les piqûres de puce

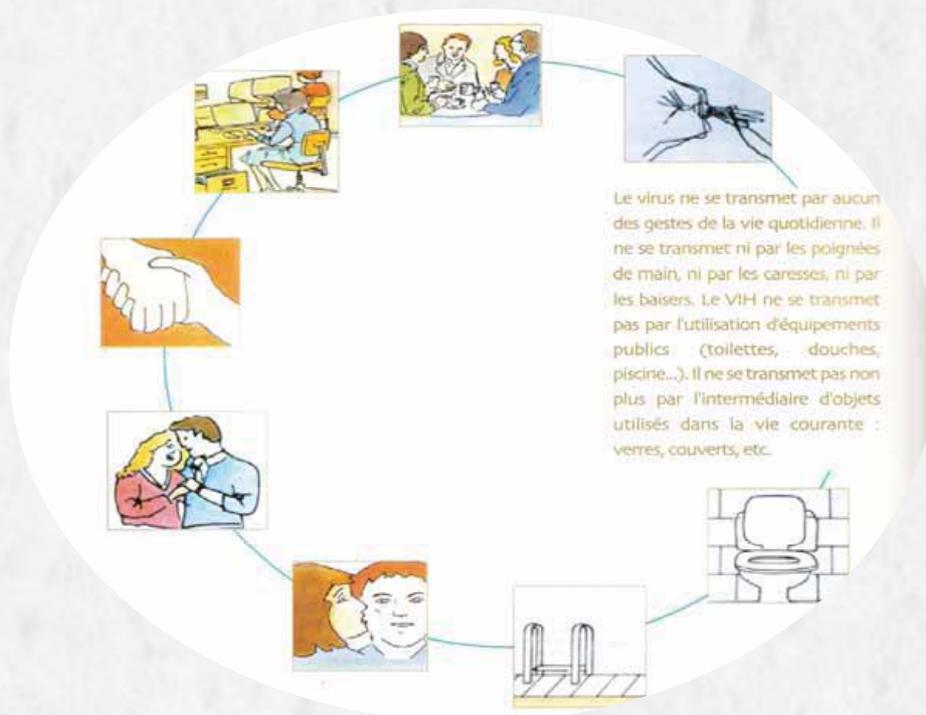


Schéma N°14 : les voies de non transmission du VIH

ANNEXES

Probabilité de l'infection VIH 1 par Exposition

source; World Bank, Public Priorities in a Global Epidemic, Oxford University Press, 1997

Mode de transmission	Infection par 100 exposition de virus VIH1
Rapport sexuel voie vaginale (de homme à femme) non protégé	0,1-0,2
Rapport sexuel voie vaginale (de femme à homme) non protégé	0,033-0,1
Rapport sexuel voie anal (de homme à homme) non protégé	0,5-3,0
Exposition au sang avec syringe	0,3
Transmission de Mère Enfant	13-48
Transfusion sanguine	90-100

→ de homme à femme = l'homme est séropositif et la femme séronégative

→ de femme à homme = la femme est séropositive et l'homme séronégatif

IST non traitée augmente le risque de infection VIH par exposition sexuelle

source: World Bank, Public Priorities in a Global Epidemic 1997

Études aux pays développés et aussi aux pays en voie de développement montre que Personnes avec IST ou Personnes qui a déjà IST auront de 2 fois à 9 fois de risque de infection à VIH

SESSION 4

HISTOIRE NATURELLE DE LA MALADIE

BUTS :

Cette session permettra de mettre en exergue les différentes phases par lesquelles évoluera l'infection à VIH en absence d'intervention.

En outre, cette session traitera les infections opportunistes les plus rencontrées : infections pouvant représenter les pathologies d'appel pour le diagnostic de l'infection à VIH.



OBJECTIFS SPECIFIQUES :

A la fin de la session, le prestataire devrait être capable de :

- 1- décrire les différentes phases de l'infection à VIH
- 2- identifier les infections opportunistes courantes
- 3- évaluer les signes cliniques et biologiques indiquant la prescription de la sérologie VIH.



TECHNIQUES UTILISEES :

- Lecture structurée
- Jeux de cartes
- Questions-réponses.



DUREE : 130 minutes



I. LES PHASES DE L'EVOLUTION SPONTANEE DE L'INFECTION A VIH

Chaque individu réagit de façon différente à l'infection à VIH. L'évolution spontanée de l'infection à VIH peut être divisée en **trois phases** :

- la phase aiguë ou primo-infection, qui dure quelques semaines
- la phase chronique, qui dure plusieurs années
- la phase finale symptomatique, qui dure de quelques mois à peu d'années.

(Source VIH édition 2007 Pierre- Marie, Girard , Christine Katlama, Gilles Pialoux doin)

Ces stades revêtent une grande importance parce que les options thérapeutiques qui s'offrent aux patients sont différentes selon le stade en question.

I.1- LA PRIMO-INFECTION :

2 à 6 semaines après la contamination, environ 50% des personnes infectées présentent des manifestations cliniques.

I.1.1- Un syndrome pseudo-grippal :

- Fièvre à 40° (dans 90% cas)
- Dysphagie
- Céphalées
- Myalgies
- Asthénie
- Amaigrissement.

L'association du syndrome pseudo-grippal avec les signes suivants, doit amener le prestataire à la prescription systématique du dépistage du VIH :

- **Pharyngite** (2/3 des cas), réalisant une angine :
 - érythémateuse
 - érythématopultacée, ou
 - pseudomembraneuse comme dans la mononucléose infectieuse.
- **Éruption cutanée maculo papuleuse** (moitié des cas) :
 - apparaît quelques jours après la fièvre
 - dure 10 jours en moyenne et
 - touche principalement le tronc et la face.

- **Ulcérations apthoïdes cutané muqueuses** principalement :
 - buccales
 - génitales: décrites surtout en cas de contamination sexuelle.

- **Adénopathies multiples, superficielles** :
 - apparaissent au cours de la 2^{ème} semaine au moment où le syndrome grippal commence à disparaître.
 - siègent principalement dans les aires cervicales, axillaires et inguinales.

I.1.2- Manifestations digestives :

- Faites de diarrhées
- parfois accompagnées de douleurs abdominales.

I.1.3- Manifestations neurologiques,

Moins rares (10% cas) avec :

- de méningo-encéphalites
- de méningites lymphocytaires isolées ou
- d'atteintes neurologiques périphériques.

I.1.4- Manifestations biologiques :

- *Une thrombopénie* (75 % des patients) :
 - apparaît 2 à 3 ans après la séroconversion
 - isolée le plus souvent et habituellement profonde.

- *Une lymphopénie initiale et absolue* :
 - sur toutes les sous populations lymphocytaires
 - puis une hyper lymphocytose apparaît à partir de la 2^{ème} semaine d'évolution.

Remarques :

On peut enregistrer un syndrome mononucléosique (une hyper lymphocytose avec grands lymphocytes hyper basophiles).

La primo-infection correspond à une période de réplication virale intense (charge virale > 10⁶ copies/ml) avec une forte réponse cytotoxique CD8 spécifique du VIH.

La primo-infection est aussi caractérisée par une chute rapide, transitoire et relative des CD 4 atteignant la limite inférieure de la normale (500/mm³).