

Zeitschrift:	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
Herausgeber:	Schweizerischer Hebammenverband
Band:	84 (1986)
Heft:	12
Artikel:	SIDA et grossesse
Autor:	Hirschel, B. / Habashi, Victor
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-950324

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

SIDA et grossesse

par le Dr B. Hirschel, division des maladies infectieuses, Genève.

Maladie des homosexuels, affaire des internistes et des dermatologues? Cette vue des choses, raisonnable il y a trois ans, a évolué depuis. En effet, les groupes à risque tels que les toxicomanes et les Zaïrois, contiennent leur part normale de femmes en âge de procréer. Qui plus est, les problèmes posés par l'infection du virus LAV/HTLV3 dépassent de beaucoup le SIDA: pour chaque cas de SIDA il y a 30 à 100 personnes infectées; or, une femme infectée, asymptomatique, peut contaminer son enfant. Les gynécologues et pédiatres doivent donc connaître cette maladie, moins, peut-être, pour diagnostiquer et traiter les quelques cas de SIDA, heureusement encore rares, que pour conseiller une clientèle souvent très inquiète et mal informée.

I. Séropositivité, infectiosité, et risque de maladie

Un petit pourcentage seulement des personnes infectées a jusqu'à présent développé le SIDA. Quel est ce pourcentage? Cette question importante ne trouve pas encore de réponse exacte, le temps d'incubation étant trop long et la commercialisation des examens sérologiques qui permettent de déceler l'infection asymptomatique, trop récente. Cependant, à l'aide de sera collectés dans le passé et conservés, quelques chiffres peuvent être énoncés pour une population d'environ 7000 homosexuels de San Francisco. (Tableau I) (1).

Il ressort de ce tableau que:

1) les premiers cas de SIDA ne sont apparus que 2 ans après les premières infections, à un moment où un quart de la population totale était déjà infecté;

2) le nombre d'individus avec sérologies positives (infectés) augmente régulièrement; environ 1% de la population s'infecte chaque mois;

3) le nombre de SIDA augmente plus vite que le nombre d'infectés; ce phénomène étant probablement dû à l'écoulement du temps d'incubation;

4) le risque de développer un SIDA était de 1 à 2% par an chez les individus séropositifs.

Nous ne savons pas si ce risque peut être projeté dans le futur: 2% par an, cela veut-il dire 60% après 30 ans? En

outre, nous ignorons si le risque est le même pour toutes les populations. En Suisse, par exemple, environ 10% des Zaïrois séropositifs ont développé un SIDA entre 1981 et 1985, mais seulement 0,2% des toxicomanes séropositifs (2), soit parce que l'infection des toxicomanes est plus récente que celle des Zaïrois, soit que la virulence de l'infection n'est pas la même dans les deux populations.

La majorité des personnes infectées (séropositifs) sont potentiellement infectieuses parce que le virus peut être isolé à partir de leurs tissus (3). Des études épidémiologiques démontrent clairement qu'en dehors de la période périnatale, l'infection se transmet par voie sexuelle ou par l'injection de sang ou de ses dérivés. Ainsi, les contacts superficiels de la vie quotidienne et les contacts avec le personnel soignant comportent un risque minime ou nul (4).

II. Le SIDA chez la femme

En Afrique, le pourcentage des femmes parmi les patients ayant développé un SIDA est élevé (> 40%). La prostitution joue un rôle épidémiologique important car le nombre de cas ainsi que le taux de séropositivité sont plus élevés chez les prostituées et leurs clients que dans la population générale (5). En Europe, par contre, moins de 10% des malades ayant fait la maladie sont des femmes. La majorité sont des toxicomanes qui souvent se prostituent mais quelques-unes avaient comme seul facteur de risque un partenaire bisexuel. De très rares exceptions existent, telle cette ménagère sans facteur de risque apparent sauf un séjour à Haïti 5 ans avant son décès par le SIDA (7).

III. Le SIDA chez les enfants

Parmi les patients américains souffrant de SIDA, environ 1,5% sont des en-

fants. La figure 1 montre que la majorité des enfants atteints ont moins de deux ans. Chez les jeunes, deux facteurs de risque: la transfusion, et une mère elle-même à risque: héroïnomane, haïtienne, ou ayant comme partenaire un homme bisexuel. Les cas transfusionnels sont relativement fréquents (le risque, par transfusion, de développer ultérieurement un SIDA, est plus élevé chez les nouveau-nés que chez les adultes [9]), mais devraient disparaître à la suite de l'élimination du sang infecté dans les centres de transfusion.

