Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle 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: Prophylaxie du SIDA dans le cadre de la transfusion

Autor: Bütler, R.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950325

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: 11.07.2025

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

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 Glutaraldèhyde 2% ou d'Ethanol 80%.

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

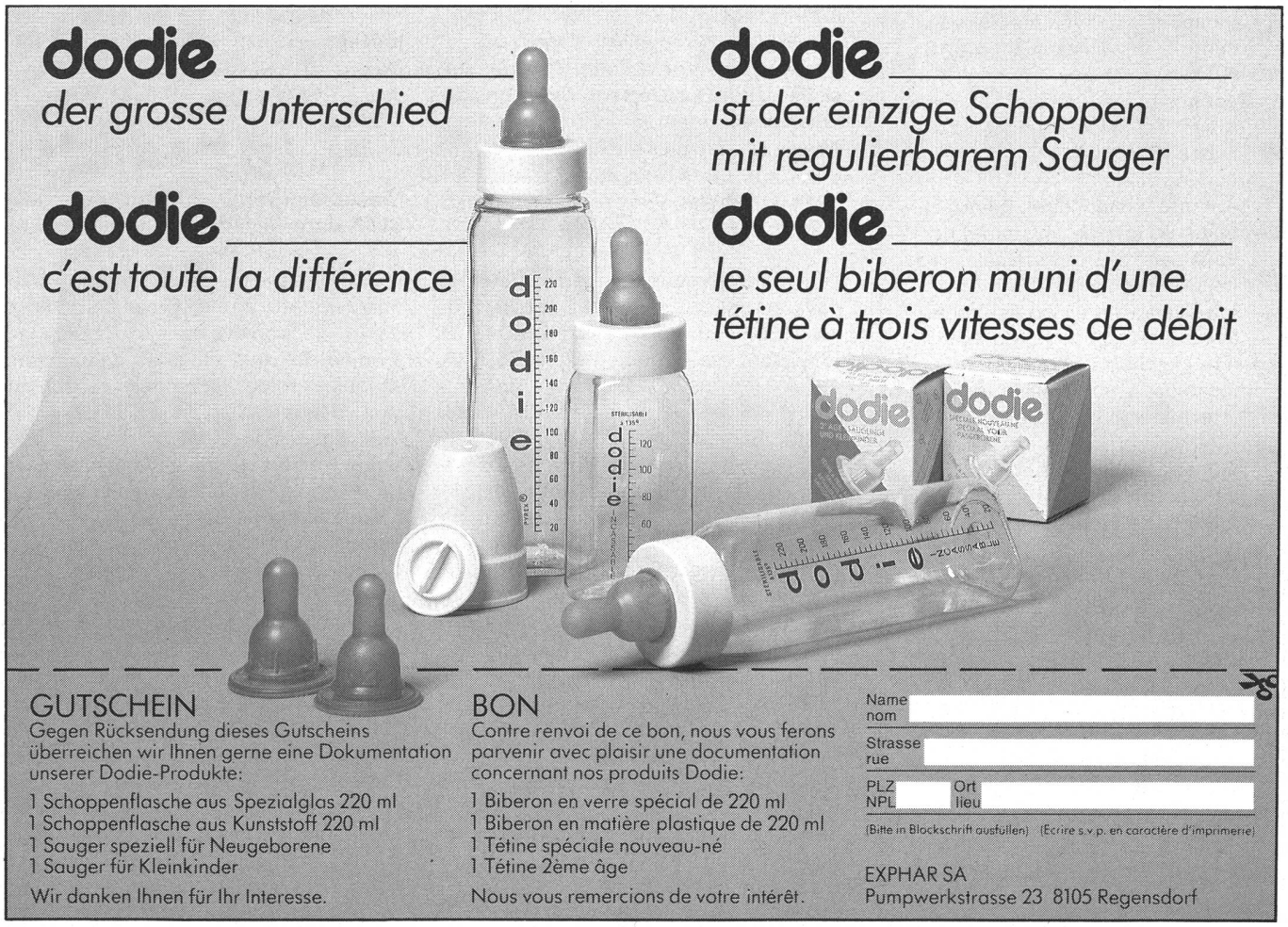
Conclusion

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 souvent 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.

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.



Définition du SIDA

SIDA

Définition:

Selon la définition du Center for Diseases Control (CDC) le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) est une perturbation profonde acquise de l'immunité, associée à des infections opportunistes et/ou à un sarcome de Kaposi chez un patient ne présentant pas d'autres causes connues d'un déficit immunitaire cellulaire (p. ex. traitement aux stéroïdes, aux cytostatiques, tumeurs).

