



ENQUÊTE

L'INFECTION H.I.V. CHEZ LES FEMMES ENCEINTES EN RÉGION PARISIENNE

Une étude séro-épidémiologique multicentrique a été réalisée dans 9 maternités de la région parisienne sous l'égide du ministère de la Santé (ainsi que de la Fondation de France et de la Fondation pour la recherche médicale). Le centre d'hémiobiologie périnatale (Paris) et le laboratoire de virologie du C.H.U. Bretonneau (Tours) en ont été les coordinateurs.

OBJECTIFS

Les objectifs étaient la connaissance de la prévalence de l'infection par le virus H.I.V. dans une population de femmes enceintes ainsi que les modes probables de contamination des patientes retrouvées positives. Ces éléments devant aider à répondre à la question : « Faut-il mettre en place actuellement un dépistage prénatal systématique de l'infection par le virus H.I.V. ou faut-il limiter ce dépistage aux groupes à risque ? »

ORGANISATION DE L'ÉTUDE

L'étude s'est déroulée du 17 février au 5 juin 1987. L'information des consultantes a été réalisée par trois voies :

- des panneaux d'information dans les salles d'attente ;
- un dépliant explicatif indiquant les objectifs de l'étude et son caractère systématique (nécessitant néanmoins l'accord de la patiente), donnant des informations sur les modes de contamination de l'infection et sur la signification de la séropositivité ;
- un questionnaire rempli par chaque consultante permettant notamment de connaître leur souhait vis-à-vis du dépistage.

Population

7 625 femmes ont consulté dans l'ensemble des 9 maternités, 120 ont refusé le dépistage, soit 1,6 %. Sur les 7 505 patientes restantes, 6 812

étaient enceintes, 610 sont venues pour fécondation *in vitro* ou problèmes gynécologiques et pour 64 femmes le motif de la consultation n'a pas été signalé.

RÉSULTATS

Les résultats de cette étude ne sont extrapolables qu'à la population des femmes consultant habituellement dans ces 9 maternités.

Parmi les 6 812 patientes enceintes, quatre sous-groupes ont été déterminés, les femmes consultant pour grossesse extra-utérine (64), pour interruption volontaire ou thérapeutique de grossesse (930), pour fausse couche (105) et enfin le sous-groupe des femmes vues pour surveillance de grossesse (5 732).

Seule l'étude du groupe de femmes suivies pour surveillance de grossesse nous permettra de répondre à la question posée plus haut.

Néanmoins nous donnerons brièvement les résultats du dépistage pour les trois autres groupes.

Pour les sous-groupes fausse couche et grossesse extra-utérine toutes les sérologies se sont révélées négatives. Le groupe interruption volontaire ou thérapeutique de grossesse comptait 930 femmes, dont 14 connues pour être porteuses du virus H.I.V. avant la consultation ; le dépistage a permis de découvrir 6 autres porteuses.

La prévalence de l'infection est assez élevée dans ce groupe puisqu'elle atteint le taux de 6,5 % pour les patientes découvertes au cours de l'étude. Ce groupe comporte un nombre important de femmes à risque et n'est pas du tout comparable aux femmes enceintes qui désirent continuer leur grossesse.

En ce qui concerne le groupe surveillance de grossesse, 12 patientes ont été découvertes séropositives parmi les 5 719 femmes dont le statut sérologique n'était pas connu, soit une prévalence de 2 %.

13 femmes ont consulté dans les maternités de l'enquête alors qu'elles se savaient porteuses du virus H.I.V. On ne peut donc pas les prendre en compte dans le calcul de la prévalence puisqu'elles ont pu consulter dans une de ces maternités du fait de leur séropositivité. (Un certain nombre de ces maternités étant connues pour le suivi des grossesses à risque.)

L'analyse des questionnaires a donné les résultats suivants. 5 122 questionnaires (complets ou incomplets) ont pu être analysés.

Le lieu de naissance a été précisé par 2 643 femmes, 1 592 sont nées en France (ainsi que 1 398 conjoints), 268 sont nées en pays d'endémie (272 conjoints), la répartition est donnée dans le tableau I.

Les facteurs de risque retenus dans le questionnaire sont : séjour en pays d'endémie, transfusion depuis 1980, infections génitales répétées, drogue intraveineuse et conjoint hémophile.