La majorité des infections chez les enfants ont donc été acquises avant ou peu après la naissance. Un cas de transmission transplacentaire probable a été publié: il s'agissait d'une mère mourant du SIDA, dont l'enfant, né par césarienne à 29 semaines, mourut à son tour à l'âge de 20 jours. A l'autopsie, des antigènes du virus HTLV3 ont été détectés dans le thymus de l'enfant par des méthodes d'immunofluorescence. En contraste, dans un autre cas, la transmission fut certainement postnatale: il s'agissait d'une femme infectée par transfusion à l'accouchement. Or, son enfant développait également des anticorps anti-LAV. Il est possible que l'infection se fit par le lait maternel qui peut contenir le virus.

Le risque de maladie d'un enfant né d'une mère séropositive ne peut pas être chiffré. Une analyse a été faite (12) sur 19 femmes en bonne santé qui avaient donné naissance à un premier enfant avec le SIDA. Ces mères sont elles-mêmes à très haut risque car après une catamnèse de 9 à 60 mois, 5 ont développé un SIDA et 7 autres un para-SIDA (adénopathies, candidose, fièvre, perte de poids, infections à herpès). Après avoir eu un enfant malade, elles ont encore donné naissance à 12 enfants dont 4 ont développé un SIDA. Cela représente cependant une situation extrême et il serait hasardeux d'extrapoler le risque de 33% (4 enfants atteints sur 12) à une population de mères dont la seule évidence de l'infection est la séropositivité.

Tableau I
Pourcentages comparatifs de sérologies positives et de cas de SIDA

Année	1978	1980	1982	1984
% avec sérologie positive	4	24	46	68
nombre avec sérologie positive	275	1650	3162	4675
nombre de cas de SIDA	0	2	41	166
cas de SIDA/1000 séropositifs	0	1	12	36

IV. SIDA et grossesse: groupes à risque en Suisse

Deux cas de SIDA ont été observés chez des enfants en Suisse: l'un concerne l'enfant d'un père suisse et d'une mère zaïroise, séropositive, en bonne santé. L'autre, particulièrement tragique, a frappé une famille dont le père est bisexuel et la mère et l'enfant sont atteints du SIDA (13).

Deux groupes à risque sont importants à connaître:

1) Les Zaïrois

Bien que les 10 cas de SIDA chez les Zaïrois aient été signalés en Suisse jusqu'à présent (9 hommes, 1 femme) le taux de séropositivité n'est pas très élevé dans cette population: seulement 3 sur 100 Zaïrois testés à la Polyclinique de Médecine de Genève, comparés à 4-7% des Zaïrois testés dans leur pays (2, 14).

2) Les héroïnomanes

Le taux de séropositivité est d'environ 50% (15). D'un échantillon de 120 toxicomanes à Genève, 35% étaient des femmes. On estime à 10000 le nombre d'héroïnomanes en Suisse, à 5000 le nombre d'héroïnomanes séropositifs, dont 35% (1750) de femmes, qui sont presque toutes en âge de procréer (16).

V. Conseils à donner: quelques situations type

1. «Je suis séropositive, puis-je avoir un enfant?»

Bien que la majorité des enfants de mères séropositives soit et reste normale, il existe un certain risque non chiffrable actuellement. Si une grossesse peut être différée, nous conseillons d'attendre. D'ici deux ou trois ans, on pourra probablement distinguer les personnes infectieuses de celles qui sont seulement séropositives, et l'on pourra alors quantifier le risque pour l'enfant.

2. «Je suis séropositif(ive), quel risque pour mon partenaire?»

Le risque est probablement plus grand pour une infection homme → femme que dans le sens contraire. Nous conseillons l'emploi de préservatifs.

3. «Je suis séropositive et enceinte, faut-il me faire avorter?»

La législation suisse ne connaît pas l'indication foetale, mais la pratique est différente dans bien des cantons. Face à un désir de la mère de conserver ou d'interrompre la grossesse, le médecin a peu de données sûres susceptibles d'in-

fluencer la décision. Il est probable que le risque pour l'enfant est moindre que celui d'une rubéole maternelle mais plus grand que celui d'une autre maladie virale ou d'une prise médicamenteuse.

4. «Mon bébé est né, pouvez-vous m'assurer qu'il n'a rien?»

La période d'incubation, plus courte chez le nouveau-né que chez l'adulte, atteint néanmoins des mois, voire des années. Les tests pour anticorps reflètent les IgG, transmis de la mère au nouveau-né, et ne permettent pas de déceler une infection de l'enfant. Un test

pour les IgM devrait être disponible au courant de l'année 1986, mais son interprétation n'est pas encore claire.