1. Infections opportunistes

Infections dues à des protozoaires et à des helminthes

- pneumonie à P. carinii (H, M) *
- strongyloïdose avec pneumonie ou atteinte du système nerveux central (H, M)
- cryptosporidiose intestinale et/ou pulmonaire, diarrhée d'une durée de plus d'un mois (H, M)

Mycoses

- oesophagite à Candida (H, Cu) vue à l'endoscopie comme des plaques blanchâtres sur fond érythémateux (M)
- cryptococcose avec lésion pulmonaire, du système nerveux central, ou disséminée (Cu, S, H)

Infections bactériennes

- mycobactériose atypique disséminée (Cu)

Infections virales

- atteinte pulmonaire, gastro-intestinale ou du système nerveux central à Cytomégalovirus (H, Cu)
- infection à virus Herpes simplex avec participation mucocutanée (au moins durant un mois, ulcéreuse), pulmonaire, gastro-intestinale ou disséminée (Cu, H)
- leucoencéphalopathie multifocale progressive (H) (probablement due à un papovirus)

2. Tumeurs

- sarcome de Kaposi chez des personnes de moins de 60 ans (H)
- lymphomes du système nerveux central (H)

* Confirmation du diagnostic par:

H = histologie
Cu = culture
M = microscopie
S = sérologie
Cy = cytologie

Valeur de l'hémothérapie dans l'épidémiologie du SIDA

En 1982, les premiers cas de SIDA sur des hémophiles qui n'avaient été exposés à aucun autre risque que la thérapie de substitution avec le concentré de facteur VIII furent observés en Amérique. En 1982 également, toujours aux Etats-Unis, un nouveau-né contracta le SIDA à la suite de transfusions de sang complet et de concentrés d'érythrocytes et de plaquettes sanguines. Ces observations confirmèrent la supposition que l'étiologie de cette maladie était à rechercher dans une infection, hypothèse qui fut confirmée peu après par la découverte de l'agent du SIDA (Lymphadenopathy Associated Virus [LAV]), par Montagnier et ses collaborateurs en 1983; Human-T cell Lymphotropic Virus type III [HTLV III], par Gallo et ses collaborateurs en 1984). Par la suite, différentes observations ont démontré clairement la transmissibilité du SIDA par le sang et les produits sanguins. En outre, le dépistage du virus HTLV III/LAV dans le sang a fourni l'explication du caractère infectieux des conserves de sang et des préparations sanguines.

Des 12000 cas de SIDA recensés en Amérique jusqu'à fin juillet 1985 par les CDC (Centers for Disease Control, Atlanta, USA), 130 environ (1%) concernant les hémophiles; dans 200 autres cas environ (1,7%), les transfusions sanguines doivent être considérées comme étant la cause d'infection. Ainsi, 3% au plus de tous les cas de SIDA aux Etats-Unis doivent être attribués au sang et à des préparations sanguines.

Les chiffres correspondants pour 18 pays européens sont les suivants à fin juin 1985: sur 1226 cas de SIDA, 39 (3%) sont liés à l'hémophilie et 25 (2%) à des transfusions sanguines. Le taux global de 5% des cas de SIDA dus à l'hémothérapie est donc légèrement plus élevé qu'aux Etats-Unis. En Suisse, jusqu'à présent (fin septembre 1985), aucun hémophile, ni aucun patient n'a contracté le SIDA à la suite de transfusions sanguines. En résumé, notre conclusion émise précédemment est donc toujours valable: l'hémothérapie joue un rôle relativement mineur dans l'épidémiologie du SIDA (cf. HAEMO N° 12, 1984).

Le problème apparaît sous un angle un peu différent si l'on examine séparément les cas de SIDA chez les enfants de moins de 15 ans (compris dans les chiffres ci-dessus). Aux Etats-Unis, un cinquième de tous les cas de SIDA touchant les enfants semblent être dus à l'hémothérapie: 5% sont des hémophiles et 14% des patients ayant subi une transfusion.

En Europe, sur les 29 cas recensés, 3 concernent des hémophiles (10%) et une transfusion sanguine est, semble-t-il, à l'origine de 4 autres cas (14%). Naturellement, il faut tenir compte du fait que la catégorie principale des adultes à hauts risques (les hommes ayant des rapports homosexuels ou bi-sexuels) n'entre pas en considération ici, mais qu'elle est cependant compensée en grande partie (60–70% des cas) par le risque de la «transmission verticale» (non seulement de la mère à l'enfant, mais également du père).