Tableau I

Lieu de naissance des patientes et conjoints

	Patiente	Conjoint
France	1 592 (60 %)	1 398 (53 %)
Antilles	106	103
Guyane	1	2
DOM-TOM, autres	11	6
Afrique centrale	42 (10 %)	50 (10 %)
Afrique de l'Ouest	95	101
Haïti	13	10
Autres	783 (30 %)	973 (37 %)
Total	2 643 (100 %)	2 643 (100 %)

1 891 femmes présentent au moins un facteur de risque pour elle-même ou leur conjoint (voir tabl. II).

Tableau II
Facteurs de risque (5 122 questionnaires)

Patientes ayant au moins 1 facteur de risque* pour elle-même ou leur conjoint.	1 891 (36,9 %)
1 seul facteur.	837 (16,3 %)
2 facteurs.	668 (13 %)
3 facteurs et plus.	219 (4,3 %)

* Définis dans le texte.

837 annoncent un seul facteur, le plus fréquent étant pour les femmes : les infections génitales répétées (180), puis les séjours en pays d'endémie (172), les transfusions (168) et enfin la toxicomanie (12); les hommes ont plus fréquemment fait un séjour en pays d'endémie (200) ou bien ont été transfusés (32), présentent des infections génitales répétées (22), sont toxicomanes (18) ou hémophiles (3).

668 femmes annoncent 2 facteurs et 219, 3 facteurs et plus.

Sur les 12 femmes découvertes séropositives, 11 femmes (ou leur conjoint) présentaient un facteur de risque évident au remplissage du questionnaire : 2 ont été transfusées depuis 1980, 5 étaient originaires ou avaient séjourné en pays d'endémie, 3 étaient toxicomanes, 1 conjoint était séropositif.

Seule une femme originaire du Maroc ayant deux enfants séronégatifs n'annonçait aucun facteur. L'enquête *a posteriori* (et en cours) n'a retrouvé ni transfusion, ni antécédent de toxicomanie.

COMMENTAIRES

Cette population de femmes étudiée n'est représentative ni des femmes françaises, ni des femmes enceintes de la région parisienne; elle n'est représentative que d'elle-même. Le taux de prévalence calculé n'est pas extrapolable.

Cette étude a permis de tester un questionnaire permettant un dépistage « ciblé » des femmes enceintes. En effet, le questionnaire tel qu'il a été

réalisé a permis de retrouver 92 % des patientes séropositives. Les 8 % restant sont représentés par cette femme qui n'a présenté aucun facteur *a priori* ni *a posteriori*.

Toutefois, le professeur P. Schwartz, responsable de l'analyse épidémiologique pense qu'on ne peut pas conclure à la pertinence des facteurs de risque choisis (intervalle de confiance trop grand) et qu'il est nécessaire de poursuivre l'enquête systématique pendant au moins 6 mois.

L'enquête ne permet pas de conclure à la nécessité d'établir un dépistage systématique de l'infection par le virus H.I.V. en début de grossesse.

En revanche, il paraît indispensable de répandre largement, dans le cadre de la surveillance médicale de la grossesse, la pratique du dépistage orienté suivant les données de l'interrogatoire médical après information des patientes. Les rapports étroits des facteurs de risque de l'infection à virus H.I.V. avec ceux d'autres pathologies importantes pour la grossesse (maladies sexuellement transmissibles, hépatite B) témoignent de la nécessité d'intégrer la recherche de ces facteurs dans les consultations de début de grossesse ou pour les femmes en âge de procréer.

SITUATION INTERNATIONALE

SYPHILIS CONGÉNITALE AUX ÉTATS-UNIS

Après 8 ans de diminution régulière, le nombre de cas notifiés de syphilis congénitale chez les nourrissons de moins d'un an a augmenté pendant la période 1978-1985 de 108 à 268 cas (fig. 1). L'incidence de la syphilis congénitale reflète généralement celle de la syphilis primaire et secondaire chez les femmes en âge de procréer; elle renseigne également sur le diagnostic et le traitement de la syphilis dans les programmes de soins prénatals. En 1985, les taux de syphilis congénitale étaient les plus élevés dans les régions où il y avait une forte incidence de syphilis primaire et secondaire. Entre 1978 et 1983, les proportions de ces formes de syphilis ont également augmenté pour atteindre un maximum de 7,6 cas pour 100 000 femmes en 1983 (fig. 1).