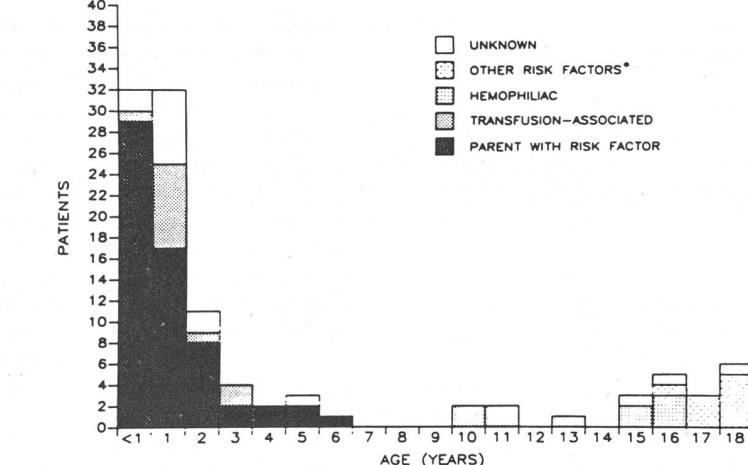
5. «Puis-je allaiter?»

L'enfant peut être infecté après la naissance (11). Le virus a été isolé dans le lait maternel (18). Ainsi, jusqu'à ce que nous disposions de plus d'information sur son innocuité éventuelle, l'allaitement est plutôt à déconseiller.

Références sur demande à la rédaction

Article tiré du Bulletin de Pédiatrie, Genève, Volume 9, N° 4, 1985-1986.

Fig. 1: Nombre de cas de SIDA chez les enfants aux Etats-Unis en fonction de l'âge (Réf. 8)



SIDA et grossesse

par le docteur Victor Habashi, chef de clinique adjoint, service de gynécologie-obstétrique, hôpital cantonal, Fribourg

Le syndrome d'immuno-déficience acquis (SIDA) a été décrit pour la première fois aux Etats-Unis en 1981. Cependant, on admet rétrospectivement que les premiers cas ont été décelés aux Etats-Unis dès 1978. En octobre 1985 et selon l'OMS, on recense plus de 14000 cas aux Etats-Unis et environ 1300 cas en Europe. L'évaluation mondiale des cas est estimée à plus de 16500. Selon l'OMS il y a entre 50 à 100 porteurs du virus pour un malade. C'est une affection grave dont la mortalité est de 50% dans la première année et plus de 80% au bout de trois ans.

En Suisse, le premier cas clinique a été décelé à Lausanne en janvier 1982; on recense par la suite 80 cas dont 40 sont déjà décédés et 8000 porteurs du virus; un nouveau cas est déclaré chaque semaine et le nombre de malades double tous les 10 mois. On note également que dans notre pays, le nombre de un et demi nouveau cas par million d'habi-

tants en 1984 a été le taux le plus élevé d'Europe.

Dans les cantons romands les cas déclarés se répartissent comme suit: Vaud 15, Genève 15, Fribourg 2, Neuchâtel 2, Valais 1, Jura 0. Selon les statistiques d'octobre 1985 sur 77 patients atteints, 50 étaient homosexuels et bisexuels, 5 étaient toxicomanes, 20 n'appartenaient à aucun groupe à risque et deux enfants. A noter qu'aucun n'était hémophile, aucun n'avait reçu de transfusion de sang; 68 cas touchaient des hommes, 7 des femmes.

Quelques faits à signaler:

- Le SIDA survient essentiellement lors de risques accrus: homosexualité, drogue, hémophilie ...
- Population générale: pas de risques
- Le temps d'incubation varie de quelques mois à 5 ans, voir davantage (le recul n'est pas suffisant)

- 98% des infections sont ignorées
- La chaîne d'infection est comparable à celle de l'hépatite B
- La séro-conversion de négatif à positif est de 9 à 60 jours après contacts sexuels.
- 70% des décès sont dus à une infection opportuniste, dont 50% de pneumonie au pneumocystiscarinii, autres infections à mycobactéries atypiques, cryptococcose, histoplasmosse, TBC, kaposi sarcome lymphatiques désséminé, CMV (cystomégalovirus) désséminé. Salmonellose, toxoplasmose, ... Le virus est très fragile et ne résiste pas à la dessiccation, à l'alcool (25%) ni à l'eau de Javel.

Pourquoi ce virus est-il si particulier?