Bien que la part relative du SIDA par transfusion soit dans l'ensemble plutôt petite, leur somme effective ne peut plus aujourd'hui être négligée. A cela s'ajoute le fait qu'il y a, parmi les donneurs, un nombre encore mal défini de porteurs asymptomatiques du HTLV III/ LAV dont le sang peut être considéré comme potentiellement infectieux. Même s'il n'y a pas plus d'un porteur de ce virus sur 3000 à 5000 donneurs, ce que les statistiques semblent prouver, il peut quand même y avoir en une année des dizaines de conserves de sang et de préparations coagulantes potentiellement infectieuses qui sont mises en circulation. Le service de transfusion est donc obligé de prendre toutes les mesures préventives qui s'imposent, d'autant plus qu'il n'existe jusqu'à présent ni vaccin, ni thérapie efficace contre le SIDA.

Mesures prophylactiques contre le SIDA dans le cadre de la transfusion

Le SIDA transmis par transfusion peut être combattu à trois niveaux différents: par la sélection des donneurs, par l'inactivation du virus dans les préparations sanguines et par un procédé de transfusion adéquat.

Sélectionner les donneurs consiste à détecter les porteurs du virus et à les écarter du don de sang. La première mesure à prendre est de demander aux personnes désireuses de donner leur sang et qui appartiennent aux «groupes à risques», c'est-à-dire aux groupes de la population les plus touchés par le SIDA, de renoncer à donner leur sang (voir encadré). Cette mesure est mondialement connue dans les services de transfusion. Au printemps 1984, une campagne d'information des donneurs a eu lieu en Suisse, mais il est difficile d'en juger l'efficacité. Des personnes désireuses de donner leur sang peuvent soit négliger la directive, soit considérer à tort qu'elles ne font pas partie d'un groupe à risques. Le service de transfusion est

aussi devenu plus strict quant aux critères d'aptitude au don de sang; l'anamnèse, est orientée plus précisément sur certains signes avant-coureurs du SIDA: lymphadénopathie généralisée, sueurs nocturnes, fièvre chronique, perte de poids toujours plus marquée, etc. La méthode de sélection la plus récente, la plus coûteuse, mais probablement aussi la plus efficace est le screening systématique de chaque don de sang aux anticorps HTLV III/LAV, dont il sera encore question plus loin.

L'élimination de l'infectiosité par *l'inactivation du virus* chimique ou physique, dans les préparations sanguines, serait une solution idéale. Malheureusement, ce procédé n'entre en considération que pour une partie des préparations sanguines; les conserves de sang contenant des cellules ne tolèrent pas ce genre de traitement. En revanche, les préparations d'albumine ne présentent aucun risque grâce à la pasteurisation qu'elles subissent. Selon nos expériences menées jusqu'ici, les immunoglobulines ne présentent également pas de risque. Des procédés d'inactivation du virus dans des préparations coagulantes existent déjà et sont maintenant encore améliorés. On peut supposer que, dans un proche avenir, seules les préparations coagulantes dont on est sûr qu'elles ne sont pas infectueuses seront mises à disposition.

Une méthode de transfusion adéquate peut contribuer de manière non négligeable à la prophylaxie du SIDA. Ainsi, il est recommandé par exemple, tant que nous ne disposons pas de préparations coagulantes absolument fiables, d'utiliser des produits à base de plasma provenant de régions où les cas de SIDA sont relativement peu nombreux; il pouvait en effet être démontré que l'incidence des infections par HTLV III/LAV chez les hémophiles suivant une thérapie de substitution avec des produits commerciaux américains est plus élevée que chez ceux qui sont traités avec des préparations provenant de dons de sang bénévoles en Europe. De plus, il faut donner la préference aux préparations de small pool, lorsque la substitution de facteur VIII est entreprise avec des produits qui n'ont pas encore été soumis à l'inactivation du virus. Avant tout, comme par le passé, il convient d'appliquer le principe de l'indication restrictive en hémothérapie, en particulier pour les préparations qui ne sont pas sans risques.

Définitions du LAS et ARC

LAS (syndrome lymphadénopathique)

Définition:
Lymphadénopathie atteignant au moins deux régions extrainguinales, d'une durée de 3 mois, sans cause décelable. L'histologie, si elle a été effectuée, doit montrer une hyperplasie réactive.

ARC (AIDS Related Complex)
Définition:
Présence d'au moins deux symptômes cliniques et d'au moins deux résultats de laboratoire chez un patient à risque.