Les informations couvrant la période 1983-1985 obtenues grâce à la surveillance de la syphilis congénitale par les *Centers for Disease Control* (C.D.C.) ont été utilisées pour rechercher quels facteurs pouvaient être associés à cette augmentation progressive de l'incidence. Les données cliniques et une certitude diagnostique existent pour 460 malades (111 cas notifiés en 1983, 209 en 1984 et 140 en 1985).

La moyenne d'âge des 460 nourrissons au moment de la notification était de 2,1 mois : chez 276 (60 %) d'entre eux le diagnostic de syphilis congénitale a été notifié dans les 30 jours suivant la naissance.

Les caractéristiques démographiques des mères de nourrissons ayant une syphilis congénitale n'ont pas beaucoup changé pendant la période d'études de 3 ans. La moyenne d'âge des mères

au moment de la naissance de l'enfant infecté était de 24 ans (extrêmes, 14-43 ans); 133 (30 %) des mères avaient moins de 20 ans.

Dans l'ensemble de la population, 95 % des femmes enceintes subissent au moins un examen médical prénatal; mais ceci n'était vrai que pour 52 % des mères de nourrissons ayant une syphilis congénitale. Chez ces mères suivies avant l'accouchement, c'est en moyenne à 22 semaines, c'est-à-dire à la fin du second trimestre de la grossesse, qu'a eu lieu le premier examen prénatal.

Une erreur évitable, à savoir l'absence de diagnostic et de traitement des mères infectées et qui avaient reçu des soins prénatals, a contribué à l'apparition de la syphilis congénitale. Chez les femmes suivies avant l'accouchement, les cas de syphilis congénitale ont été attribués aux causes suivantes : pas de dépistage systématique de la syphilis (18 femmes, 8 %), pas de traitement des femmes enceintes ayant un T.S.S. positif (32 femmes, 14 %) et pas de dépistage systématique pendant le troisième trimestre de la grossesse chez les femmes qui vivaient dans une région de forte prévalence de syphilis congénitale (58 femmes, 25 %).

Des 229 femmes qui ont reçu des soins prénatals, 81 (35 %) avaient été traitées pour une syphilis pendant leur grossesse mais ont eu par la suite des enfants atteints de syphilis congénitale. 60 de ces échecs thérapeutiques ont eu lieu chez des femmes qui avaient été traitées par des doses de benzathine pénicilline appropriées au stade de leur infection; 45 d'entre elles étaient au troi-

sième trimestre de leur grossesse et 11 autres au second trimestre. Dans 3 des échecs thérapeutiques au cours du deuxième trimestre, une réinfection a pu être prouvée au cours du troisième trimestre. 35 % des échecs thérapeutiques ont eu lieu chez des mères qui avaient été traitées pendant les stades primaire et secondaire de la syphilis et qui ont eu plus tard des enfants infectés. Dans le groupe non traité, 24 % seulement en étaient aux stades primaire et secondaire de la syphilis au moment du diagnostic. L'érythromicine utilisée par voie buccale chez les femmes enceintes qui avaient signalé une allergie à la pénicilline était responsable de 11 des 81 échecs thérapeutiques.

Note de la rédaction du M.M.W.R. Des diminutions régulières de l'incidence de la syphilis congénitale ont suivi l'introduction du traitement par la benzathine pénicilline dans les années cinquante et le dépistage sérologique prénatal de la syphilis. Cependant, des augmentations notables du nombre de cas notifiés ont été observées au cours des dernières années.

L'augmentation observée en 1984 peut être en partie attribuée à une efficacité accrue du système de surveillance — en particulier en ce qui concerne les mortinaissances. Cependant, rien n'indique que l'augmentation observée en 1985 puisse être attribuée à une modification quelconque de notifications. Les augmentations récentes de l'incidence semblent indiquer que la transmission verticale peut s'accroître soit parce que les soins prénatals sont insuffisamment sollicités soit parce qu'ils sont inadéquats. Des taux élevés de syphilis primaire et secondaire existant encore