Il existe des lymphocytes «T4», cellules intelligentes capables d'identifier l'ennemi et de commander la défense idéale en donnant l'ordre soit aux «T8» qui tuent directement l'ennemi (par exemple le virus), soit aux lymphocytes «B» qui produisent des anticorps; c'est le processus classique d'immunité. Cependant en cas de SIDA le virus attaque directement les «T4». Ils ne peuvent ainsi identifier l'ennemi ou lancer l'ordre d'attaque; le système immunitaire est dès lors neutralisé.

Modes de transmission

Le virus est essentiellement transmis par le sang ou le sperme (salive, selles, urine, sécrétions vaginales: sans intérêt). Dans le 80% des cas, les groupes à risque sont:

- les homosexuels ou les bisexuels
- les toxicomanes qui utilisent des seringues
- les receveurs de sang ou de produits de sang
- les hémophiles A
- les Haïtiens et Zaïrois
- les partenaires hétéro-sexuels des personnes appartenant aux groupes précités
- les enfants de mères à risque

En cas de désir d'enfant

La future mère est conseillée d'attendre 2 à 3 ans car les informations sont encore incomplètes. Si le mari est séro-positif et sa femme séro-négative, la décision en faveur d'une grossesse est prise si le couple a déjà depuis longtemps des rapports sans séro-conversion. Si par contre la future mère est séro-positive, il faut d'abord évaluer les risques courus en cas d'une nouvelle grossesse.

Demande d'IVG

Si la future mère est séro-positive, le risque que court le foetus est moyen comparativement à celui dû à l'exposition des médicaments.

Mode d'accouchement des mères séro-positives

Césarienne ou accouchement par voie basse. Selon la littérature certains centres procèdent directement à une césarienne.

Pendant la grossesse: transmission mère-enfant

Les enfants atteints représentent 1% des cas de mères à risque. La transmission horizontale et verticale n'est pas encore établie. Si la femme enceinte est une source d'infection, toutes les études concluent que la transmission se passe in-utéro ou durant l'accouchement. La transmission trans-placentaire est prouvée selon des évidences épidémiologique car un enfant né de parents à risque montre plus de signes d'infection que ceux recevant du sang dans le post-partum. De plus les leucocytes maternels viables atteints traversent la barrière placentaire.

En ce qui concerne la transmission mère-enfant, il existe un vrai problème de diagnostic car il faut tenir compte d'un nombre de déficiences immunitaires congénitales et d'infections virales congénitales dont il résulte une déficience immunitaire; sur ce point il est difficile voire impossible d'affirmer que le syndrome est acquis. On peut également ajouter qu'une mère séro-négative est exposée au risque en cas de transfusion de sang pour hémorragie post-partale. Il faut aussi noter que si le premier enfant a le SIDA, le risque pour les enfants à venir est de 33%, c'est-à-dire 4 cas sur 12. Si l'enfant est séro-positif le risque pour les frères et soeurs ou à la crèche est considéré comme minime ou nul; il faut en parler le moins possible. Selon la littérature, en cas d'insémination par donneurs séro-positifs, quatre patientes (dont les maris sont séro-négatifs) sur 8 ont eu le SIDA.

Transmission péri-natale

Selon la littérature, la transmission du virus dans le lait maternel a été confirmée (un cas publié). Dans le cas de séro-positif, l'allaitement maternel est à déconseiller et la patiente doit être informée sur la possibilité de transmission à travers le lait.

Pour la banque de lait, le dépistage des mères donneuses est coûteux et dans

ce cas les donneuses de lait du groupe à risque sont à écarter. Dans le cas contraire le lait devra être traité par ébullition à une température de 56° pendant 30 minutes.

Dépistage:

Le test est très fiable et détecte les anticorps anti-HTLV III/LAV dans le sérum. Le test le plus couramment employé est l'enzymo-immunoassay (EIA). A titre d'information, aux Etats-Unis 200000000 dons de sang sont examinés par an, en Suisse 600000 dont 1200 testés à Berne ont révélé 4 séro-positifs. La durée de la séro-positivité est longue, elle peut s'étendre sur toute une vie; des cas recontrôlés des années plus tard sont encore positifs. A savoir que dans la vie courante le séro-positifs n'est pas dangereux et que les contacts externes ne semblent pas présenter de risques.

Traitements

Détruire le virus est très difficile car les médicaments existants représentent d'importants effets secondaires. La stimulation du système immunitaire par des médicaments tels que Interleukin II ou Interferon donne un résultat partagé et incomplet et une amélioration seulement momentanée.