Symptômes cliniques **
1. Lymphadénopathie extrainguinale (au moins deux localisations)
2. Perte de poids de plus de 7 kg ou de plus de 10% du poids
3. Fièvre d'au moins 38°C
4. Diarrhée
5. Fatigue, faiblesse
6. Sudations nocturnes

Résultats de laboratoire
1. Diminution des T «helper»
2. Quotient T «helper»/T suppresseurs abaissés
3. Anémie, leucopénie, lymphopénie ou thrombopénie
4. Immunoglobulines augmentées
5. Diminution de la réponse lymphocytaire aux mitogènes
6. Anergie cutanée
7. Complexes immuns circulants

** Durée supérieure à trois mois, sans autre cause décelable

Le teste de screening aux anticorps HTLV III/LAV

A la suite de la découverte de l'agent du SIDA, il a pu être prouvé que chez les patients atteints du SIDA ou de maladies apparentées, comme l'ARC ou le LAS (voir encadré), des anticorps correspondants apparaissaient comme signes de l'infection par HTLV III/LAV, anticorps qui, en règle générale, sont décelables deux à trois semaines après la transmission du virus. Cette détection des anticorps peut se faire en principe avec les méthodes immunologiques les plus variées; parmi celles-ci, il en existe également qui conviennent aux examens en série. L'intérêt énorme d'un test de ce genre pour le screening des dons de sang apparut tout de suite. Bientôt, grâce à la multiplication du virus dans des cultures de lymphocytes, une plus grande quantité d'antigènes du virus nécessaires au test fut mise à disposition. Les kits de test disponibles jusqu'à présent dans le commerce reposent sur le principe de l'«enzyme-linked immunosorbent assay» (méthode immuno-enzymatique, ELISA ou EIA). Ce test est utilisé actuellement pour le screening des dons de sang aux anticorps HTLV III/LAV.

Les ELISA anti-HTLV III/LAV ont été examinés par un grand nombre de chercheurs. Leurs résultats ont montré que la sensibilité du test est de 98% et sa spécificité de 99,5%. Cela signifie que le test est positif chez 98% des malades du SIDA et chez seulement 0,5% de personnes non atteintes, ce qui vaut à l'ELISA une très bonne qualification dans les publications. Mais si la spécificité du test est mesurée à la détection des personnes asymptomatiques porteuses d'anticorps, il faut la qualifier de plutôt mauvaise. Dans le meilleur des cas, environ 20% de tous les résultats positifs dénotent la présence d'anti-HTLV III/LAV; 80% des résultats sont positifs à tort, en raison de la réaction d'anticorps, dans le sang de la personne testée, à des protéines de membranes lymphocytaires ou à des antigènes HLA contenus dans le réactif. Les essais visant à améliorer la spécificité de l'ELISA aboutissent tous à une perte de sensibilité. Lorsque ces tests sont utilisés comme méthode de screening, ainsi dans le cadre de la transfusion sanguine, la spécificité déficiente peut être corrigée par les examens supplémentaires auxquels sont soumis les résultats de screening positifs. Actuellement, la méthode Western-blot est employée généralement en tant que «test de confirmation»; elle permet, dans pratiquement tous les cas, de différencier les résultats effectivement positifs de ceux qui ne le sont qu'en apparence. Le résultat du screening permet de bloquer immédiatement une conserve de sang, mais naturellement, seul le résultat du test de confirmation permet de classer définitivement un donneur parmi les porteurs d'anticorps HTLV III/LAV. Comme déjà mentionné, la découverte d'anticorps prouve qu'un contact a eu lieu avec le virus. On a constaté que la majorité (estimée à plus de 80%) des porteurs d'anticorps sont également porteurs du virus; la justification du screening aux anticorps des dons de sang se fonde là-dessus. Au plus, dans des cas très peu nombreux, la présence d'anticorps chez une personne pourrait être l'expression d'une immunité contre l'agent du SIDA, bien que certains porteurs aient pu être découverts possédant entre autres également des anticorps qui neutralisent le virus. Comme il s'agit d'un rétrovirus dans le cas d'agent du SIDA, il faut au contraire s'attendre à ce que le virus persiste très longtemps dans l'organisme, probablement la vie entière, une fois l'infection déclenchée, même si le porteur ne présente aucun symptôme. Les personnes réagissant positivement aux anticorps peuvent contracter le SIDA, l'ARC ou le

Personnes à risques, qui ne devraient pas donner leur sang

- les hommes qui, depuis 1977, ont eu des rapports sexuels avec un autre homme
- les personnes qui s'administrent ou se sont administré des drogues par voie intraveineuse
- les immigrés d'Afrique Centrale ou de Haïti
- les partenaires sexuels, hommes et femmes, des personnes appartenant à l'un des trois groupes ci-dessus, ainsi que ceux des hémophiles, des malades du SIDA et des personnes séropositives au HTLV III/LAV.