On peut recourir à une autre alternative en remplaçant les cellules de l'appareil immunitaire par greffes de moelle, ce qui a été pratiqué dans 4 cas entre jumeaux et parents de malades, mais aucune de ces greffes n'a permis de guérison.

En résumé aucun de ces traitements n'est valable.

Vaccins

Des essais sont en cours et n'aboutiront peut-être que d'ici 5 à 10 ans en raison de différents problèmes tels que plusieurs souches variant continuellement comme pour celles de la grippe et que ce virus attaque justement les cellules «T4» qui fabriquent les anticorps.

Prévention

La prévention s'effectue à deux niveaux:

- tester tous les produits sanguins
- écarter les dons de sang venant des groupes à risque.

Un test positif implique: un changement de mode de vie; les porteurs asymptomatiques ne doivent cependant pas nécessairement être isolés mais utiliseront

des précautions simples telles que préservatifs ou n'échangeront pas leur brosse à dents, rasoir, etc.

Un contact externe ne semble pas présenter de risque. Aucun cas de contamination n'a été relevé dans le personnel hospitalier s'occupant de patients infectés, même après une piqûre accidentelle avec des aiguilles contaminées. Le virus est détruit par une température de 56° pendant 30 minutes ou par un bain dans une solution d'eau de Javel à 10%, de Glutaraldehyde 2% ou d'Ethanol 80%.

contradictoires sont envoyés au laboratoire «de référence» à Zürich où ils sont retestés selon une autre méthode (Western Blot).

Conclusion

Les études épidémiologiques ont montré que l'agent viral est heureusement peu contagieux. Si la plupart des porteurs d'anticorps anti-HTLV III, et donc sou-

vent du virus, ne développent pas le SIDA, ils risquent cependant de transmettre le virus. La grande question posée est de savoir pourquoi la maladie se déclare seulement chez 10% des séropositifs. La réponse est que le code exact est inconnu; ces malades sont-ils infectés par d'autres virus qui diminuent déjà les ressources de l'appareil immunitaire ou existe-t-il une infectivité des différents mutants du virus, la question reste ouverte.

Recommandation de l'OFSP pour la détermination de l'anticorps anti-HTLV III/LAV

Les résultats positifs doivent être retestés dans un des six laboratoires de «confirmation». Tout échantillon trouvé et considéré positif doit être suivi d'un deuxième prélèvement. Il est recommandé que si le sujet est positif, il ne soit informé que par son médecin et seulement après la confirmation du résultat du deuxième échantillon. Le laboratoire de «confirmation» remet au médecin deux feuilles de confirmation rédigées par l'OFSP, l'une à son intention et l'autre à l'intention du sujet porteur. Les échantillons dont les résultats seraient

Prophylaxie du SIDA dans le cadre de la transfusion

par le professeur Dr R. Bütler

Récemment, on pouvait lire dans la presse quotidienne le titre suivant: «Le SIDA dans les conserves de sang suisses». Assurément, on ne peut se réjouir de l'effet suggestif de cette manchette, qui attise la peur du SIDA; mais il faut pourtant avouer que la Suisse n'aurait

pas été non plus à l'abri d'une transmission du SIDA par le sang ou par des produits sanguins, si des mesures préventives n'avaient pas été décidées et introduites. Cet article justifie et commente ces mesures.

dodie
der grosse Unterschied

dodie
c'est toute la différence

GUTSCHEIN
Gegen Rücksendung dieses Gutscheins überreichen wir Ihnen gerne eine Dokumentation unserer Dodie-Produkte:

1 Schoppenflasche aus Spezialglas 220 ml
1 Schoppenflasche aus Kunststoff 220 ml
1 Sauger speziell für Neugeborene
1 Sauger für Kleinkinder

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse.

BON
Contre renvoi de ce bon, nous vous ferons parvenir avec plaisir une documentation concernant nos produits Dodie:

1 Biberon en verre spécial de 220 ml
1 Biberon en matière plastique de 220 ml
1 Tétine spéciale nouveau-né
1 Tétine 2ème âge

Nous vous remercions de votre intérêt.

dodie
ist der einzige Schoppen mit regulierbarem Sauger

dodie
le seul biberon muni d'une tétine à trois vitesses de débit

Name
nom

Strasse
rue

PLZ Ort
NPL lieu

(Bitte in Blockschrift ausfüllen) (Ecrire s.v.p. en caractère d'imprimerie)

EXPHAR SA
Pumpwerkstrasse 23 8105 Regensdorf