LAS après une période d'incubation plus ou moins longue. En Amérique, des études sur les groupes à risques (homosexuels, drogués, hémophiles) ont mis en évidence que, dans un intervalle de 2 à 3 ans, 5 à 20% des personnes séropositives contractent le SIDA. On suppose que ce pourcentage est légèrement inférieur chez les porteurs anticorps asymptomatiques. Ces données établissent de manière claire qu'un porteur de l'anti-HTLV III/LAV doit définitivement être exclu du don de sang.

Aspects pratiques du screening aux anticorps HTLV III/LAV

Le service de transfusion de la Croix-Rouge Suisse a décidé de déclarer obligatoire, à partir du 1er novembre 1985, le screening aux anticorps, après que le Laboratoire central et d'autres centres aient délibérément procédé à ces examens dès le 1er juillet 1985. Une obligation générale va être introduite par décision fédérale prévue pour le début 1986; ainsi, aussi les centres de transfusion sanguine indépendants de la Croix-Rouge devront appliquer cette mesure.

L'examen systématique et détaillé des anticorps HTLV III/LAV de toutes les collectes de sang effectuées dans notre pays va sans aucun doute réduire à un minimum le risque de transmission du SIDA par le sang et les préparations sanguines. Le coût annuel prévu, 6 millions de francs, est certes élevé, mais sûrement justifié. D'ailleurs, les services de transfusion sanguine de tous les pays ayant atteint un certain niveau dans le domaine médical ont pris des mesures analogues. Des recommandations à cet effet ont également été formulées par l'Organisation Mondiale de la Santé, par les Organes de la Santé du Conseil de l'Europe, par la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et par les groupements professionnels de transfusion sanguine.

L'information des donneurs pour qui a été établi un rapport positif d'anticorps (hautement confidentiel) pose un problème particulier au service de transfusion. Le Service de transfusion de la CRS a décidé de communiquer cette première information lors d'un entretien médical. Beaucoup de tact sera nécessaire pour communiquer à une personne désireuse de donner son sang et qui se croit en bonne santé un rapport qui laisse entrevoir la possibilité de développer un SIDA. Il est prévu d'expliquer objectivement la signification du rapport à la personne concernée, de lui transmettre oralement et par écrit les mesures à prendre, et avant tout de la soumettre à un contrôle régulier chez son médecin. Cependant, il faut aussi essayer, lors de ces entretiens, de déterminer les causes de l'ingestion à l'agent du SIDA, afin de collaborer utilement à l'épidémiologie du SIDA dans notre pays.

Article paru initialement dans la revue HAEMO nº 15 de janvier 1986, éditée par le Laboratoire central du service de transfusion CRS, Wankdorfstrasse 10, 3000 Berne 22 et reproduit ici avec son aimable autorisation.

Mamina

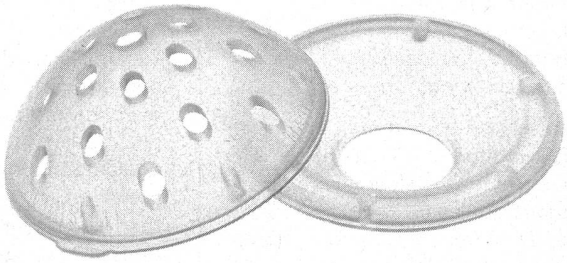
sättigt dank der Sämigkeit besonders gut und nachhaltig, ohne aber durch einen überhöhten Kohlenhydratanteil zur Überfütterung zu führen. Der Schoppen wird von allen Kindern gern genommen und sehr gut vertragen. Wertvoll ist seine vielseitige Zusammensetzung, u.a. mit Dextrin-Maltose (Nährzucker), den Vitaminen A, D , E, B1, B2, B6, PP, C, Ca-Pantothenat, Biotin sowie Eisen.

Mamina ist ebenso ideal zum Nachschöppeln wie als ausschliessliche Nahrung in den ersten Monaten. Auch später, wenn nur noch einzelne Mahlzeiten in der Flasche gegeben werden, ist Mamina eine wertvolle Ergänzung von Babys Tagesnährplan und verträgt sich bestens mit jeder andern Schoppen- und Breinahrung.

Gute Sättigung gesunder Schlaf mit Mamina

Der Medela Brustwarzenformer...

Zur Vorbereitung von Flach- oder Hohlwarzen für das Stillen



Anwendung bereits im vierten Monat der Schwangerschaft.

medela

Medela AG, Medizinische Apparate
6340 Baar, Lättichstrasse 4
Telefon 042 31 16 16, Telex 865486